

Carence en fer et anémie ferriprive durant la grossesse

A. Kinga Malinowski MD MSc, Ally Murji MD MSP

■ Citation : *CMAJ* 2021 July 26;193:E1137-8. doi : 10.1503/cmaj.210007-f

Voir la version anglaise de l'article ici : www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.210007

1 La carence en fer et l'anémie ferriprive sont fréquentes durant la grossesse et peuvent avoir des conséquences négatives

La carence en fer prénatale s'observe chez plus de 30 % des personnes enceintes au Canada¹; elle a été associée à un faible poids à la naissance, à une petite taille par rapport à l'âge gestationnel, à la prématurité, au besoin de transfusions pour la mère, à l'hémorragie post-partum^{2,3} et à des effets neurocognitifs à long terme chez l'enfant⁴.

2 Les symptômes sont souvent ignorés car jugés « normaux » durant la grossesse

Les symptômes — fatigue, faiblesse, étourdissements, irritabilité, baisse d'énergie, perte de cheveux et dyspnée — sont souvent attribués aux changements physiologiques typiques de la grossesse. Il s'ensuit que plusieurs personnes enceintes ne reçoivent pas de traitement, ce qui accroît les risques pour la santé maternelle, fœtale et néonatale^{3,5}.

3 Il faut vérifier systématiquement les taux de ferritine et d'hémoglobine lors de la visite initiale et à 28 semaines de gestation⁵

On parle de carence en fer lorsque le taux de ferritine est inférieur à 30 µg/L; cependant, un taux plus élevé chez les personnes enceintes qui présentent une inflammation ou une infection ne permet pas d'exclure ce diagnostic⁵. On pose un diagnostic d'anémie de grossesse lorsque le taux d'hémoglobine est < 110 g/L⁶ (certains suggèrent un taux d'hémoglobine < 105 g/L pour le second trimestre²); durant le post-partum, le diagnostic est posé lorsque le taux d'hémoglobine est inférieur à 100 g/L⁵.

4 Les suppléments oraux de fer sont le traitement de première intention

Les médicaments oraux à base de composés ferreux devraient contenir 40–100 mg de fer élémentaire^{5,7} et être pris 1 fois par jour ou 1 jour sur 2 pour en atténuer les effets indésirables (tableau 1)⁵. Les produits entérosolubles ou à libération prolongée (c.-à-d., début d'action une fois passé le

Tableau 1 : Préparations orales et parentérales à base de fer*

Nom générique	Nom de marque	Posologie die ou 1 jour sur 2	Dose, mg	Fer élémentaire, mg/comprimé	Coût quotidien estimé, \$†
Administration orale					
Gluconate de fer	Floradix, Floravit	1–2 comprimés	300	35	0,10
Sulfate ferreux	Ferodan, Ferrotrate	1 comprimé	300	60	0,20
Fumarate ferreux	Palafer, Euro-Fer	1 comprimé	300	100	0,25
Bisglycinate ferreux	Ferrochel, CanPrev	1 comprimé	25	25	0,30
Complexe polysaccharide-fer	Feramax	1 comprimé	150	150	0,75
Polypeptide de fer hémique	OptiFer A, Proferrin	2–3 comprimés	398	11	2,40
Administration parentérale					
Fer-saccharose	Venofer	200–300 mg en dose unique sur plus de 2 h§		—	375
Dérisomaltose ferrique‡	Monoferric	500–1500 mg en dose unique sur plus de 30–60 min§		—	450–900

*La liste n'inclut pas toutes les préparations disponibles.

†Le coût varie selon la région géographique et le lieu de l'achat; coûts déterminés par la D^{re} Nastaran Ostad, pharmacienne périnatale, Sinai Health System (communication personnelle, 2021).

‡Non encore approuvé durant la grossesse; des études sont en cours sur des personnes enceintes et qui allaitent.

§Dose parentérale totale de supplément de fer selon la formule de Ganzoni, qui peut ensuite être divisée en plusieurs doses selon les monographies de produits respectives pour la dose unique maximale): dose totale de fer (mg) = poids (kg) × [hémoglobine cible – hémoglobine actuelle (g/dL)] × 2,4 + réserves du fer (mg) [les réserves de fer chez les adultes seraient de 500 mg]; pour convertir les concentrations d'hémoglobine de g/L à g/dL, diviser par 10.

duodénum) ne sont pas bien absorbés⁵. Pour maximiser l'absorption, les personnes enceintes devraient prendre leur fer oral avec de la vitamine C (250–500 mg) à jeun selon la tolérance, 1 heure avant ou 2 heures après la prise de calcium, d'inhibiteurs de la pompe à protons, d'antiacides, de thyroxine, de thé, de café, de lait, de soya et d'œufs⁸. La réponse aux suppléments oraux de fer devrait être évaluée par la mesure du taux d'hémoglobine 2–4 semaines après le début du traitement^{5,7} et il faut maintenir ce dernier pendant au moins 3 mois après la normalisation du taux d'hémoglobine et jusqu'à 6 semaines après l'accouchement^{5,7}.

5 Le fer administré par voie parentérale est sûr et efficace à partir du deuxième trimestre

L'administration de fer par voie parentérale permet d'atteindre rapidement le taux d'hémoglobine cible et s'accompagne de peu d'effets indésirables. On peut donc l'envisager après le premier trimestre chez les personnes qui ne tolèrent pas le traitement oral, qui ont une piètre réponse à ce traitement (augmentation du taux d'hémoglobine < 10 g/L 2 semaines après le début du traitement ou < 20 g/L après 4 semaines), qui présentent une anémie ferriprive modérée à grave (hémoglobine < 80 g/L) ou une anémie ferriprive survenant 4–6 semaines avant la date prévue de l'accouchement⁷. Il faut consulter en hématologie si la personne est atteinte d'une hémoglobinopathie, comme la thalassémie ou l'anémie falciforme.

Références

1. Tang G, Lausman A, Abdulrehman J, et al. Prevalence of iron deficiency and iron deficiency anemia during pregnancy: a single centre Canadian study. *Blood* 2019;134(Suppl 1):3389.
2. Young MF, Oaks BM, Tandon S, et al. Maternal hemoglobin concentrations across pregnancy and maternal and child health: a systematic review and meta-analysis. *Ann N Y Acad Sci* 2019;1450:47-68.
3. Peña-Rosas JP, De-Regil LM, Dowswell T, et al. Daily oral iron supplementation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;12:CD004736.
4. Georgieff MK. Iron deficiency in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2020;223:516-24.
5. Pavord S, Daru J, Prasannan N, et al. UK guidelines on the management of iron deficiency in pregnancy. *Br J Haematol* 2020;188:819-30.
6. *Haemoglobin concentrations for the diagnosis of anaemia and assessment of severity*. Vitamin and Mineral Nutrition Information System (WHO/NMH/NHD/MNM/11.1). Geneva: World Health Organization; 2011. Accessible ici : <https://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin.pdf> (consulté le 3 janv. 2021).
7. Muñoz M, Pena-Rosas JP, Robinson S, et al. Patient blood management in obstetrics: management of anaemia and haematinic deficiencies in pregnancy and in the post-partum period: NATA consensus statement. *Transfus Med* 2018;28:22-39.
8. Auerbach M. Patient education: Anemia caused by low iron in adults (beyond the basics). *UpToDate*; 2021 [mise à jour le 21 févr. 2021].

Intérêts concurrents : A. Kinga Malinowski déclare avoir reçu des honoraires à titre de consultante et de conférencière pour Pfizer et Alexion. Ally Murji déclare avoir reçu des honoraires à titre de consultante et conférencière pour Abbvie, Bayer et Pfizer.

Cet article a été révisé par des pairs.

Affiliations : Département d'obstétrique et de gynécologie (Malinowski, Murji), Sinai Health System; Université de Toronto (Malinowski, Murji), Toronto, Ont.

Propriété intellectuelle du contenu : Il s'agit d'un article en libre accès distribué conformément aux modalités de la licence Creative Commons Attribution (CC BY-NC-ND 4.0), qui permet l'utilisation, la diffusion et la reproduction dans tout médium à la condition que la publication originale soit adéquatement citée, que l'utilisation se fasse à des fins non commerciales (c.-à-d., recherche ou éducation) et qu'aucune modification ni adaptation n'y soit apportée. Voir : <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>.

Correspondance : A. Malinowski, ann.malinowski@sinaihealth.ca