



	PROPOSITION DE PROCEDURE MEDICALE	
	RESEAU PERINAT GUYANE	PROTOCOLE OBSTETRIQUE N°17
	Domaine d'application : hospitalier	
	PRISE EN CHARGE HOSPITALIERE DE L'ANEMIE SEVERE PENDANT LA GROSSESSE	
Rédigée par : Dr LAMBERT Médecin échographiste, CHOG	Rédigée par : Dr CARLES gynécologue, CHOG	Date de diffusion :
approuvé par : approuvé par :	approuvé par :	Version : 1
	Validé par : le conseil scientifique en date du 04 octobre 2013	Total pages : 4

Avertissement : La présente procédure est une proposition du Réseau Périnatal Guyane. Elle ne sera considérée comme effective que lorsqu'elle aura été validée par le ou les responsables médicaux concernés de chaque structure.

SITUATION BIOLOGIQUE

Constatation d'un taux d'hémoglobine maternel inférieur à **9g/100ml au-delà de 28sa.**

OU

Constatation d'un taux d'hémoglobine maternel inférieur à **7g/100ml quel que soit le terme.**

CONTEXTE GUYANAIS

La **carence martiale est la principale cause** des anémies rencontrées en Guyane pendant la grossesse. Elle est souvent accompagnée d'une consommation de pemba, voire d'autres pica (ingestion de charbon, d'amidon ou de glaçons).

Une carence martiale sévère retentit sur le neuro-développement de l'enfant à venir.

Les carences sont **souvent multiples**. Les déficits en folates et vitamine B12 sont très fréquents et ne sont pas toujours associés à une macrocytose.

Dans les zones d'endémie palustre, l'infestation palustre peut être source d'anémie.

Par contre, le portage hétérozygote de la drépanocytose n'est pas responsable de la chute du taux d'hémoglobine.

L'anémie sévère majore le risque de prématurité, de faible poids de naissance et d'hémorragie de la délivrance.

EXAMEN CLINIQUE

INTERROGATOIRE

Rechercher un comportement de pica (consommation de substances non nutritives : pemba-charbon-glaçon-amidon etc).

Faire un interrogatoire avec conseils nutritionnels (apports carnés, abats, légumes secs ou verts).

Date de revision :



Rechercher des signes d'hémolyse, d'antécédents familiaux.

Informé, dès le début de la prise en charge, du risque ultime de recours à la transfusion si échec thérapeutique et s'assurer de l'absence d'interdit religieux pour la transfusion.

EXAMEN CLINIQUE ET ECHO

- Evaluation de la tolérance générale: auscultation cardiaque et pulmonaire (risque de décompensation d'une pathologie préexistante).
- Recherche d'éléments d'orientation : ictère, fièvre, signes de dénutrition
- Evaluation de la tolérance obstétricale :
 - o Recherche de signes de MAP
 - o Evaluation biométrique et doppler de la tolérance fœtale si anémie sévère.

BILAN BIOLOGIQUE

BILAN PREALABLE A LA CONSULTATION HOSPITALIERE (VOIR FICHE PRATIQUE) A FAIRE SI NON FAIT

Le but est de confirmer la carence martiale et de rechercher une autre carence associée:

- NFS réticulocytes,
- Electrophorèse de l'hémoglobine si inconnue
- ferritine
- vitamine B12
- folates érythrocytaires

LORS DE LA CONSULTATION HOSPITALIERE (SI ECHEC TTT OU SI ANEMIE SEVERE) :
PROPOSITION DE BILAN

- CRP
- récepteurs solubles transferrine
- recherche d'hématozoaire
- haptoglobine- LDH- bilirubine libre
- TSH
- ASAT ALAT CREATININE
- COOMBS érythrocytaire
- G6PD, pyruvate kinase
- Plombémie et Aluminium plasmatique
- Parasitologie des selles

PRISE EN CHARGE DES CARENCES

TEMPS AMBULATOIRE :

Voir fiche pratique

Date de revision :

TEMPS HOSPITALIER :

La correction des carences en acide folique et vitamine B12 doit systématiquement être débutée **avant le traitement** par fer IV.

Carence en B12 associée ou seule : (voie orale ou IM selon absorption digestive)

- Vitamine B12 : **1 mg/ Ampoule injectable ou buvable**
 - Voie orale :
 - Traitement d'attaque : 1amp/ jour pendant 15 jours
 - Traitement d'entretien : 1 ampoule tous les 10 jours.
 - Voie IM :
 - Traitement d'attaque : 1 mg (1 amp) par jour ou trois fois par semaine en IM, soit 10 mg (10 ampoules) au total.
 - Traitement d'entretien : 1 mg (1 amp) en IM par mois

Carence en Folate associée ou seule :

- Acide Folique : **SPECIAFOLDINE®**
 - Cp à 5mg : 1cp par jour pendant 3 mois

Fer IV :

“Le fer injectable représente un moyen sûr et rapide de corriger le pool de fer de l’organisme et ainsi de réparer plus vite et plus efficacement les anémies ferriprives chroniques.”*

- Le traitement doit être adapté au poids de la patiente avant grossesse et taux d’hémoglobine initial, idéalement selon la formule de Ganzoni :

$$\text{Dose de fer} = 500 + \text{Poids en Kg} \times [(11 - \text{hb avant ttt en g/dL}) \times 2,4]$$

Pour le carboxymaltose, la posologie recommandée est :

	Poids entre 35-70 Kg	Poids >70 Kg
Hb <10 g/dL	1500mg	2000mg
Hb >10 g/dL	1000mg	1500 mg

- Le fer IV peut être à l’origine de réactions anaphylactique et anaphylactoïde. Ses conditions d’injection (dose et durée d’injection) doivent être scrupuleusement respectées.
 - Fer saccharose : **VENOFER®** : amp de 100mg (5ml) : dilution de 5 ml (correspondant à 100 mg de fer) dans 100 ml de solution NaCl à 0,9 %, jusqu'à 15 ml (300 mg de fer) dilués dans un maximum de 300 ml de solution pour perfusion de chlorure de sodium à 0,9 %. IV lente pdt 1h30 heures. Dose maxi : 300mg/injection. 600mg maxi par semaine.
 - Fer carboxymaltose : **FERINFECT®** amp de 100mg (2ml) ou 500mg (10ml) en IV directe. Dose maxi : 1000mg/ semaine

Transfusion:

- Pendant la grossesse si Hb < 6 g/dl : 2 culots en 48 heures
- En fin de grossesse si Hb < 7 g pour voie basse, < 8 g pour césarienne programmée (9g s’il s’agit de gemellaire).
- En post-partum si Hb < 6 g/dl ou anémie mal supportée



Procédure médicale :
«prise en charge hospitalière de l'anémie sévère pendant la grossesse»

Page 4 sur 4

EPO + FER IV: A discuter au cas par cas en alternative à la transfusion, au 3eme trimestre si pas de crise réticulocytaire ou devant des difficultés transfusionnelles (groupe rare, interdit religieux ...).

CONTRÔLER NFS et RETICULOCYTES entre J7 et J14 puis NFS à 1 mois. : critères d'efficacité: gain de 1g/dL par semaine, reticulocytes >120 000/L (la crise réticulocytaire est surtout marquée lors de la correction des carences en B9 et B12) .

* *“Anémie par carence martiale: place du fer injectable.” Dossier du CNHIM 2012, 33; 3-53*

Date de revision :