



Le club de périfoetologie devient le Club Femmes et Hémostase

La 1^{ère} journée se déroulera
le Mercredi 26 Novembre 2025 -ENS Lyon

Hemogyn

Anémie péripartum Place du Fer IV



Dr. Anne-Sophie Ducloy-Bouthors
Dr. Anne-Sophie Baptiste

Maternité Jeanne de Flandre
CHU Lille

Pas de conflit d'intérêt concernant cette présentation



WHO updated guidelines for PPH prevention and management



4. Intravenous iron therapy is recommended over oral iron therapy for women with iron-deficiency anaemia during pregnancy when oral iron cannot be used or is not tolerated, or there is a clinical need to correct the anaemia rapidly, provided the woman can be monitored for prompt identification of anaphylaxis.

New

Context-specific recommendation

Context	Recommendation	Category of recommendation
Supportive care after postpartum haemorrhage	<p>42. Oral iron supplementation, either alone or in combination with folic acid, may be provided to postpartum women for 6–12 weeks after delivery for reducing the risk of anaemia in settings where gestational anaemia is of public health concern.^a</p>	Context-specific recommendation
	<p>43. Intravenous iron therapy is recommended over oral iron therapy for women with iron-deficiency anaemia after birth when oral iron cannot be used or is not tolerated or there is a clinical need to treat women with severe iron-deficiency anaemia rapidly, provided staff are trained to evaluate and manage anaphylactic reactions.</p>	Context-specific recommendation

Revalidated

New

Pilier 1: Prévention de l'anémie prépartum et anticipation des ressources

Anémie prépartum

Faut-il dépister l'anémie?
Quand faut-il dépister l'anémie ?
Faut-il dépister la carence martiale ?
Quand dépister la carence martiale ?
Quel traitement ?
Quand demander un avis spécialiste?

Identification FdR de PPH

Pour chaque patiente

Organisation Anticipation

Chariot HPP

Délai d'Accès aux produits sanguins

Entraînement en équipe

Simulation

Enjeux: Importance de la réhabilitation maternelle, asthénie et allaitement, dépression

Pilier 2 : limiter les pertes sanguines, épargne transfusionnelle et traitement de la coagulopathie

Limitation des pertes sanguines:

Utérotoniques : délivrance dirigée
Utérotoniques : curatifs
Techniques obstétricales :
BTIU, capitonage

Anémie aigüe - Transfusion CGR

Seuil transfusionnel perpartum?
Utilisation du cell saver ?

Coagulopathie

Détecter la coagulopathie ?
Comment ? Bilan , ROTEM ?
Traiter la coagulopathie
Quand ?
Comment ? **TXA Plasma Fgconc. CPA**



Pilier 3 : TTT anémie postpartum dans le cadre de la réhabilitation postpartum et suivi à distance.

Anémie Postpartum

Chez qui la rechercher?
Quand ?
Quel traitement ?
Seuils transfusionnels post partum ?
Fer per os ou Fer IV ?

Suivi et Liaison MG ? +++

Définitions et seuils

- **Anémie : Hb<11g/dL**

[légère : 10,9-10g/dL, modérée : 9,9-7g/dL, sévère : <7g/dL]

- **Carence martiale : Ferritinémie <75µg/L**

[<75µg/L : carence, <30µg/L : ressources épuisées, <12µg/L: carence sévère]

Score de criticité de l'anémie

- Intensité
- Terme
- Délai accouchement
- Retentissement maternel
- Retentissement fœtal
- FdR HPP

Conséquences de l'anémie gravidique

- HPP (aOR 1.25 [1.16–1.36] / 10 g/L ↓Hb)
- Décès par HPP (OR 7.25 [95CI 5–12])
- Retard de croissance et PPN enfant
- Allaitement difficile
- Fatigue
- Dépression

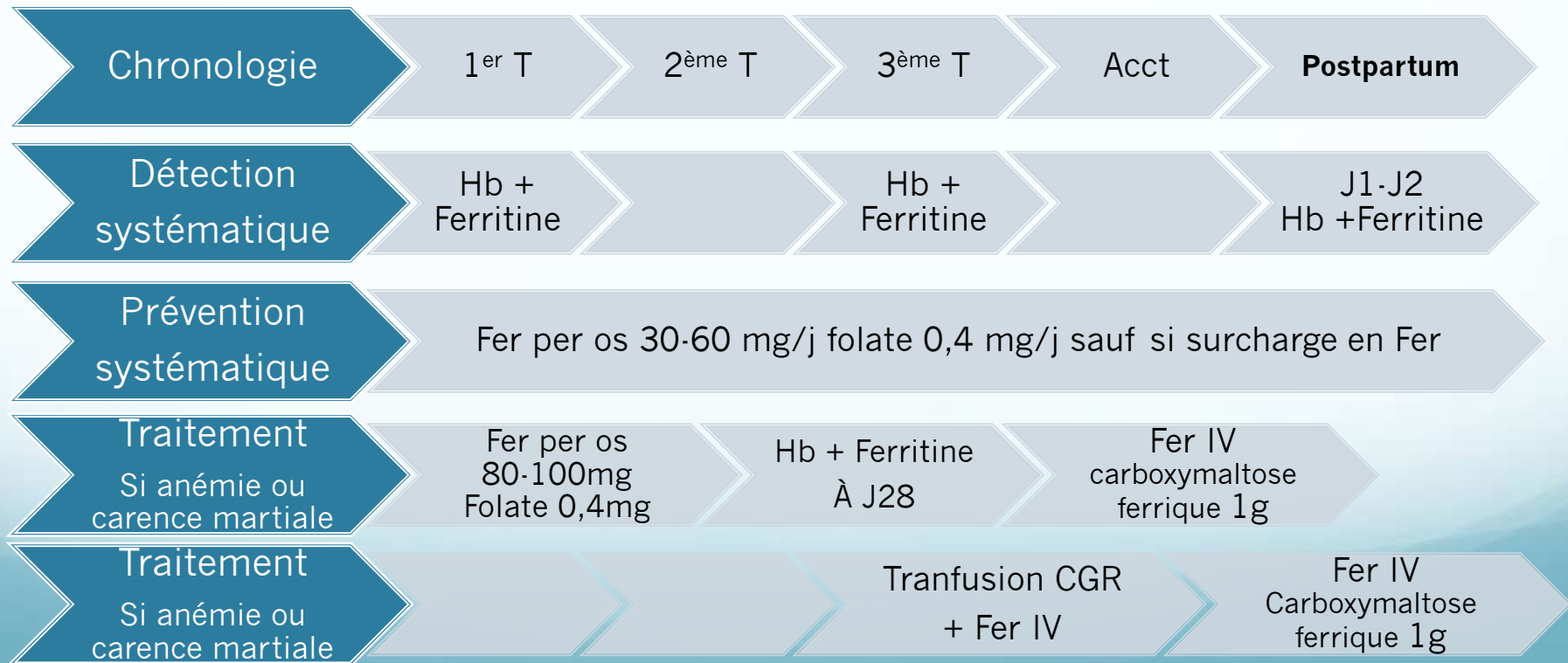
Détection

Prévention

Traitement

Anémie : Hb < 11g/dL [légère : 10,9-10, modérée : 9,9-7, sévère : < 7g/dL]

Carence martiale Ferritinémie < 75µg/L [carence : < 75, < 30 : ressources épuisées, < 12: car



Fer per os: Mesurer efficacité



- L'effet du traitement par fer per os est contrôlé après 4 semaines par un dosage de l'hémoglobine et de la ferritine.
- L'effet attendu est une augmentation de l'Hb de 1 à 2 g/dL et une normalisation de la ferritinémie en 2 à 4 semaines de traitement bien conduit.
- Une augmentation du taux de réticulocytes est observée 8 à 12 jours après le début du traitement.

Fer IV

Indications



- Après le premier trimestre de grossesse
- Carence martiale (ft < 30 μ g/L) **et** Hb <11g/dL associées à :
 - Une découverte tardive après 34 SA
 - Ou une mauvaise tolérance du fer par voie orale
 - Ou l'absence de réponse au traitement oral (moins de 2 g/L d'Hb après 4 semaines de per os bien conduit)
 - Ou si l'anémie est sévère (Hb < 8 g/dL)

Quels sont les bénéfices et risques du fer intraveineux par rapport au fer oral pour traiter l'anémie ferriprive pendant la grossesse ?

Nicholson L Axon E Daru J Rogozińska E CD 016136 du 9 décembre 2024

13 études. 20 ans, 2002-2024. 3 939 femmes enceintes souffrant d'anémie ferriprive. Hb : 3 à 6 semaines après Fer IV ou Fer oral.

- Le fer intraveineux est probablement plus efficace pour traiter l'anémie ferriprive pendant la grossesse que le fer oral.
- Le fer administré par voie IV pendant la grossesse pourrait réduire légèrement l'anémie grave après la naissance par rapport au fer PO, résultats très incertains.
- Il ne semble pas y avoir de différence entre le fer IV et PO pour prévenir les saignements abondants après l'accouchement ou la nécessité d'une transfusion.
- El graves, y compris les décès, sont rares et pourraient ne pas être augmentés avec le fer IV par rapport au fer PO.

Sant-Rayn Pasricha, Martin N Mwangi, Ernest Moya, Ricardo Ataide et al.

Ferric carboxymaltose versus standard-of-care oral iron to treat 2 T anaemia in Malawian pregnant women:

a randomised controlled trial

Lancet 2023; 401: 1595–609

21 258 femmes enceintes
3 ans 862 randomisées
Fer IV n=430 Fer PO n=432.

Pas de réduction de l'anémie à 36 SG

Fer IV [52%] vs Fer PO [57%]
PR 0.92, 95% CI 0.81 to 1.06; p=0.27)

Prévalence anémie plus faible Fer IV vs Fer PO
à tous les points d'étude
Significatif à 4 semaines après TTT
PR 0.91 [0.85 to 0.97]).

Pas de différence Fer IV vs Fer PO
pour le poids de naissance

Pas d'EI graves ou non graves ≥ 1 adverse event:
Fer IV [43%] vs Fer PO [39%]; RR 1.08 [0.92 to 1.27]; p=0.34).

Seid MH, Derman RJ, Baker JB, et al. Ferric carboxymaltose injection in the treatment of postpartum iron deficiency anemia : A randomized controlled trial. Am J Obstet Gynecol 2008;199:435.e1-7.

291 femmes anémie \leq 100 g/l,

le fer IV a été **plus efficace** que le fer PO pendant six semaines :

Probabilité plus grande

- d'atteindre un taux d'Hb de 120 g/l (91% versus 67%),
- que ce taux une fois atteint soit **maintenu à 42 jours** (85% versus 58%),
- taux d'hémoglobine supérieur à 120 g/l **plus rapidement** atteint (délai médian 14 jours versus 27 jours),
- taux de **ferritine plus élevé à 42 jours** (238 μ g/l versus 21 μ g/l)

Fer IV: contre-indications

- Hypersensibilité connue aux composés de fer injectable
- Hémochromatose
- Surcharge en fer
- Ethylisme chronique
- Anomalie constitutionnelle de l'hémoglobine HOMOZYGOTES : drépanocytose ou thalassémie
- 1er trimestre de la grossesse
- Absence de document mettant en évidence une carence martiale
- Absence de consentement signé de la patiente pour le FERINJECT®

Avis ANSM : 18/03/2025

- Profil de sécurité à partir des données de la BNPV : 15/12/2020 au 07/11/2024.
- **Résultats** : 97 cas sont retenus pour la partie de l'analyse sur le contexte d'utilisation.
- Augmentation du nombre de cas déclarés en 2024 (N = 37) par rapport aux précédentes années (2021, N=18 ; 2022, N=23 et 2023, N=19).
- Dans 75/97 cas, contexte d'utilisation est décrit et conforme aux recos HAS1.

Analyse des 94 cas d'effets indésirables (EI) rapportés :

- Survenue 63 cas (70%): pendant la perfusion ou dans les 5 minutes. 12 cas (13%) dans l'heure. 13 cas : <24 heures. 2 cas: délai plus prolongé.

Les EI rapportés sont :

réaction au site de perfusion :16 cas,

hypersensibilité aigüe maternelle: 69 cas dont 17 cas avec C°foétale et 5 CD urgentes,

mort foétale non reliée : 1 cas de et 1 cas d'ARCF,

Cas autres : 7 = troubles gastro-intestinaux (N=2), thrombose veineuse superficielle (N=2), embolie pulmonaire (N=1), syndrome babouin ou SDRIFE (N=1), hématome rétroplacentaire (N=1)).

Spécialités

Carboxymaltose Ferrique (Ferinject® Vifor CSL)

- doit être administré en hospitalisation ambulatoire ou traditionnelle.
- doses de 500 mg à 1000 mg en une fois
- durée minimale de la perfusion : 15 minutes.
- La patiente doit être surveillé pendant l'administration de Ferinject® et après, pendant au moins 30 minutes, afin de détecter l'apparition d'une réaction d'hypersensibilité.
- Il peut être prescrit chez la femme enceinte, de préférence au cours des deux derniers trimestres après avoir évalué le rapport risque/bénéfice de l'apport intraveineux par rapport à la voie orale.

Spécialités

Hydroxyde ferrique-saccharose (Venofer Vifor)

- doit être administré en hospitalisation ambulatoire ou traditionnelle.
- dose de 300 mg répétée deux fois à 3 jours d'intervalle.
- La patiente doit être surveillée pendant l'administration de Fer IV et après, pendant au moins 30 minutes, afin de détecter l'apparition d'une réaction d'hypersensibilité.
- Il peut être prescrit chez la femme enceinte, de préférence au cours des deux derniers trimestres après avoir évalué le rapport risque/bénéfice de l'apport intraveineux par rapport à la voie orale.

Autres carences

Si carence martiale profonde d'emblée, autres carences probablement associées++

- Folates:
 - En prévention
 - Toutes: 0,4mg/j
 - Situation à risque de carence : 5 mg par jour.
 - Carence avérée : acide folique 5 mg 3 fois par jour.
- B12 (attention: prévenir MT pour étiologie hors vegan)
 - PO: possible si carence d'apport **sans trouble de l'absorption** (vegan)
 - 1 ampoule de 1000 µg/j pendant 15 j
 - puis 1 ampoule tous les 10 jours pendant un mois
 - puis 1 ampoule par mois jusqu'à normalisation.
 - IM: si résection digestive, MICI (ATTENTION CI anticoagulants)
 - 1 ampoule de 1000 µg 3 fois par semaine pendant 1 mois (10 injections au total)
 - Puis en entretien 1 ampoule de 1000 µg tous les 3 mois