

# ANNALES DE LA SOGGO

SOCIETE GUINEENNE DE GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE

Semestriel ■ Volume 6 ■ N° 17 (2011)



(GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE, REPRODUCTION HUMAINE)

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ AFRICAINE DES GYNÉCOLOGUES OBSTÉTRICIENS (SAGO)  
ET DE LA FÉDÉRATION INTERNATIONALE DE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE (FIGO)

**Directeur de publication**  
Mamadou Saliou Diallo

**Rédacteur en chef**  
Namory Keita

**Rédacteur en chef adjoint**  
Telly Sy

**Comité de parrainage**  
Ministre de l'ESRS  
Ministre de la Santé  
Recteur Université de Conakry  
Doyen FMPOS  
M Kabba Bah  
M Kader  
P Diallo  
E Alihonou  
F Diadhio  
MK Bohoussou  
C Welfens Ekra  
M M Sall (CAMES)  
A Gouazé (CIDMEF)  
G Osagie (Nigeria)

**Comité de rédaction**  
MS Diallo  
N Keita  
MD Baldé  
Y Hyjazi  
FB Diallo,  
F Traoré (Pharmacologie)  
T Sy  
AB Diallo  
Y Diallo  
M Cissé (Dermatologie)  
M Doukouré (Pédopsychiatrie)  
ML Kaba (Néphrologie)  
OR Bah (Urologie)  
NM Baldé (Endocrinologie)  
A Touré (Chirurgie Générale)  
LM Camara (Pneumo-phtisiologie)

**Comité de lecture**  
E Alihonou (Cotonou)  
K Akpadza (Lomé)  
M A Baldé (Pharmacologie)  
G Body (Tours)  
M B Diallo (Urologie)  
M D Baldé (Conakry)  
N D Camara (Chirurgie)  
CT Cissé (Dakar)  
A B Diallo (Conakry)  
F B Diallo (Conakry)  
M S Diallo (Conakry)  
A Dolo (Bamako)  
A Fournier (Angers)  
Y Hyjazi (Conakry)  
N Keita (Conakry)  
YR Abauleth (Abidjan)  
M Koulibaly (Conakry)  
J Lankoande (Ouagadougou)  
Lekey (Yaoundé)  
JF Meye (Libreville)  
JC Moreau (Dakar)  
O Ndiaye (Dakar)  
RX Perrin (Cotonou)  
F Traoré (Conakry)

## Recommandations aux auteurs

La revue Annales de la SOGGO est une revue spécialisée qui publie des articles originaux, des éditoriaux, des mises au point, des cas cliniques et des résumés de thèse dans les domaines de la gynécologie obstétrique et de reproduction humaine.

### **Conditions générales de publication**

Les articles n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs. Les manuscrits des articles originaux ne doivent avoir fait l'objet d'aucune publication antérieure ni être en cours de publication dans une autre revue. Les manuscrits doivent être dactylographiés en double interligne, de police de caractère 12 minimum, style Times New Roman, 25 lignes par page maximum, le mode justifié, papier blanc recto seulement et adressés en deux exemplaires et une version électronique sur CD, disquette ou par email à la rédaction aux adresses suivantes :

1. Professeur Namory Keita  
Maternité Donka CHU de Conakry  
BP : 921 Conakry (Rép. de Guinée)  
Tel. : (224) 64 45 79 50  
Email : [namoryk52@yahoo.fr](mailto:namoryk52@yahoo.fr)

2. Professeur Agrégé Telly Sy  
Maternité Ignace Deen CHU de Conakry  
BP : 1478 Conakry (Rép. de Guinée)  
Tel. : (224) 60 21 70 86 ; (224) 64 23 37 30  
Email : [syttelly@yahoo.fr](mailto:sytelly@yahoo.fr)

Tous les manuscrits sont adressés pour avis de façon anonyme à deux lecteurs. Une fois acceptés les articles corrigés doivent être accompagnés des frais de correspondance et de rédaction qui s'élèvent à 25.000 F CFA.

### **Présentation des textes**

La disposition du manuscrit d'un article originale est la suivante : titre (avec auteurs et adresse), résumé (en français et en anglais), introduction, matériel et méthodes, résultats, discussion, références, tableaux et figure. La longueur des manuscrits ne doit pas dépasser, références non comprises 12 pages pour les articles originaux, 4 pages pour les cas cliniques et mises au point.

Toutes les pages seront numérotées à l'exception de la page des titres et des résumés.

- Page de titre : elle comporte :
    - Un titre concis, précis et traduit en anglais
    - Les noms et initiales des prénoms des auteurs
    - L'adresse complète du centre dans lequel le travail a été effectué
    - L'adresse complète de l'auteur à qui les correspondances doivent être adressées
  - Résumé : le résumé de 250 mots en français et en anglais figure après la page des titres sur des pages distinctes avec le titre sans le nom des auteurs. Le résumé doit comporter de manière succincte le but, la méthodologie, les principaux résultats et la conclusion.
  - Références : les références sont numérotées selon l'ordre de leur appel dans le texte. Leur nombre ne doit pas dépasser 20 pour les articles originaux, 10 pour les cas cliniques et 30 pour les mises à jour. Elles doivent indiquer les noms de tous les auteurs si leur nombre ne dépasse pas six, au-delà, il faut indiquer les 3 premiers suivis de la mention et al.. Les abréviations des titres des journaux doivent être celles qui sont trouvées dans l'Index Medicus, par exemple :
    - Pour une revue:
1. Sy T, Diallo AB, Diallo Y. et al. : Les évacuations obstétricales : aspects épidémiologiques, pronostiques et économiques à la Clinique Gynécologique et

Obstétricales du CHU Ignace DEEN. *Journal de la SAGO* 2002; 3(2): 7- 11

- Pour une contribution à un livre:
2. Berland M. Un état de choc en début de travail : conduite à tenir. In : Lansac J, Body G : Pratique de l'accouchement. Paris. SIMEP. 2<sup>ème</sup> éd. 1992 : 218- 225
    - Pour un livre:
  3. Lansac J, Body G. Pratique de l'accouchement. Paris. SIMEP. 2<sup>ème</sup> éd. 1992 : 349.
    - Pour une thèse:
  4. Bah A . Les évacuations obstétricales : aspects épidémiologiques et pronostic à la clinique de gynécologie obstétrique du CHU Ignace Deen. Thèse méd, Univ Conakry 2001; 032/03 04 : 165p
- Tableaux, figure et légendes : leur nombre doit être réduit au strict minimum nécessaire à la compréhension du texte. Les tableaux seront numérotés en chiffres romains et les figures en chiffres arabes. Ils doivent être appelés dans le texte.

Après acceptation définitive de l'article, des modifications mineures portant sur le style et les illustrations pourront être apportées par le comité de rédaction sans consulter l'auteur afin d'accélérer la parution dudit article.

### **Le comité de rédaction**

# SOMMAIRE

## ARTICLES ORIGINAUX

- Grossesse et accouchement chez l'adolescente: a propos de 1240 cas colligés au CHU de Cocody**  
Nguessan KLP, Adjoby R, Mian B, Koffi A., Gondo D, Konan J, Loue V, Kouame A, Kramo F, Alla C, Gbary E, Kouakou F, Abauleth R, Boni S .....62 - 65
- Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostics de la grossesse extra utérine dans la ville de Ouagadougou. A propos de 141 cas.**  
Ouédraogo A, Ouédraogo CMR, Touré B, Zan S, Sana A, Thiéba B, Lankoande J.....66 - 72
- Le pronostic maternel de l'hypertension artérielle de la parturition à la maternité du CHU de Cocody (Abidjan- Côte d'Ivoire)**  
Nguessan K, Mian B, Koime H, Gondo D, Koffi A, Angoi V, Effoh N, Konan J, Kouame A, Abauleth R, Boni S.....73 - 75
- La plastie tubaire a la maternité de référence de Niamey: étude rétrospective. A propos de 314 cas**  
Garba RM, Idi N, Kaka H, Tahirou A, Guidah S, Nayama M.....76 - 79
- Traumatismes fœtaux au cours de la parturition: expérience de la maternité du CHU de Cocody (abidjan-cote d'ivoire) a propos de 27 cas.**  
Kouakou F, N'guessan K, Loue V, Adjoby R, Gondo D, Kouame A, Koime H, Gbary E, Alla H.....80 - 86
- Tumeur trophoblastique du site d'implantation : à propos d'un cas et revue de la littérature**  
Leno DWA, Sy T, Camara MK, Kaba T, Diallo FD, Keita N.....87 - 91
- Issue de la grossesse dans un utérus cicatriciel a la clinique universitaire de gynécologie obstétrique de Cotonou**  
Adisso S, Da-Gbadji Gnansounou F, Houedjissin S, De Souza J, Takpara I, Alihonou E.....92 - 97
- Mortalité maternelle : aspects épidémiologiques et étiologiques a la clinique de gynécologie-obstétrique Ignace Deen du CHU de Conakry.**  
Diallo FB, Balde IS, Diallo Y, Sy T , Diallo A, Diallo MC, Soumaoro SA, Diallo MS, Perrin RX.98 - 102
- Issue de l'accouchement dans un utérus cicatriciel a Cotonou**  
Dénakpo JL, Bagnan Tonato J, Aguemon C, Tognifodé V, Amadji B, Perrin RX.....103 - 109
- Anémie et grossesse au service de gynécologie obstétrique du CHU Pointe à Pitre Abymes (CHUPPA)**  
Diallo Y, Kadhel P, Sy T, Lantonkpode JC, Gaunefet C, Janky E.....110 - 114

## CAS CLINIQUE (CASE REPORT)

- Migration transutérine d'un dispositif intra-utérin au niveau du ligament large.**  
F Kouakou, R Adjoby, V Loue, Mian B, D Gondo, A Kouame, K. N'guessan, J Konan, B H Koime, F Kramo, E Gbary, H Alla.....115 - 118
- Migration intra-appendiculaire d'un dispositif intra-uterin a propos d'un cas**  
Toure A, Sy T, Soumaoro LT, Leno DWA, Soumah AFM, Camara ND.....119 - 121

# CONTENTS

## ORIGINAL ARTICLES

- Adolescent pregnancy and labor: about 1240 cases collected at chu of cocody***  
Nguessan Klp, Adjoby R, Mian B, Koffi A., Gondo D, Konan J, Loue V, Kouame A,  
Kramo F, Alla C, Gbary E, Kouakou F, Abauleth R, Boni S .....62 - 65
- Epidemiologic, clinical, therapeutic aspects and forecasts of the extra-uterine pregnancy in the town of Ouagadougou***  
Ouédraogo A, Ouédraogo CMR, Touré B, Zan S, Sana A, Thiéba B, Lankoande J.....66 - 72
- Sociodemographics characteristics knowledges and attitudes of women under contraception and a clinic model of the guinean assosiation for the well-being of family (AGBEF), Conakry***  
Diallo FB, Diallo A, Baldé IS, Soumah AFM, Diallo MC, Ouldbey MM.....69 - 73
- Tubal plasty at reference maternity of Niamey: retrospective study. About 314 cases***  
Garba RM, Idi N, Kaka H, Tahirou A, Guidah S, Nayama M.....76 - 79
- Neonatal traumas in parturition. Experience of the maternity of the university hospital of cocody (abidjan, ivory coast).***  
Kouakou F, N'guessan K, Loue V, Adjoby R, Gondo D, Kouame A, Koime H, Gbary E, Alla H.....80 - 86
- Placental site trophoblastic tumor: a case report and review of the literature.***  
Leno DWA, Sy T, Camara MK, Kaba T, Diallo FD, Keita N.....87 - 91
- Outcome of pregnancy in a cicatricial uterus at the Clinique universitaire de gynecologie obstetrique of cotonou***  
Adisso S, Da-Gbadji Gnansounou F, Houedjissin S, De Souza J, Takpara I, Alihonou E.....92 - 97
- Maternal mortality: epidemiological and etiologial aspects at the ignace Deen clinic of gynecology and obstetrics, Conakry university hospital.***  
Diallo FB, Balde IS, Diallo Y, Sy T, Diallo A, Diallo MC, Soumaoro SA, Diallo MS, Perrin RX.....98 - 102
- Exit of the childbirth in a cicatricial uterus at Cotonou***  
Dénakpo JL, Bagnan Tonato J, Aguèmon C, Tognifodé V, Amadji B, Perrin RX.....103 - 109
- Anemie and pregnancy at obstetric and gynecology department of CHU Pointe a Pitre Abymes (CHUPPA)***  
Diallo Y, Kadhel P, Sy T, Lantonkpode JC, Gaunefet C, Janky E.....110 - 114

## CASE REPORT

- Migration of intrauterine devices into the broad ligament.***  
F Kouakou, R Adjoby, V Loue, Mian B, D Gondo, A Kouame, K. N'guessan, J Konan,  
B H Koime, F Kramo, E Gbary, H Alla.....115 - 118
- Intra-appendiceal migration of an intra uterine device: a case report***  
Toure A, Sy T, Soumaoro LT, Leno DWA, Soumah AFM, Camara ND.....119 - 121

**ANEMIE ET GROSSESSE AU SERVICE DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE DU CHU  
POINTE A PITRE ABYMES (CHUPPA)**  
*ANEMIE AND PREGNANCY AT OBSTETRIC AND GYNECOLOGY DEPARTMENT OF CHU  
POINTE A PITRE ABYMES (CHUPPA)*

DIALLO Y<sup>1</sup>, KADHEL P<sup>1</sup>, SY T<sup>2</sup>, LANTONKPODE JC<sup>1</sup>, GAUNEFET C<sup>1</sup>, JANKY E<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Service de gynécologie Obstétrique CHU Pointe à Pitre Abymes Guadeloupe

<sup>2</sup>Service de gynécologie obstétrique Ignace Deen CHU de Conakry

**Correspondances :** Dr Yaya Diallo Service de gynécologie Obstétrique CHU Pointe à Pitre Abymes Guadeloupe. Tel : (224) 66294046 Email :

**RESUME**

**Objectifs :** déterminer la fréquence de l'anémie, ses caractéristiques cliniques et biologiques, ainsi que les conditions socioéconomiques des gestantes au 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> trimestre de la grossesse.

**Matériels et Méthode :** il s'agit d'une étude descriptive rétrospective sur dossier, concernant les gestantes au 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> trimestre de la grossesse, dont le taux d'hémoglobine (Hb) était inférieur à 10 g/dl malgré la prescription d'un traitement martial par voie orale et qui devait bénéficier d'un traitement par fer injectable dans une maternité de niveau III.

**Résultats :** Sa fréquence était de 2,18 %. L'âge moyen des patientes était de 28,9 (±6,64). Le terme moyen au moment du diagnostic de l'anémie était de 35,8±4,37SA.

Le poids moyen des enfants à la naissance était de 3204,31±538,25g avec un score moyen d'Apgar à la 1<sup>ère</sup> mn était de 8,93±2,33 et 9,47±1,85 à la 5<sup>ème</sup> min. Quatre patientes (8,6%) ont présenté une hémorragie de la délivrance.

Le taux moyen d'hémoglobine était de 7,9±0,9g/100mL celui de l'hématocrite de 23,6±3,26%. La valeur globulaire moyenne était de 72,7±21,53 et le taux moyen de ferritine était de 10,8±2,24 µg/l. 36,9% des patientes étaient célibataires seules, 58,69% avaient un niveau d'étude secondaire et 73,9% étaient sans profession.

**Conclusion :** l'anémie est une pathologie fréquente au 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> trimestre de la grossesse chez les patientes ayant une supplémentation orale en fer dans notre service. Elle semble être liée à une malabsorption intestinale, sa prévention passe par une cure de venofer au 2<sup>ème</sup> trimestre.

**Mots clés :** Anémie, Grossesse

**SUMMARY**

**Objective:** to determine the frequency of anemia, its clinical and biological characteristics as well as the socioeconomic conditions of pregnant at the 2nd and 3rd quarter of pregnancy.

**Method :** it's a descriptive retrospective study on patient's records, concerning pregnant at the 2nd and 3rd quarter of pregnancy with the hemoglobin rate lower than 10 g/dl despite the prescription of oral anti anemic treatment which should get an injectable iron treatment in a level III maternity.

**Results:** its frequency was 2.18%. The mean age of the patients was 28.9 (±6.64). The mean term of pregnancy y at the moment of the diagnosis of anemia was 35.8±4.37 weeks of amenorrhea. The mean weight of the infant at born was 3204.31±538.25g with mean Apgar score at the 1st min of 8.93±2.33 and 9.47±1.85 at the 5th min. Four patients (8.6%) presented hemorrhage at delivery.

The mean hemoglobin rate was 7.9±0.9g/100ml, that of hematocrit was 23.6±3.26%. The mean corpuscular value was 72.7±21.5 and the mean rate of feritine was 10.8±2.24µg/l ; 36.9% of patients were not married, only 58.69% had secondary level of education and 73.9% were unemployed.

**Conclusion:** Anemia is a common condition in the second and third quarter of pregnancy in patients with oral supplementation of iron in our department. It seems to be related to an intestinal malabsorption, its prevention requires a cure of Venofer in the second quarter.

**Keywords:** Anemia, Pregnancy

## INTRODUCTION

L'anémie pendant la grossesse est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé [1] par un taux d'hémoglobine (HB) inférieur à 11g/dl. C'est une situation très fréquente dans les pays en voie de développement où elle touche 30 à 80% des femmes selon les auteurs [2]. Dans les pays industrialisés 10% des femmes enceintes sont concernées [2,3], la carence martiale est la principale cause de ces anémies, liée le plus souvent à des régimes pauvres en fer, au manque ou à l'insuffisance de supplémentation et/ou la malabsorption. Les conséquences de ces anémies sont très discutées avec des résultats contradictoires dans la littérature, notamment sur le taux de prématurité et le poids de naissance [4,5]. La plupart de ces études réalisées dans les pays industrialisés, concernent des anémies modérées, le plus souvent comprise entre 9 et 10g d'HB/dl [6,7]

Au service de Gynécologie Obstétrique de Pointe à Pitre de Guadeloupe l'anémie par carence martiale est l'un des motifs d'hospitalisation au 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> trimestre de la grossesse.

Les objectifs de cette étude était de déterminer la fréquence de patientes hospitalisées pour anémie au 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> trimestre, leurs conditions socioéconomiques ainsi que leurs caractéristiques cliniques et biologiques.

## MATERIELS ET METHODE

Nous avons réalisé cette étude descriptive, rétrospective sur dossier entre le 1er janvier et le 31 décembre 2010 dans le service de gynécologie-obstétrique du centre hospitalier du CHU de Pointe à Pitre de Guadeloupe. Ce service de niveau 3, prend en charge l'ensemble des grossesses et accouchements à risque du département qui regroupe les 5 îles de l'archipel guadeloupéen.

On été inclus les patientes enceintes, au 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> trimestre de la grossesse, dont la concentration en hémoglobine (Hb) était inférieur à 10 g/dl malgré la prescription d'un traitement martial par voie orale et qui devait donc bénéficier d'un traitement par fer injectable. Etait exclu les patientes dont l'anémie était consécutive à un saignement.

Nous avons recueilli les données cliniques, biologiques et socio économiques sur tableur. Etaient pris en compte comme données cliniques : l'âge, le lieu de naissance, nombre et lieu de consultation de suivi de grossesse, la gestité, la parité, l'existence d'une menace d'accouchement prématuré (MAP), l'association d'autres pathologies (Hypertension artérielle, Diabète,

Drépanocytose, VIH, Thrombopénie, infection), le terme et la voie d'accouchement, le poids de naissance de l'enfant, le score d'Apgar et la survenue d'une hémorragie de la délivrance. Les données biologiques étaient la concentration en hémoglobine, l'hématocrite, le volume globulaire moyen (VGM) et ferritinémie. Enfin, le profil socio économique était évalué par (Statut matrimonial, profession de la gestante et de son conjoint).

Nous avons calculé les paramètres de tendances centrales : moyenne (écart-type) et médiane (minimum - maximum) pour les données étudiées.

## RESULTATS

Du 1<sup>er</sup> Janvier au 31 Décembre 2010 nous avons enregistré 46 cas d'anémie sur 2110 Accouchements soit 2,18%.

L'âge moyen des patientes était de 28,9 ( $\pm 6,64$ ) ans, l'indice de masse corporel moyen 18,7, la gestité médiane de 3,3 (1-9) et parité médiane 1,6 (0-5). Trente cinq patientes (76,08%) avaient un nombre de consultations prénatales supérieur à 4, critère de bonne qualité dans cette étude, le terme moyen auquel les patientes ont commencé le suivi de leur grossesse était de 15,5 ( $\pm 7,2$ ) semaines d'aménorrhée (SA). Vingt sept patientes (58,69%) ont été suivies dans un cabinet médical. Le terme moyen au moment du diagnostic de l'anémie était de 35,8 $\pm$ 4,37 semaines d'aménorrhée.

Les pathologies suivantes étaient associées à l'anémie au moment du diagnostic : menace d'accouchement prématuré 10 (23,73%), hypertension artérielle 3(6,52%), thrombopénie 2 (4,34%), diabète 1, VIH 1, drépanocytose 1.

Le terme moyen à l'accouchement étaient de 39,2  $\pm$  3,31 semaines d'aménorrhée,

27 (58,69%) ont accouché par voie basse dont 17 (36,9%) ont été déclenchées.

Le poids moyen des enfants à la naissance était de 3204,31 $\pm$ 538,25g avec un score moyen d'apgar à la 1<sup>ère</sup> mn était de 8,93 $\pm$ 2,33 et 9,47 $\pm$ 1,85 à la 5<sup>ème</sup> mn. Quatre patientes (8,6%) ont présenté une hémorragie de la délivrance.

Le taux moyen d'hémoglobine était de 7,9 $\pm$ 0,9g/100mL celui de l'hématocrite de 23,6 $\pm$ 3,26%. La valeur globulaire moyenne était de 72,7 $\pm$ 21,5 $\mu$ 3 et le taux moyen de ferritine était de 10,8 $\pm$ 2,24  $\mu$ g/l.

Vingt patientes (54,3%) étaient d'origine Guadeloupéenne 41,30% d'origine Caribéenne, 4,34% d'origine Européenne, 28,26% habitaient à

proximité du CHU, le nombre moyen de personnes vivant sur le même toit étaient de 3,5. Dix sept patientes soit 36,9% étaient célibataires seules, 58,69% avaient un niveau d'étude secondaire et 73,9% étaient sans profession.

## DISCUSSION

L'anémie pendant la grossesse est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé par un taux d'hémoglobine (HB) inférieur à 11g/dl, sa fréquence varie de 10% dans les pays développés à 30-80% dans les pays en voie de développement.

Le faible pourcentage de femmes enceintes anémiées (2,18%) s'explique par le caractère très sélectif de notre population d'étude dont les critères d'inclusion étaient limités aux femmes dont le taux d'hémoglobine était inférieur à 10g/100ml et qui devaient bénéficier d'une supplémentation parentérale après un échec de la voie orale.

Concernant les données cliniques, les séries Africaines [8] rapportent une proportion significativement plus élevée d'anémie chez les adolescentes comparées aux femmes adultes. Ceci pourrait s'expliquer par le déroulement de la grossesse dans un organisme lui-même en croissance et dont les besoins en fer sont déjà importants. L'âge moyen de  $28,9 \pm 6,6$  ans des patientes de notre série ne permet donc pas de retenir ce mécanisme. La gestité et la parité sont aussi présentés par certains auteurs comme éléments expliquant une anémie gravidique [8,9] pour eux les primipares sont plus souvent anémiées que les multipares. Ce constat n'a pas été retrouvé dans notre étude, la forte proportion d'IVG retrouvée dans les antécédents de nos patientes (45%) pourrait probablement expliquer cette situation. Gayral-Taminh et al [10] dans leur étude ont retrouvé que l'anémie était plus fréquent chez femmes à parité élevée, ces femmes avaient environ 6 fois plus d'enfants que les autres.

La majorité des patientes de notre série ont eu un suivi de grossesse satisfaisant sur les critères de début précoce, de nombre suffisant de consultations et de prescription de fer au cours de la grossesse. Dans la littérature la non observance du traitement martial figure parmi les causes reconnues d'anémie ferriprive [11,12]. Certains auteurs ont trouvé, en plus de la mauvaise observance, une tendance à la malabsorption intestinale chez ces patientes anémiées [13, 14]

Le diagnostic de l'anémie persistante malgré un traitement martial nous a amené à indiquer la forme

injectable de fer à raison de 2 cures à 48heures d'intervalle.

Si l'anémie est un facteur susceptible de perturber l'évolution de la grossesse en majorant les conséquences d'une pathologie associée de la grossesse par réduction de la tolérance à un saignement compliquant les pathologies hypertensives de la grossesse, la thrombopénie ou le diabète[15]. Elle peut être aggravée par d'autres telles que la drépanocytose, et le VIH/SIDA [16].

Ces pathologies peuvent être pourvoyeuses de complications maternelles et fœtales telles que la menace d'accouchement prématuré, le faible poids de naissance et les hémorragies.

Dans la littérature certaines études [17] trouvent une relation entre anémie maternelle et menace d'accouchement prématuré et le faible poids de naissance mais celle-ci reste contre versée. Xiong et al [18] dans une méta analyse, trouvent que l'anémie pendant la grossesse s'associe d'avantage avec la prématurité que le faible poids de naissance. Le même auteur ne retrouvait pas ce facteur de risque dans une population chinoise. Pour Allen [5] l'anémie multiplie par 3,1 le risque de faible poids de naissance, ce risque a été également rapporté par Streer [19]

La majorité des patientes dans notre série a accouché par voie basse mais le taux de césarienne (30,43%) dans ce groupe était supérieur à celui du service en raison de la fréquence plus élevée de déclenchements et des anomalies de rythme cardiaque fœtal.

Le poids des enfants à la naissance était normal pour le terme la proportion d'enfants de faible poids de naissance était lié plus à la prématurité qu'à l'hypotrophie.

La fréquence des hémorragies de la délivrance dans notre étude était comparable à celle du service environ 9% des accouchements. Tous les cas ont été traités médicalement Gayral-Taminh et al [9] rapportent une fréquence de 7% dans leur série.

La forte proportion d'anémie microcytaire dans notre série marquée par un taux bas de ferritine est retrouvée dans la littérature [20, 21, 17], ces résultats sont conformes aux caractéristiques de l'anémie par carence martiale qui est microcytaire hypochrome et régénérative [22, 23, 24].

Soixante pour cent des patientes de notre étude avaient un niveau d'étude secondaire et étaient sans profession, soixante quinze pour cent étaient célibataires seules vivant d'allocation familiale.



Cette situation fait évoquer un lien entre l'anémie gravidique et le bas niveau socioéconomique dans notre série doit être vérifiée par d'autres études.

Dans la littérature les publications de séries Africaines [8,9] rapportent un lien entre anémie et bas niveau socio économique. Dans ces populations en dehors de l'insuffisance d'apports en fer, il y aurait également des troubles de l'absorption intestinale.

## CONCLUSION

L'anémie est une pathologie souvent associée à la grossesse chez les patientes ayant accouché dans notre service. Le profil épidémiologique de l'anémisée est une femme de 30 ans environ, sans profession, célibataire seule, de bas niveau socioéconomique, ayant une malabsorption intestinale chez qui le diagnostic a été tardif malgré une supplémentation orale en fer et qui a bénéficié d'une cure de Venofer. Le bénéfice de ce traitement n'étant effectif que dans les 2 à 3 semaines qui suivent la cure. Sa prévention et son diagnostic tardif chez les femmes à risque passent par la prescription de la numération de la formule sanguine à partir de la 28<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée afin de détecter et planifier un traitement martial à distance de l'accouchement.

## REFERENCES

1. World health Organization/United Nation University UNICEF. Iron deficiency anemia, assessment in: prevention and control: a guide for program managers: Geneva WHO 2001 p132
2. Anemia working group: anémie pendant la grossesse. Med hyg 1999; 57:1502-5
3. Dreyfus M, Maloisel F, Neuhart D. Troubles hématologiques et grossesse Enc. Med.chir.Hematol. Paris,13-040-10, 1996,9p
4. Zhou LM,Yang WW,Hua JZ,Deng CQ relation of hemoglobin measured of different times of pregnancy to preterm birth and low birth weight in shanghai china am j epidemilog 1998, 148: 998-1006
5. Allen LH. Pregnancy and iron deficiency in resolved issues. Nutr rev 1997, 55: 91-101
6. Murphy JF, O'Riordan J,Newcombe RG, Colles EC. Relation of hemoglobin levels in first and second trimesters to outcome of pregnancy Lancet 1986, (8488): 992-5
7. Lieberman E, Kenneth J, Monson R, association of maternal hematocrit with premature labor am j obstet gynecol 1988; 159: 107-14
8. Kalenga MK, Nyambo MK, M Nshimba, J.M Foidart. Etude de l'anémie chez les femmes enceintes et les femmes allaitantes de Lumumbashi (République Démocratique du Congo. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2003 ; 32 :647-653
9. Brettes JP,Collet M :Anémies et grossesse en milieu tropical Enc. Med. Chir. Obstétrique Paris,5-043-A-30,1993, 7p
10. M Gayral-Taminh, C Arnaud, O Parent A fournie J-.M Rème H. Granjean. Grossesse et accouchement chez les femmes originaires du Maghreb et d'Afrique noire suivies à la maternité du CHU de Toulouse. J gynecol Obstet Biol Reprod 1999, 28 :462-471
11. Milman. N. Prepartum anemia prevention and treatment. Ann hematol 2008,87:949-59
12. Milman .N; Bergholt T; Eriksen.L; Byg KE; Graudal N; Pedersen. L et al. Iron prophylaxis during pregnancy-how much iron needed? A randomized dose response 20-80mg ferrous iron daily pregnant women. Acta Obstet gynecol scand 2005, 84:238-247
13. Bothwel TH. Iron requirement in pregnancy and strategies to meet them am j clin nutr 2000,72:2575-645
14. Sidappa AM; Rao R; Long JD; Widness JA; GeorgieffMK. The assessment of newborn stores at birth: a review of the literature and standards for ferritin concentrations. Neonatology 2007;92:87-82
15. Chan KK; Chan BC; Lam KF; Tam S; Lao TT. Iron supplement in pregnancy and development of gestational diabetes a randomized placebo-controlled trial. BJOG 2009;116: 789-97
16. Liseng-Williamson KA; Keating GM. Ferric carbocysmaltose: a review of its use iron defiscency amemia drugs 2009;69: 739-56
17. Beucher G, Gossetti E, Simonet T, Leporrier M, Dreyfus M. Anémie par carence martial et grossesse prévention et traitement. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2011 ; 40 : 185-200
18. Xion. X, Buekens. P, Frazer. WD, Guo.Z. Anemia during pregnancy in chenese population in j gynecol obstet 83: 402-8
19. Steer P, Alam. A,Wadsworths J, Xelch A. Relation between maternal haemoglobin

concentration and birth weight in different ethnic group BMJ 1995; 310: 489-91

20. Hamalainen H, Hakkarainen K, Heneinon S. Anemia in the first but not in the third trimester a risk factor for low weight. Clin nutr 2003; 22: 471-5

21. James AH, Patel ST, Watson W, Zaidi OR, Mangione A, Goss TF. An assessment of medical resource utilization and hospitalization cost associated with a diagnosis of anemia in women with obstetrical bleeding in the United States. J women's health 2008; 17: 1279-84

22. Moise KJ Jr. The usefulness of middle artery cerebral Doppler assessment in the treatment of the fetus a risk anemia. Am j Obstet Gynecol 2008; 198: 161-4

23. Pena-Rosas JP; Vitteri FE. Effects and safety of preventive oral iron or iron+ folic acid supplementation for women during pregnancy Cochrane database syst rev 2009 Cd4936

24. Milman N; Big KE; Bergholt T; Eriksen L; Side effects of oral iron prophylaxis in pregnancy-myth or reality? Acta Haematol 2006; 115: 53-57