



ANEMIE FERRIPRIVE ET GROSSESSE

Applicable par :
Réseau ELENA

Date de modification :
Mars 2023

Version :
RP LNA - 6

Nombre total de page(s) :
6

A.	RAPPELS	1
1.	Définition anémie au cours de la grossesse	1
2.	Dépistage	1
a.	Clinique	1
b.	Biologique	2
B.	PRISE EN CHARGE	2
1.	Au cours de la grossesse	2
a.	Supplémentation en fer per os	2
b.	Supplémentation en fer IV	3
c.	Transfusion	4
d.	Stratégies thérapeutiques pendant la grossesse entre fer PO, fer IV et transfusion	5
e.	Suites fer IV – Surveillance	5
2.	En post-partum	5
a.	Hémorragie du post-partum	5
b.	Définition de l’anémie en post-partum	5
c.	Supplémentation en fer PO	6
d.	Supplémentation en fer IV	6
e.	Transfusion	6
f.	Surveillance	6

A. RAPPELS

1. Définition anémie au cours de la grossesse

- **Anémie si Hb < 11g/dL (OMS)**
- **Anémie ferriprive si ferritine < 30ng/mL (90% des anémies au cours de la grossesse)**

FDR anémie ferriprive : adolescente, grossesse rapprochées ou multiples, grande multiparité, précarité, maladies inflammatoires de l'intestin ou résections digestives, carences alimentaires ou pratiques alimentaires pauvres en apport de fer ou riches en chélateurs (thé, antiacides).

Anémie ferriprive :

- **Risque fœtal** : risque accru d'accouchement prématuré et de faible poids à la naissance
- **Risque maternel** péripartum si hémorragie

2. Dépistage

a. Clinique

- Pâleur, asthénie, dyspnée, vertiges, palpitations, céphalées, acouphènes, perte d'appétit
- Signes de carence martiale : troubles des phanères, glossite

b. Biologique

- NFS
- Ferritinémie

- **A la déclaration de grossesse**

- **Au 6^{ème} mois** (NFS obligatoire)

- **A tout moment de la grossesse en présence de symptômes d'anémie.**

En cas d'anémie à ferritine normale ou chez les femmes anémiques d'origine méditerranéenne, du Moyen-Orient, d'Extrême-Orient, d'Afrique, des Caraïbes et de l'Océan Indien : rechercher une anomalie de l'hémoglobine par l'interrogatoire ou par une électrophorèse de l'hémoglobine et/ou à défaut par un dosage de l'hémoglobine S.

B. PRISE EN CHARGE

1. Au cours de la grossesse

a. Supplémentation en fer per os

En cas d'anémie avec carence martiale en pré-partum, réaliser en première intention une supplémentation en fer oral (80-100mg/jour/élément fer) et en acide folique (0.4 mg/ j ou 400µg/jour).

Supplémenter également en fer oral les femmes anémiques ayant une hémoglobinopathie connue si leur taux de ferritine sérique est < 30ng/mL.

A prendre **en dehors des repas (sauf Tardyferon B9)**

Effets secondaires : mauvaise tolérance digestive => la tolérance peut être améliorée par une prise un jour sur deux.

Contrôle NFS à 6 semaines +/- ferritine à 1 mois.

Une fois que le taux d'hémoglobine est supérieur à 11g/dL, poursuivre la supplémentation en fer oral pendant au moins 3 mois afin de reconstituer les réserves en fer.

INDICATIONS EN PREMIERE INTENTION

- Si ferritinémie < 30 µg/l et Hb normale (>11 g/dL) :
 - **50 mg/j** si ferritinémie entre 20 et 30 µg/l
 - **100 mg/j** si ferritinémie < 20 µg/l
- Si ferritinémie < 30 µg/l et Hb anormale (<11 g/dL) :
 - **200 mg/j**

Posologie du fer PO en fonction de la ferritine et de l'hémoglobine pendant la grossesse :

	Quantité de fer	20 < ferritinémie < 30 µg/l Hb normale (> 11 g/dL)	ferritinémie < 20 µg/l Hb normale (> 11 g/dL)	ferritinémie < 30 µg/l Hb anormale (< 11 g/dL)
Tardyféron®	80 mg / cp	1 cp / j	2 cp / j	3 cp / j
Tardyféron B9®	50 mg / cp	1 cp / j	2 cp / j	4 cp / j
Fumafer®	66 mg / cp	1 cp / j	2 cp / j	3 cp / j
Timoférol®	50 mg / cp	1 cp / j	2 cp / j	4 cp / j
Inofer®	32.5 mg / cp	2 cp / j	3 cp / j	-



ANEMIE FERRIPRIVE ET GROSSESSE

Applicable par : Réseau ELENA	Date de modification : Mars 2023	Version : RP LNA - 6	Nombre total de page(s) : 6
----------------------------------	-------------------------------------	-------------------------	--------------------------------

A noter que depuis avril 2018, le Tardyferon B9® n'est plus remboursé.

Si l'indication est posée, il convient de le remplacer par :

- Tardyferon® 50mg, selon les mêmes posologies que dans le tableau ci-dessus ;
- + Acide folique® 0.4mg/jour.

b. Supplémentation en fer IV

La prescription, la dispensation ainsi que l'administration de fer IV sont possibles uniquement en milieu hospitalier, en aucun cas à domicile.

Avant toute administration de fer IV, un dosage de la ferritine doit être réalisé.

Ralentir la vitesse de perfusion si la patiente ressent un goût métallique dans la bouche ou différents petits effets indésirables.

Interrompre IMMEDIATEMENT l'administration si extravasation du produit ou apparition de signes (rares) d'intolérance ou d'allergie.

Une bradycardie fœtale peut survenir après l'administration de préparations parentérales à base de fer. Elle est généralement transitoire et consécutive à une réaction d'hypersensibilité chez la mère. Le fœtus doit faire l'objet d'un suivi attentif pendant toute la durée de la perfusion (monitoring).

La patiente doit être surveillée pendant au moins 30 min après chaque perfusion avec au moins une prise de tension pendant cette surveillance.

INDICATIONS

Carence martiale (ferritinémie < 30ng/mL) après le premier trimestre de la grossesse et :

- **anémie sévère (Hb < 8 g/dL) ou mal tolérée**
- ou intolérance à la dose requise per os
- ou découverte après 34 SA

CONTRE-INDICATIONS

- Hypersensibilité connue au principe actif ou à l'un des excipients
- Anémie non liée à une carence martiale
- Signe de surcharge martiale ou trouble de l'utilisation du fer
- Hypersensibilité grave connue à tout autre fer administré par voie parentérale
- Cirrhose et/ou hépatite virale

EFFETS INDESIRABLES LES PLUS FREQUENTS

- Nausées
- Céphalées
- Etourdissements
- Hypertension

COTATIONS PMSI

- **1^{ère} cure de fer IV**
DP : Anémie (O 990)
DAS : Z 512 = autre cure chimiothérapie
Code D508 = carence en fer
Si Thalassémie D569 (il existe plusieurs codes selon alpha ou beta thalassémie)
Z35.8 surveillance grossesse à haut risque
- **Autres cures de fer IV**
DP : Z512 = autre cure chimiothérapie
DR (diag reliés) O 990 = anémie
DAS = type d'anémie
Z35.8 surveillance grossesse à haut risque

PRODUITS DISPONIBLES

VENOFER® ou FER MYLAN® <i>(fer trivalent)</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Hors AMM pendant la grossesse et en post-partum - Max 7 mg/kg ou 500 mg par perfusion et par semaine - pH basique: risque de veinites +++ - <i>Coûts à titre indicatif : Fer Mylan 1g = 50 €, Venofer 1g = 80 €</i> - Se présente sous forme d'ampoules de 5 ml dosées à 100 mg de fer trivalent. - S'ADMINISTRE SUR VVP NEUVE, NE PAS METTRE EN DERIVATION SUR UNE PERFUSION, NE PAS MELANGER AVEC UN AUTRE PRODUIT - Se prépare de façon extemporanée = administration immédiatement après dilution - POSOLOGIE : 300 mg (3 amp) à J0 dilués dans 300 mL sérum physiologique et administrés en perfusion lente : 1h30 (débuter lentement la perfusion) - 2^{ème} cure selon même posologie 2 à 3 jours après
FERINJECT® <i>(fer carboxymaltose)</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Administration en hospitalisation de jour ou lors d'une hospitalisation complète pour un autre motif - AMM pour le traitement de la carence martiale pendant la grossesse et en post-partum - Max 1000 mg par perfusion et par semaine sans dépasser 20 mg/kg - A diluer exclusivement dans 100mL de NaCl 0.9% - Administration en perfusion IV en 15 min minimum sur une veine de bon calibre (18G) - pH physiologique - <i>Coût à titre indicatif : Ferinject 1g = 200 €</i> - 2 présentations (50 mg/mL) : flacons de 2 ou 10 mL

Le calcul de la dose totale de fer injectable est nécessaire à la correction de la carence martiale (basé sur l'Hb et le poids pré-gestationnel de la patiente)

Il est possible de pratiquer une première injection de 1000 mg puis contrôle de l'Hb à 1 mois et nouvelle injection de fer en cas d'Hb basse persistante

Taux d'Hb	35<poids<70 Kg		poids≥70 Kg
<10 g/dl	1 500 mg 35<poids<50 Kg J1 : 500 mg J8 : 500 mg J15 : 500 mg	1 500 mg 50≤poids<70 Kg J1 : 1 000 mg J8 : 500 mg	2 000 mg J1 : 1 000 mg J8 : 1 000 mg

c. [Transfusion](#)

La transfusion anténatale doit être réservée aux anémies sévères (Hb < 8g/dL) ou mal tolérées cliniquement ou consécutives à un saignement aigu et lorsque le traitement par fer n'aura pas le temps d'être efficace avant l'accouchement.

d. [Stratégies thérapeutiques pendant la grossesse entre fer PO, fer IV et transfusion](#)

* Tableau récapitulant les indications respectives du fer oral, IV ou de la transfusion

	Hb < 8	8 ≤ Hb < 9	9 ≤ Hb < 11
Risque hémorragique : - à distance du terme - à proximité du terme à partir de 37 SA	Fer IV Transfusion	Fer IV Fer IV	Fer PO Fer IV
Grossesse normale : - à distance du terme - à proximité du terme à partir de 37 SA	Fer IV Transfusion	Fer PO ? Fer IV	Fer PO Fer PO
Intolérance digestive et/ou non observance au fer oral	Transfusion	Fer IV	Fer IV ?

e. [Suites fer IV – Surveillance](#)

- Relais fer per os : 5 à 10 jours après dernière dose de fer IV
- Contrôle de la ferritinémie à distance (plusieurs semaines – min 1 mois)
- Contrôle de la NFS à 10 jours puis à 1 mois et/ou avant la naissance.

2. [En post-partum](#)

a. [Hémorragie du post-partum](#)

Prescrire des concentrés de globules rouges principalement sur la base des signes cliniques de gravité de l'hémorragie du post-partum, sans nécessairement attendre les résultats du laboratoire d'hématologie.

La transfusion a pour objectif de maintenir un taux d'hémoglobine > 7g/dL si l'hémorragie est arrêtée ou > 8-9g/dL si l'hémorragie est active.

!! Anticiper l'accès 24h/24 aux produits sanguins labiles et stables pour tout établissement autorisé à pratiquer l'obstétrique !!

Mesures d'épargne transfusionnelle :

- Appliquer le [protocole de prévention et de traitement de l'HPP](#) de façon multidisciplinaire
- Organiser la formation en équipe
- Mettre en pratique les mesures d'épargne transfusionnelle pour l'HPP : utérotoniques, acide tranexamique, traitement de la coagulopathie.
- Au cours des césariennes ou laparotomies hémorragiques ou à risque de l'être, la récupération du sang épanché périopératoire est possible.

b. [Définition de l'anémie en post-partum](#)

Hb < 11 g/dL à 48h de l'accouchement.

Réaliser une numération globulaire à J1 ou J2 du post-partum en cas de césarienne, d'anémie par carence martiale en pré-partum, d'hémorragie du post-partum, ou en cas de suspicion d'anémie.

FDR anémie du post-partum :

- Anémie au cours du 3^{ème} trimestre de la grossesse.
- Hémorragie du post-partum : pertes ≥ 500ml au cours de l'accouchement



ANÉMIE FERRIPRIVE ET GROSSESSE

Applicable par : Réseau ELENA	Date de modification : Mars 2023	Version : RP LNA - 6	Nombre total de page(s) : 6
----------------------------------	-------------------------------------	-------------------------	--------------------------------

c. Supplémentation en fer PO

En première intention dans la majorité des cas.

Recommandée en post-partum en cas d'anémie légère à modérée.

A débiter avant la sortie de l'hôpital.

Posologie : 80 à 160mg de fer par jour pendant 3 mois.

d. Supplémentation en fer IV

- Si anémie sévère avec Hb < 8 ou 9 g/dL,
- Ou mauvaise tolérance avec asthénie importante,
- Ou hémorragie grave,
- Ou intolérance au fer per os connue,
- Ou syndrome inflammatoire,
- Ou inobservance prévisible du traitement per os.

En cas d'anémie sévère +++ (refus transfusion par ex) → Fer IV = Bonne option thérapeutique avec l'érythropoïétine (fer à injecter avant l'érythropoïétine).

Peu ou pas de passage dans le lait, pas de contre-indication à l'allaitement.

e. Transfusion

Transfusion si anémie grave < 7 g/dL ou si intolérance clinique à l'anémie modérée.

1 CGR apporte 200mg de Fer.

f. Surveillance

Surveillance par NFS et ferritinémie 6 semaines après traitement (ferritinémie non fiable avant car période inflammatoire).

Sources	<ul style="list-style-type: none">- RCP carboxymaltose ferrique 50 mg/mL solution injectable – 09 février 2021 - https://www.vidal.fr/medicaments/ferinject-50-mg-ml-sol-inj-p-perf-99763.html- Post-Partum – RPC CNGOF – 2015- MAPAR 2005 – Utilisation du fer IV en gynécologie obstétrique – F. Bayoumeu- 4^{èmes} Universités du Fer 20.04.2014 Paris- Seid MH, et al. <i>Am J Obstet Gynecol</i> 2008;199:435.e1-7- Recommandations HAS Anémie /Carence Martiale en Chirurgie et Obstétrique – juillet 2022.
Rédaction et Validation RP LNA – 1 à 5	Dr Tiphaine BARJAT, Gynécologue-Obstétricienne
Actualisation RP LNA - 6	Dr Lucile GRIMAL, Gynécologue-Obstétricienne
Validation RP LNA – 6	Dr Tiphaine BARJAT, Gynécologue-Obstétricienne Pr Céline CHAULEUR, Gynécologue-Obstétricienne
Approbation collégiale en Colloque de Gynécologie-Obstétrique-Néonatalogie le 17 mars 2023	