



E-learning sur les maladies du globule rouge (GR)

## ➤ Thématique 5. : Thalassémies

### Cours 5.3 : **Grossesse**

V1. avril 2024

**AUTEUR : Dr Estelle JEAN-MIGNARD, CHU Marseille**



# Grossesse et thalassémies

Objectif : Connaitre les complications et les moyens de les prévenir au cours de la grossesse

Mots clefs : Thalassémie grossesse

# Thalassémie mineure

- Il n'y a pas de conséquence sur la grossesse
- La recherche d'une anomalie de l'hémoglobine est proposée au conjoint et sera complétée par une étude génétique si nécessaire.
- Une supplémentation en acide folique est prescrite avant la conception.

# Thalassémies intermédiaires et majeures

- Les thalassémies dépendantes des transfusions (TDT) sont constituées par les thalassémies majeures et les thalassémies intermédiaires TDT et par ailleurs il existe des thalassémies intermédiaires non transfuso dépendantes (NTDT).
- Avant la conception comme pendant la grossesse, une supplémentation par acide folique est prescrite, le traitement chélateur et les autres médicaments contre-indiqués (CI) pendant la grossesse sont suspendus.
- Une consultation pré conceptionnelle est fortement conseillée.
- Un dépistage des anomalies de l'hémoglobine du conjoint est à réaliser, complété par un conseil génétique si besoin.

# Thalassémies intermédiaires et TDT : conception

- L'hémochromatose est responsable d'un hypogonadisme et d'anomalies ovulatoires chez près de 30 à 80% des patientes thalassémiques transfuso-dépendantes .
- La chélation doit être précoce dans l'enfance pour limiter le risque d'hypogonadisme.
- L'absence ou la disparition d'une surcharge cardiaque en fer, évaluée en IRM, est un pré requis essentiel pour la grossesse.
- Suivi multidisciplinaire nécessaire pour évaluer la fertilité, le risque thromboembolique, les répercussions cardiaques et hépatiques de la surcharge en fer, l'hypothyroïdie et le diabète, le risque infectieux.

# Besoins transfusionnels

- Le volume transfusé augmente au cours de la grossesse et 70% des TI deviennent TDT.
- On préconise en général une hémoglobine cible de 10 g/dL au cours de la grossesse. Une reprise de la chélation est à envisager selon la surcharge cardiaque.
- Cette augmentation des transfusions se traduit par une augmentation de la surcharge en fer qui peut nécessiter une reprise de la chélation à partir du deuxième trimestre pour limiter le risque de défaillance cardiaque.

# Risque thromboembolique

- Le risque de thrombose est augmenté chez ces patientes en lien avec la splénectomie et l'augmentation de microparticules circulantes pro-coagulantes.
- La transfusion (en diminuant l'hémolyse notamment) diminue ce risque.
- Le risque d'insuffisance cardiaque est de 1,6% chez les TDT et de 1,1% chez les TI.

# Complications de la grossesse

- Diabète gestationnel : 3,9% TDT
- Pré-éclampsie : 11.3% TDT (contre 4,6% dans la population générale) en lien avec l'anémie : certains auteurs proposent un traitement par aspirine au cours de la grossesse.
- La mortalité maternelle est estimée à 3% mais elle est probablement surestimée.

# Accouchement

- L'accouchement par voie basse est autorisé
- Taux de césarienne : 83,9% TDT et 67% : anomalies osseuses
- Pas de différence significative entre TDT et TI sur :
  - les pertes fœtales (1,2% des TI et TDT mais 0,47% en population générale)
  - le retard de croissance (18,5% des TDT et 14,5% des TI mais 11% en population générale)
  - la prématurité (OR de 3,56).

# Sources

- Pregnancy outcomes and iron status in  $\beta$ -thalassemia major and intermedia: a systematic review and meta-analysis. Vlachodimitropoulou, Blood Adv. 2024 Feb 13; 8(3): 746–757.



E-learning sur les maladies du globule rouge (GR)

**Merci pour votre attention !  
Si vous avez des questions, n'hésitez pas  
à les faire remonter par mail  
à votre référent régional de GR-Learn**