

 <p>Réseau SÉCURITÉ Naissance <small>Plus sûr - Plus facile - Plus serein</small> <i>Aux portes de la vie</i></p>	PRISE EN CHARGE D'UNE ANÉMIE PENDANT LA GROSSESSE	Protocole obstétrical n°21 version 1 page 1/8
---	--	---

Référence : RSN/PR/REA.O/021/C	Date de 1 ^{ère} mise en service : 14/10/2014
--------------------------------	---

Suivi des modifications			
N° version	Date de la modification	Objet de la modification	Fait par :
		Mise à jour	Dr

Rédaction	Mise à jour	Vérification	Approbation
Nom et fonction Dr AMIEL	Nom et fonction : Dr	Nom et fonction Dr	Nom et fonction : CMS
Date :	Date :	Date :	Date : 14/10/2014
Signature : signé	Signature : signé	Signature : signé	Signature : signé

1 – Définition de l'anémie *(selon OMS et CNGOF)*

- Hb < 11g/100mL au 1^{er} et 3^{ème} trimestre
- Hb < 10,5g/100mL au 2^{ème} trimestre
- Hb < 10g/100mL en post-partum

Il est nécessaire de faire **le diagnostic de l'anémie au plus tôt dans la grossesse** afin de **pouvoir anticiper** les attitudes thérapeutiques.

Une numération formule plaquette devrait être réalisée systématiquement : **au premier trimestre et durant le 6^{ème} mois.** *(cf protocole obstétrical n°7 : Protocole de surveillance de la grossesse normale)*

2 – Signes cliniques de l'anémie

- Pâleur
- tachycardie
- vertiges
- hypotension
- dyspnée d'effort puis de repos
- céphalées.

3 – Conduite à tenir initiale devant une anémie :

Examens complémentaires de première intention

- VGM
- Ferritinémie
- Réticulocytes
- + /- électrophorèse de l'hémoglobine *selon origine si VGM <75 ou en seconde intention en l'absence de carence martiale*

4 – Prise en charge d'une anémie ferriprive

L'anémie ferriprive représente 90% des anémies.

- **Les éléments diagnostic sont :**
 - Ferritine <12 µg/l ou 30 µg/l si inflammation
 - Microcytaire : VGM < 80

- Arégénérative : réticulocytes < 100 000/mL
- **Traitement pendant la grossesse :**
 - Traitement per os : multivitamines de grossesse ou spécialités ferriques
(Voir document annexe 2)

Bien informer la patiente de la nécessité de bien prendre le traitement per os afin de prévenir l'aggravation de l'anémie et ainsi éviter une éventuelle transfusion.

- Au premier trimestre : si Hb < 11 g/dl avec ferritinémie basse,
Supplémenter en fer per os.
- Au 6^{ème} mois, traiter en systématique :
 - **Hb > 11 g/dl** : ferB9 1cp/jour
 - **10 g/dL < Hb < 11 g/dL** : ferB9 2cp/jour (en 2 prises)
 - **9 g/dL < Hb < 10 g/dL**
 - ✓ Tardyféron 80® ou Feron-gradC500® 2 cp/jour (en 2 prises)
 - **8g/ dL < Hb < 9 g/dL**
 - ✓ Fer Inject® (ou Venofer®)
 - ✓ Transfusion de CGR si mauvaise tolérance clinique ou juste avant accouchement.
 - **Hb < 8g/dL** : transfusion de CGR
- en fin de grossesse après 36 SA, si risque hémorragique important, ou si intolérance au fer per os.
 - **Et 9 g/dL < Hb < 10 g/dL** : Fer Inject® (ou Venofer®)

A discuter

- ⇒ **Contrôle de la NFS, ferritinémie à 4 semaines si traitement martial.**
- ⇒ **Si fer injectable - pas de traitement par fer per os pendant 15 jours après la cure**
 - **Contrôle NFS et réticulocytes 4 semaines après la cure**

- Indications à la transfusion

A adapter à la clinique et à discuter avec le médecin réanimateur.

- Avant la césarienne quand Hb < 8 g/dL (9 g/dL en cas de grossesse gemellaire)
- Au cours de la grossesse : Hb < 8g/dL ou selon la tolérance clinique
- En post-partum : Hb post-opératoire < 7 g/dL
- En cours d'hémorragie : Hb < 10 g/dL

- Traitement par fers injectables

Les indications du traitement par fer injectable : **anémies ferriprive de la grossesse.**

- A proximité du terme quand un traitement par fer per os est insuffisant et le taux d'Hb < 10 g/dL
- Patiente ayant une malabsorption du fer, avec échec du fer per os (by pass, ...)



Ne pas prescrire de Venofer® ou Fer Inject® en l'absence d'une carence martiale avérée.

Au vu des risques anaphylactiques : l'usage du fer injectable est réservé à un usage hospitalier.

(Information ANSM nov 2013 et recommandation ministérielle janvier 2014)

- Vérifier l'absence d'hypersensibilité connue au produit
- **Informé la patiente du risque d'allergie**
- Administration sous surveillance médicale pendant et jusqu'à 30 minutes après chaque administration.
- Disponibilité immédiate d'un personnel formé à la prise en charge des chocs anaphylactiques et des moyens nécessaires pour assurer une réanimation
- Tout effet indésirable doit être déclaré à la pharmacovigilance.

Le risque d'hypersensibilité est accru chez les patientes ayant des allergies connues, des troubles immunitaires ou inflammatoires (lupus, polyarthrite), des ATCD d'asthme sévère, d'eczéma, de terrain atopique.

⇒ **Le bénéfice doit être clairement supérieur au risque potentiel**

Il est recommandé de limiter le traitement au 2^{ème} et 3^{ème} trimestre de la grossesse. Il existe un risque pour le fœtus (anoxie, détresse fœtale) => monitoring fœtal

En pratique : fer injectable

- Vérification de l'indication de prescription (Hb < 9,5 g/dL, carence martiale avérée et échec du traitement per os)
- La prescription de fer IV doit être faite par un médecin et le nom du prescripteur doit être noté
- L'information de la patiente sur les risques doit être tracée.
- Vérification de l'absence d'hypersensibilité connue au produit
- **En fonction du type d'hospitalisation de la patiente privilégier :**
 - Fer Inject® si HDJ en consultation : temps d'administration plus court
 - Venofer® si patiente hospitalisée : traitement moins cher
- Dans tous les cas : temps de surveillance post administration : 30 minutes minimum
- Traçabilité de la surveillance dans le dossier patient (pouls, TA) à effectuer toutes les 10 minutes.
- Avant la sortie : noter l'absence (ou non) de signes cutanéomuqueux d'allergie
- Contrôle NFS, réticulocytes 4 semaines après l'administration
- Pas de traitement de fer per os pendant les 15 jours qui suivent l'administration de fer IV
- **CR d'HDJ à adresser au correspondant.**

5 – Prise en charge d'une anémie non ferriprive : Ferritine normale et VGM > 80

- Réalisation d'un bilan complémentaire avec :
 - Schizocytes, fer sérique
 - CRP, ionogramme, créatinémie, LDH, transaminases
 - T4, TSH, haptoglobine
 - Vitamine B12, folates
 - Test de coombs élution, RAI
 - Electrophorèse de l'hémoglobine (si non faite en supra)

- Prévoir une consultation hématologique

6 - Traitement d'une anémie du post-partum :

- **10 g/dL < Hb < 10,5 g/dL** ferB9 2cp/jour pendant 6 semaines
- **9 g/dL < Hb < 10 g/dL** Tardyféron 80® ou Feron-grad 2 cp/jour
+ acide folique 5 mg pendant 6 semaines
- **Hb < 9 g/dL** fer per os ou fer injectable selon tolérance
- **Hb < 7-8 g/dL** transfusion ou fer injectable selon tolérance clinique
- **Hb < 6g/dL** transfusion CGR

⇒ **Contrôle de la NFS à 4 semaines si anémie.**

BIBLIOGRAPHIE :

- 1 – **CNGOF** *Supplémentation au cours de la grossesse RPC* (1997)
- 2 - **OMS.** *Concentrations en hémoglobine permettant de diagnostiquer l'anémie et d'en évaluer la sévérité*, (2011 WHO/NMH/NHD/MNM/11.1)
http://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin_fr.pdf,
- 3 – **CARO** *Prévention et traitement de l'anémie gravidopuerpérale* (Lille 2011)
- 4 – **HAS**

Annexe 1 : Modalités d'administration du fer injectable

- Fer Inject®
 - Pour une patiente de plus de 50 Kg :
 - Dose requise : 1000mg de Fer Inject® soit 2 flacons de 10 ml dilués dans 100ml de solutés de NaCl à 0,9% (maxi 250 ml)
 - A administrer en **15 minutes minimum**
 - 30 minutes de surveillance minimum après administration : TA, pouls, état général,... toutes les 10 minutes. Surveillance à noter dans le dossier.
 - Contrôle NFP, réticulocytes 4 semaines après l'administration.
 - Pour une patiente de moins de 50 Kg : **500mg en 2 fois, espacés de 8 jours.**
 - Dose requise : 1 x 500mg de Fer Inject® soit 1 flacon de 10 ml dilué dans 100ml de solutés de NaCl à 0,9% (maxi 250 ml)
 - Renouveler à J8 : 1 x 500mg de Fer Inject® (selon dilution en supra)
 - A administrer en **15 minutes minimum à chaque fois**
 - 30 minutes de surveillance minimum après chaque administration : TA, pouls, état général,... toutes les 10 minutes. Surveillance à noter dans le dossier.
 - Contrôle NFP, réticulocytes 4 semaines après l'administration
- Venofer® : calcul de la dose totale nécessaire

Déficit en fer total (exprimé en mg)=[**poids corporel en kg x (Hb cible-Hb actuelle)en g/100mL**]**x2,4**
Cf le tableau pour l'aide à la prescription

En général : 3 ampoules à passer en 1H30 minimum à renouveler +/- 48 heures après.

Tableau d'aide à la prescription Venofer®

		Calcul de la dose totale nécessaire												
		(Hb cible - Hb actuelle) (g/100 ml)						(Hb cible - Hb actuelle) (g/100 ml)						
		0,5	1	1,5	2	2,5	3	3,5	4	4,5	5	5,5	6	
Poids corporel (kg)	5	0	1	1	1	2	2	2	2	3	3	3	4	ml
	10	1	1	2	2	3	4	4	5	5	6	7	7	ml
	15	1	2	3	4	5	5	6	7	8	9	10	11	ml
	20	1	2	4	5	6	7	8	10	11	12	13	14	ml
	25	2	3	5	6	8	9	11	12	14	15	17	18	ml
	30	2	4	5	7	9	11	13	14	16	18	20	22	ml
	35	2	4	6	8	11	13	15	17	19	21	23	25	ml
	40	2	5	7	10	12	14	17	19	22	24	26	29	ml
	45	3	5	8	11	14	16	19	22	24	27	30	32	ml
	50	3	6	9	12	15	18	21	24	27	30	33	36	ml
	55	3	7	10	13	17	20	23	26	30	33	36	40	ml
	60	4	7	11	14	18	22	25	29	32	36	40	43	ml
	65	4	8	12	16	20	23	27	31	35	39	43	47	ml
	70	4	8	13	17	21	25	29	34	38	42	46	50	ml
	75	5	9	14	18	23	27	32	36	41	45	50	54	ml
	80	5	10	14	19	24	29	34	38	43	48	53	58	ml
85	5	10	15	20	26	31	36	41	46	51	56	61	ml	
90	5	11	16	22	27	32	38	43	49	54	59	65	ml	
95	6	11	17	23	29	34	40	46	51	57	63	68	ml	
100	6	12	18	24	30	36	42	48	54	60	66	72	ml	
105	6	13	19	25	32	38	44	50	57	63	69	76	ml	
110	7	13	20	26	33	40	46	53	59	66	73	79	ml	
115	7	14	21	28	35	41	48	55	62	69	76	83	ml	
120	7	14	22	29	36	43	50	58	65	72	79	86	ml	
125	8	15	23	30	38	45	53	60	68	75	83	90	ml	
130	8	16	23	31	39	47	55	62	70	78	86	94	ml	

Annexe 2 : Liste des spécialités contenant du fer : (multivitamines de grossesse, spécialités fer per os)

- **Les vitamines de grossesse contiennent 14 mg de fer** ex : Gestarelle®, Vinalac®, Gynefam®,...
- **Tardyféron B9® : 50 mg de fer + B9**
- **Timoférol® : 50 mg de fer + vit C**
- **Ascofer® : 33 mg d'ascorbate ferreux**
- **Tardyféron 80® : 80 mg de fer**
- **Ferrostrane® sirop : 34 mg de fer par cuillère à café**
- **Fero-grad C500® : 105 mg de fer + vit C**

Annexe 3 :

DIAGNOSTIC DE L'ANEMIE

Signes cliniques :

- Pâleur
- tachycardie
- vertiges
- hypotension
- dyspnée d'effort puis de repos
- céphalées

Signes biologiques :

- Hb < 11g/100mL au 1^{er} et 3^{ème} trimestre
- Hb < 10,5g/100mL au 2^{ème} trimestre
- Hb < 10g/100mL en post-partum

Examens complémentaires de première intention

- VGM
- Ferritinémie
- Réticulocytes
- +/- électrophorèse de l'hémoglobine *selon origine si VGM <75 ou en seconde intention en l'absence de carence martiale*

ANEMIE NON FERRIPRIVE
Ferritine normale et VGM > 80

- Prévoir une consultation héματο
- Bilan étiologique :
 - Schizocytes, fer sérique
 - CRP, ionogramme, créatinémie, LDH, transaminases
 - T4, TSH, haptoglobine
 - Vitamine B12, folates
 - Test de coombs élution, RAI
 - Electrophorèse de l'hémoglobine (si non faite en supra)

ANEMIE FERRIPRIVE

- **Ferritine <12 µg/l ou 30 µg/l si inflammation**
- **Microcytaire : VGM < 80**
- **Arégénérative : réticulocytes < 100 000/mL**

Cf schéma de la stratégie thérapeutique

SCHEMA DE LA STRATEGIE THERAPEUTIQUE

	TRAITEMENT PER OS	TRAITEMENT PARENTERAL (Fer IV)	TRANSFUSION
Au 1 ^{er} trimestre	Hb < 11 g/dl Supplémenter en fer per os		
Au 6 ^{ème} mois	Hb > 11 g/dl : ferB9 1cp/jour 10 g/dL < Hb < 11 g/dL : ferB9 2cp/jour (en 2 prises) 9 g/dL < Hb < 10 g/dL Tardyféron 80® ou Feron-gradC500® 2 cp/jour (en 2 prises)	8g/dL < Hb < 9g/dL Fer inject® ou Venofer®	8g/dL < Hb < 9g/dL <i>(Si mauvaise tolérance clinique ou juste avant l'accouchement)</i> 8g/dL < Hb
En fin de grossesse : à partir de 36 SA		9g/dL < Hb < 10g/dL Si risque hémorragique important Si intolérance au fer per os	