



## Anémie aplasique associée à une grossesse: un cas pris en charge dans un pays en développement

### Aplastic anemia during pregnancy: one case managed in a developing country

L A Z RABETSIMAMANGA<sup>(1)\*</sup>, H F RABARIKOTO<sup>(2)</sup>, M S FENOMANANA<sup>(3)</sup>, A M RIEL<sup>(4)</sup>,  
S D ANDRIARIMALALA<sup>(1)</sup>, F L RAKOTOZAFY<sup>(1)</sup>, H R ANDRIANAMPANALINARIVO<sup>(4)</sup>

<sup>(1)</sup> Pavillon Sainte Fleur, Complexe Mère Enfant, CHU Joseph Ravoahangy Andrianavalona, Antananarivo, Madagascar

<sup>(2)</sup> Service Maternité, Centre Hospitalier de Soavinandriana, Antananarivo, Madagascar

<sup>(3)</sup> Hôpital de Gynécologie-Obstétrique de Befelatanana, CHU Antananarivo, Madagascar

<sup>(4)</sup> Service des Urgences Chirurgicales, CHU Joseph Ravoahangy Andrianavalona, Antananarivo, Madagascar

#### RESUME

L'aplasie médullaire associée à une grossesse est une entité clinique rare. Sa prise en charge reste un challenge pour les obstétriciens et l'hématologue. La morbidité et la mortalité materno-fœtale sont très élevées. Les auteurs rapportent un cas de découverte fortuite à 31 semaines chez une jeune femme multipare, et discutent sa prise en charge à Madagascar, un pays en développement.

**Mots clés :** Anémie aplasique ; Grossesse ; Pays en développement ; Pronostic ; Traitement.

#### ABSTRACT

The association of medullar aplasia and pregnancy is exceptional. Its management is a challenge of the obstetricians and the hematologists, because of the significant morbidity and mortality for both mother and fetus. The authors relate a fortuitously diagnosed case at 31 weeks of amenorrhea in a young pregnant multipare woman, and discuss its management in Madagascar, a developing country.

**Keywords:** Aplastic anemia; Developing country; Pregnancy; Prognosis; Treatment.

#### Introduction

L'anémie aplasique est un désordre hématologique rare mais grave et souvent aggravé par la grossesse [1-3]. La physiopathologie de sa survenue pendant la grossesse reste méconnue. Cette pathologie peut mettre en jeu le pronostic maternel et fœtal par des épisodes d'hémorragie et d'infection. Le taux de mortalité maternelle dépasse 20% et les complications fœtales s'élèvent à 60% [4, 5].

Nos objectifs sont de rapporter un cas d'aplasie médullaire de cause idiopathique chez une femme enceinte et d'exposer la difficulté de sa prise en charge.

#### Observation

Une femme de 27 ans, enceinte de son deuxième enfant, a été admise à 31 semaines d'aménorrhée pour une anémie sévère accompagnée de dyspnée d'effort dans un contexte fébrile. Sa grossesse a été mal suivie du faite de son éloignement géographique par rapport à un centre de santé. Aucun antécédent médical n'a été signalé. Il n'y a eu aucune notion d'exposition à un produit ou rayonnement toxique avant ou pendant la grossesse. L'examen montrait une pâleur cutanéo-muqueuse très marquée, mais pas une organomégalie, ni une adénopathie périphérique. La hauteur utérine était de 23cm, évoquant un retard de croissance fœtal in utero harmonieux, inférieur au 3<sup>ème</sup> percentile,

confirmé par l'échographie. L'indice de Manning a été satisfaisant. L'hémogramme a montré une anémie normochrome normocytaire arégeneratif, avec 3g/dl d'hémoglobine, une leucopénie à  $2,5 \times 10^3 / \text{mm}^3$ , une thrombopénie à  $48 \times 10^3 / \text{mm}^3$  et les réticulocytes à 0,5%. Le test d'Emmel, l'AgHbS et la sérologie HIV se révélaient négatifs. Une biopsie médullaire a confirmé le diagnostic d'une anémie aplasique. Durant son séjour, des transfusions de sang total (05 poches), de culot globulaire (03 poches) et de plasma frais congelé (02 poches) isogroupe, isorhésus et phénotypées ont été réalisées.

Après les transfusions, le taux d'hémoglobine s'élevait à 9,38g/dl avant l'accouchement. Le fœtus a bénéficié d'une maturation pulmonaire par injection IM de dexaméthasone 12mg renouvelé 24 h plus tard, d'une

Du Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo, et de l'Université d'Antananarivo, Madagascar.

*Auteur correspondant:*

Dr. RABETSIMAMANGA Lyn Anjalivony Z

Adresse: Pavillon Sainte Fleur  
Complexe mère-enfant  
CHU Joseph Ravoahangy Andrianavalona  
101, Antananarivo, Madagascar

E-mail: lafaramihoy@yahoo.fr

Téléphone: +261-34-09-691-91

échographie déterminant le bien être fœtal, tous les deux jours. Une antibiothérapie probabiliste à large spectre a été prescrite (cefixime 200mg deux fois par jour), associée à un antipyrétique (Paracetamol 1g/6h en IV). L'accouchement a été imminent au huitième jour de son admission. En effet, il y a eu une réapparition de fièvre chiffrée à 38,9°C et d'un méléna. Une fille naquit vivante à 32 semaines et 01 jour par voie basse, avec un indice d'Apgar égale à 9 à la cinquième minute (M5), pesant 990g, sans malformation. Le bébé fut décédé deux jours après par une infection néonatale sévère. A la naissance, le taux d'hémoglobine ainsi que les plaquettes et les globules blanc étaient normaux. La « C Reactive Protein » était à 84mg/l. Au cours du post partum immédiat, il n'y a pas eu d'hémorragie de la délivrance, mais l'état hémodynamique a toujours été instable à cause d'une hémorragie digestive. La patiente a ainsi bénéficié d'une surveillance en réanimation. Après 10 jours d'hospitalisation, son état s'améliorait, le taux d'hémoglobine était à 9g/dl. A deux mois de recul, la patiente se portait bien.

### Discussion

L'anémie aplasique est un désordre hématologique caractérisée par l'absence ou la diminution des éléments figurés du sang dans la moelle épinière. L'association de cette pathologie avec la grossesse est rare [3]. Dans ce cas, la mortalité maternelle est très élevée, de plus de 20%, due essentiellement au choc septique et à l'hémorragie [4, 6]. Dans notre cas, la prise en charge est laborieuse, du fait que l'acquisition de poches de sang est difficile dans les pays en voie de développement comme le notre.

Une anémie aplasique préexistante à la grossesse étant de bon pronostic [7], permet d'introduire le traitement par l'immunosuppresseur, l'androgène et de réaliser une greffe de la moelle. Cette dernière est le traitement curatif de l'aplasie médullaire mais reste contre-indiquée en cas de grossesse [4]. Une interruption de la grossesse peut être proposée si la maladie a été diagnostiquée au premier trimestre ou en cas de complications sévères quel que soit l'âge gestationnel [3, 4, 8]. Des cas d'amélioration de l'anémie aplasique après l'interruption de la grossesse ou de l'accouchement ont été décrits [4].

Le déroulement de la grossesse peut être normal tant sur le plan maternel que fœtal sous réserve d'un bon suivi [8]. Le traitement symptomatique basé sur la transfusion de culot globulaire ou de plaquettes est le traitement de première intention chez la femme enceinte en cas de syndrome hémorragique. Elle permet à elle seule de mener une grossesse associée à une aplasie médullaire idiopathique et aussi d'avoir un issu favorable de la grossesse [8, 9]. Le taux d'hémoglobine doit être maintenu entre 8 et 9g/dl afin de maintenir la bonne vitalité du fœtus [8].

La voie d'accouchement reste à discuter. Le principe est de pouvoir faire un accouchement par voie basse près du terme [3]. L'analgésie en per partum est néces-

saire afin de limiter une hypertension artérielle secondaire à la douleur des contractions utérines, qui peut engendrer une hémorragie cérébrale. En cas d'accouchement par césarienne, la transfusion de plaquettes doit être prescrite avant et après l'intervention [8]. Elle peut être dangereuse en cas de transfusion répétée par la formation d'anticorps anti plaquettes [4]. Par ailleurs, le risque est aussi lié à l'infection de la plaie opératoire ou de l'épisiotomie qu'il faut prévenir par une antibioprophylaxie. Notre cas s'est compliqué d'une hémorragie digestive apparue avant l'accouchement.

Le traitement basé sur l'immunosuppresseur est possible pendant la grossesse [9]. La corticothérapie peut être maintenue en association avec la transfusion. Les doses doivent être augmentées près du terme, en début du travail et dans le post partum immédiat [3]. Seulement quelques rares cas de prescription ont été décrits pendant la grossesse, alors que la sécurité de leur utilisation n'a pas encore été prouvée [4].

L'androgène est une alternative au traitement immunosuppresseur. Il n'est contre-indiqué en cas de grossesse avec un fœtus de sexe féminin [10].

La transfusion de globules blancs est indiquée en cas d'infection sévère [4], indisponible dans notre centre hospitalier. Seuls du sang total, du plasma frais congelé et du culot globulaire le sont, en fonction du stock du centre de transfusion sanguine.

Dans le post-partum, des méthodes de contraceptions doivent être prescrites avant la stabilisation de la maladie [3]. Le suivi de cette prescription était difficile chez notre patiente et ses consort nécessitant des soins de longue durée, à cause de l'éloignement géographique de leur habitation par rapport à un centre de santé.

### Conclusion

La sévérité de l'anémie et l'âge gestationnel sont les facteurs décisifs lors de la prise en charge des patientes atteints d'anémie aplasique associée à une grossesse. Si la maladie est tôt découverte, l'interruption de la grossesse doit être proposée afin de pouvoir limiter les complications. Un bon suivi pré natal permet d'augmenter la chance de survie de la mère et du fœtus. La réussite de la prise en charge de cette grossesse devra être fournie par l'effort concomitant de l'obstétricien, de l'hématologue et du réanimateur.

### Références

1. Gupta SK, Brar VS, Keshavamurthy R, Chalam KV. Aplastic anemia induced disc edema and visual loss in pregnancy: a case report. *Cases J.* 2008,1(1):322.
2. Cohen E, Ilan Y, Gillis S, Dann EJ, Rachmilewitz EA. Recurrent bone marrow hypoplasia associated with pregnancy. *Acta Haematol.* 1993;89(1):32-4.
3. Oram RH, Mills AE, Thomas JE. Primary aplastic anemia in pregnancy. *S Afr Med J.* 1972;46(45):1738-40.
4. Kwon JY, Lee Y, Shin JC, Lee JW, Rha JG, Kim SP. Supportive management of pregnancy-associated aplastic anemia. *Int J Gynaecol Obstet.* 2006;95(2):115-20.
5. Deka D, Banerjee N, Roy KK, Choudhary VP, Kashyap R, Takkar D. Aplastic anemia during pregnancy: variable clinical course and outcome. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2001;94(1):152-4.

6. Aitchison RG, Marsh JC, Hows JM, Russell NH, Gordon-Smith EC. Pregnancy associated aplastic anemia: a report on five cases and review of current management. *Br J Haematol.* 1989 Dec;73(4):541-5.
7. Pavithran K, Thomas M.. Pregnancy associated aplastic anaemia. *J Assoc Physicians India.* 1996; 44(4): 273.
8. Leong KW, Teh A, Bosco JJ, Lim J. Successful pregnancy following aplastic anemia. *Postgrad Med J.* 1995;71(840):625-7.
9. Marsh JC, Ball SE, Cavenagh J, Darbyshire P, Dokal I, Gordon-Smith EC et al. Guidelines for the diagnosis and management of aplastic anaemia. *Br J Haematol.* 2009; 147(1):43-70.
10. Ohba T, Yoshimura T, Araki M, Miyoshi J, Yonemura Y, Matsuura K et al. Aplastic anemia in pregnancy: treatment with cyclosporine and granulocyte-colony stimulating factor. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1999;78(5):458-61.