

	FICHE N° 4 : ANEMIE ET GROSSESSE		Validé par le conseil scientifique en date du 08/04/2011 Mise à jour validée par le conseil scientifique le 04/10/2013
	Domaine d'application : Suivi de grossesse	Rédigée par Dr LAMBERT, Dr CARLES Modifiée par A. Louison	Date d'application 01 MAI 2011

1 : Rappels

2 : Prévention et dépistage de l'anémie pendant la grossesse

3 : Prises en charge des anémies pendant la grossesse « en ville »

4 : Traitements médicamenteux de l'anémie de la grossesse « en ville ».

1 : Rappels

L'anémie pendant la grossesse augmente les risques périnataux pour les mères et les nouveau-nés, et augmente la morbi-mortalité infantile globale.

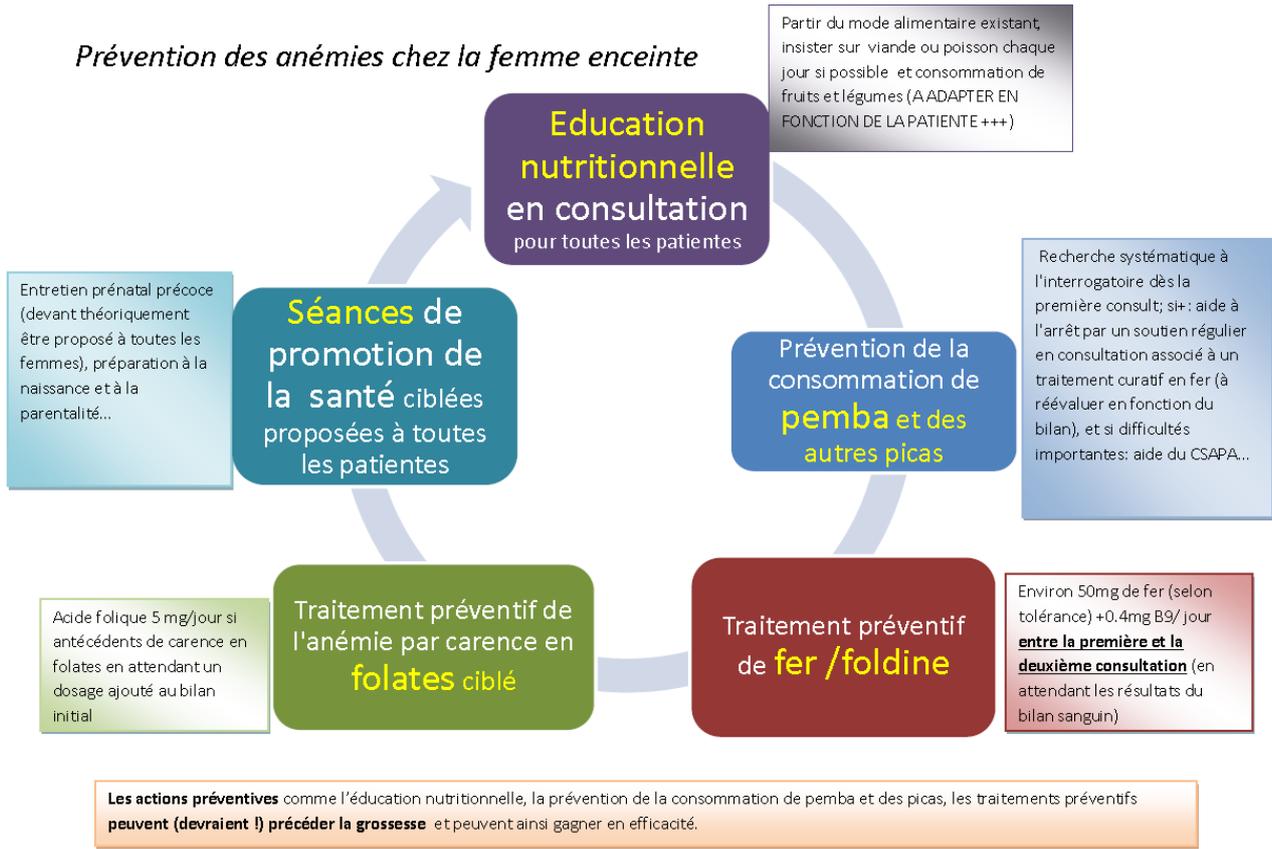
Outre ses effets généraux sur la santé de la femme, l'anémie du début de grossesse, même légère, lorsqu'elle est ferriprive, est un facteur de risque d'accouchement prématuré, et un facteur de retard de croissance chez l'enfant à naître. Elle est donc en lien avec la morbi mortalité néonatale. Il est à noter également que la carence martiale maternelle même isolée a pour conséquence un retard d'acquisitions psychomotrices chez l'enfant.

L'anémie sévère de la femme enceinte augmente les risques maternels en cas d'hémorragie de la délivrance et d'infections puerpérales, et donc est en lien avec une augmentation du risque de morbi mortalité maternelle.

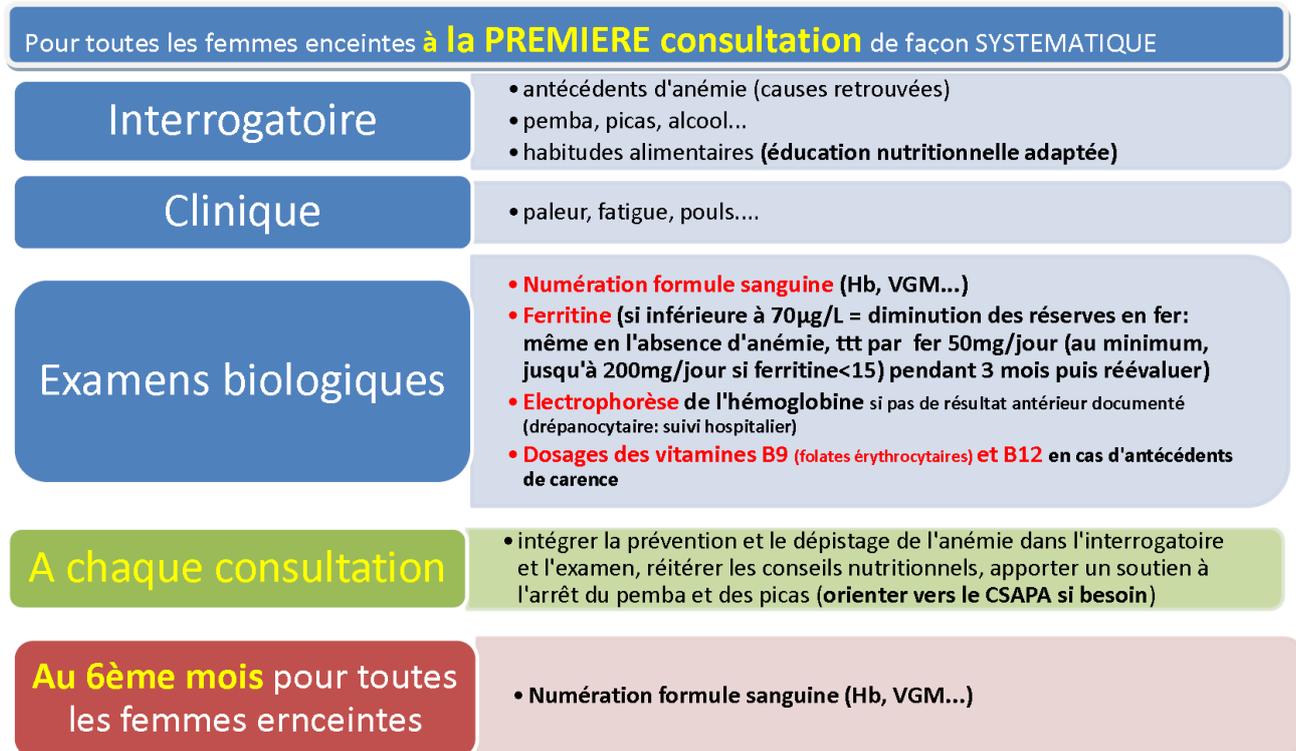
En Guyane au 1^{er} semestre 2013 (chiffres métropole INSERM 2010), on constatait via le RIGi :

- 12.1% de naissance avant 37SA (vs 7.4 % en métropole en 2010)
- 2.7% de naissance avant 33SA (vs 2.3 en métropole en 2010)
- 10.9% de poids de naissance inférieur à 2500g (vs 6.4% en métropole en 2010).

2 : Prévention et dépistage des anémies de la grossesse.



Dépistage des anémies et intégration du risque d'anémie dans le suivi de grossesse.



3 : Prise en charge de l'anémie pendant la grossesse

Prises en charge des anémies de la grossesse.

Hémoglobine < 11g/dl = ANEMIE

= prise en charge rapide avec prise en compte des autres éléments : clinique, interrogatoire, électrophorèse (drépano=suivi hospitalier), VGM, ferritine... +/- en fonction du contexte (nutrition++) prescrire un bilan complémentaire : **plombémie, dosage des folates érythrocytaires (vit B9) et dosage de la vitamine B12 (NB: + ferritine si non faite en début de suivi)**

anémie + ferritine ≤ 50

(majorité des cas) probable anémie ferriprive: mise place d'un traitement **fer+B9** et contrôle biologique de l'efficacité: **NFS et réticulocytes deux à trois semaines après le début du traitement**

anémie + ferritine > 50

traitement par acide folique 5mg/jour en attendant les résultats des dosages **plomb/vit B 9/B12** et du bilan complémentaire: NFS, CRP, bilirubine, LDH, haptoglobine, réticulocytes, TSH si VGM augmenté, +/- contrôle ferritinémie si limite

Prise en charge thérapeutique et lieu en fonction de la gravité de l'anémie et du terme

Lieu de prise en charge en fonction de la gravité de l'anémie et du terme

Avant 28 SA	Hb ≤ 7 Hospit pour bilan et ttt	7 < Hb ≤ 9 200mg Fe+ 5mg B9/j	9 < Hb < 11 100mg Fe + 5mg B9/j
	<= échec du ttt		<= échec du ttt
	Entre 28 et 34	Hb ≤ 7 Hospit pour bilan et ttt	7 < Hb ≤ 9 Fer IV en milieu hosp avec dosage des besoins +++ + 5mg B9/j
<= échec du ttt		<= échec du ttt	
Après 34 SA	Hb ≤ 7 Hospit pour bilan et ttt	7 < Hb ≤ 9 Bilan hospitalier fer IV ou transfusion	9 < Hb < 11 Si Hb < 10 ou si échec ttt PO, Fer IV avec dosage des besoins ; si Hb ≥ 10 : 200mg PO + 5mg B9/j
	<= échec du ttt		<= échec du ttt

Hb ≤ 7	7 < Hb ≤ 9	9 < Hb < 11			
			Hospit pour bilan et ttt	Bilan prescrit en ville + consult avec médecin hospitalier	Bilan et suivi en ville selon résultats bilan.
			<= échec du ttt		<= échec du ttt
Hb ≤ 7	7 < Hb ≤ 9	9 < Hb < 11			
			Hospit pour bilan et ttt	Bilan hospitalier transfusion ? fer IV ?	Consult patho avec médecin hospitalier si échec de ttt
<= échec du ttt		<= échec du ttt			

=> Effet attendu du traitement : environ 1g/dl d'hémoglobine toutes les 2 semaines crise réticulocytaire en 14j pour les carences martiales.

4 : Traitements médicamenteux des anémies de la grossesse.**A : FER : TRAITEMENTS ORAUX COMMERCIALISES (avril 2013)
(posologie selon Hb et ferritinémie)**

NOM fer forme orale	Dosage en fer élément (en mg)	Forme galénique	Présentation	Taux de remboursement avant 100% mater Prix estimé en Guyane (1.34 X prix métropole)
Ascofer	33 + vit C	gélule (noire et rouge)	boîte de 30	Remboursable à 65 % - 4.41 €
Inofer	100 + vit C	comprimé (blanc)	boîte de 100	Remboursable à 65 % 7.52€
Tardyféron	80	comprimé	boîte de 30	Remboursable à 65 % 4.77 €
Tardyféron B9	50 + acide folique 0.35 mg	comprimé	boîte de 30	Remboursable à 65 % 5.00 €
Timoférol	50 + vit C	gélule (blanc et vert)	boîte de 30	Remboursable à 65 % - 3.38 €
Fero-Grad	105 + vit C	comprimé (jaune)	boîte de 30	Remboursable à 65 % - 4.24 €
Ferrostrane	34 /cuill à café=3ml	sirop arôme cerise	flacon de 125 ml (42 cuill à café)	Remboursable à 65 % 3.51 €
Fumafer	66	comprimé (brun)	boîte de 100	Remboursable à 65 % 3.72 €
Fumafer	33 /cuill (1g)	poudre orale chocolatée	boîte de 50 g avec cuillère- dose	Non remboursé Prix libre
Tot'Héma	50 +Mn+Cu	solution buvable arôme tuttifruiti	boîte de 20 amp de 10 ml	Non remboursé Prix libre

Rmq : autre spécialité : Fer AP HP 0.5mg pour les nourrissons ; Fer UCB n'est plus commercialisé depuis 2012

Toutes les spécialités commercialisées en France sont à base de sels ferreux ce qui doit faire recommander leur prise **en dehors des repas (au moins une heure avant)**.

Pour diminuer les effets secondaires, **on peut fractionner la dose en plusieurs prises quotidiennes et adapter les horaires et la répartition en fonction de la tolérance digestive.**

FICHE PRATIQUE ANEMIE ET GROSSESSE

En cas d'intolérance malgré ces premiers conseils, **une autre forme galénique peut être essayée** et/ou **une prise pendant les repas peut être envisagée : en ajoutant une source de vitamine C pendant le repas (+/- incluse dans le traitement) et en proscrivant le thé et le café pendant le repas.**

NB les traitements par fer et par calcium ne doivent pas de préférence être pris de façon concomitante.

B. TRAITEMENTS (avril 2013) des carences en VITAMINE B9 ou acide folique mises en évidence par DOSAGE DES FOLATES ERYTHROCYTAIRES ou en complément du fer dans les anémies ferriprives.

Spéciafoldine	5 mg par comprimé	comprimé (jaune)	boite de 20	Remboursable à 65 % 3.12 €
Acide folique CCD	5 mg par comprimé	comprimé (jaune)	boîte de 20	Remboursable à 65 % 2.77 €

Posologie recommandée pour l'acide folique : **5mg par jour suffisent** jusqu'à la correction de la carence (généralement deux mois minimum) ou pendant toute la durée du traitement par fer de l'anémie ferriprive.

C. TRAITEMENTS (avril 2013) des carences EN VITAMINE B12 mises en évidence par DOSAGE VIT B12.

Vitamine B12 Aguetant	1000µg / ampoule	solution buvable et injectable	boîte de 10 amp de 2 ml	65 % 5.33 €.
Vitamine B12 Aguetant	100µg / ampoule	solution buv et inj	boîte de 10 amp de 2 ml	Non remboursé Prix libre
Vitamine B12 Delagrangé	1000µg / ampoule	solution buv et inj	boîte de 6 amp de 2 ml	Remb 65 % 3.66 €
Vitamine B12 Gerda	250µg / comprimé	comprimé (rose)	boîte de 24	Non remboursé Prix libre
Vitamine B12 Gerda	1000µg / ampoule	solution buv et inj	boîte de 6 amp de 4 ml	Remb 65 % 3.66 €
Vitamine B12 Lavoisier	1000µg / ampoule	solution injectable	boîte de 10 amp de 1 ml	Non remboursé Prix libre

Posologie recommandée pour la vitamine B12 :
1000µg IM ou PO par prise (importance de l'observance++)
d'abord tous les jours pendant 10 jours (*en IM*) ou 15 jours (*PO*)
puis tous les 10 JOURS (*PO*) ou tous les 30 jours (*en IM*),
Durée du traitement : 2 à 3 mois minimum, selon la carence initiale.
Dosage en fin de traitement.