

DRÉPANOCYTOSE ET GROSSESSE : À PROPOS DE 86 GROSSESSES CHEZ 41 PARTURIENTES (P145)

Rebouh A, Ziani A, Lamraoui F, Brahimi H, Benlabiod M, Rekab N, Oukid S, Bouchakour Y, Taoussi S, Bradai M

Service d'Hématologie EHS- ELCC Blida

□ INTRODUCTION

La grossesse chez la femme drépanocytaire constitue une **situation à haut risque materno-fœtal**, associée à une **morbilité accrue**.

□ OBJECTIF

Analyser les **caractéristiques cliniques**, les **complications materno-fœtales** et les **stratégies thérapeutiques** chez les patientes drépanocytaires suivies au sein de notre service.

□ MATÉRIELS ET MÉTHODES

- **Etude** : rétrospective, monocentrique
- **Population** : 41 patientes drépanocytaires, 86 grossesses monofœtales
- **Génotype** : 16 SS (39%), 13 S/β thalassémiques (31,7%) et 12 S/C (29,3%)
- **Suivi complet** : 52/ 86 grossesses (60,5%)
- **Paramètres** : caractéristiques cliniques, **complications materno-fœtales**, stratégies transfusionnelles, modalité d'accouchement.

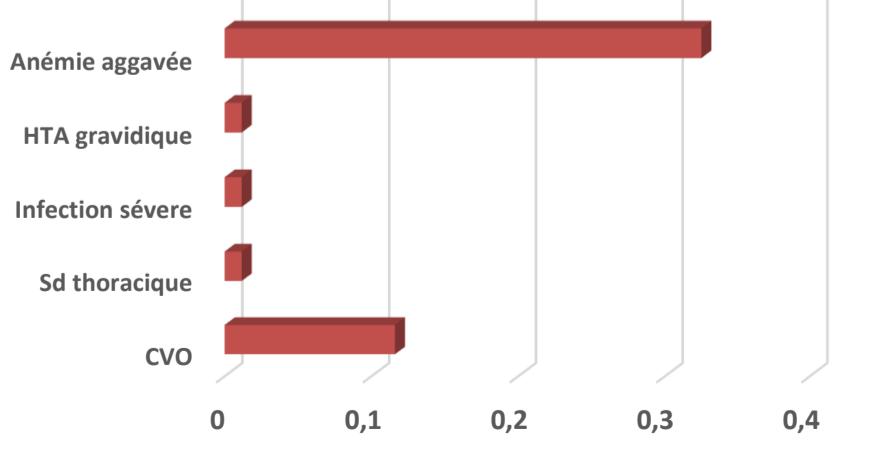
□ RÉSULTATS

A. DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES

Nombre total de grossesses	86 (chez 41 patientes)
Génotypes	16 SS- 13 S/β thal- 12 S/C
Grossesses correctement suivies	52
Age moyen	26,9 (20- 38)
Multipares/primipares	30/ 11
Antécédents obstétricaux	13 ABRT précoces, 7 MIU, 3 décès néonataux
Traitement par Hydroxyurée avant conception	3 patientes (arrêté avant conception)

B. COMPLICATIONS MATERNELLES

B1. COMPLICATIONS MATERNELLES PENDANT LA GROSSESSE (ANTEPARTUM)



B.2. STRATÉGIE TRANSFUSIONNELLE

- **Programme d'échange** transfusionnel : 21 (24,4%) patientes
- **Transfusion** : 28 (32,5%) cas (Hb moyenne: 6,4 g/dl)
- Hb moyenne avant accouchement : 8 g/dl (6- 10)

C. ISSUES OBSTÉTRICALES MATERNELLES

- **Modalités d'accouchement** :
Voie basse(s) : 68 (79,1%)/ césariennes: 18 (20,9%)
- **Complications à l'accouchement**:
 - Décompensation cardiaque : 1 (1,2%)
 - Hémorragie de la délivrance : 3 (3,5%)
 - Eclampsies : 2 (2,3%) dont 1 décès maternel

D. ISSUES NEONATALES

Prématurité	3 (3,4%)
Faible poids de naissance	5 (5,8%)
Mort in utero (MIU)	7 (8,1%)
Décès néonataux	3 (3,4%)

□ DISCUSSION

- Morbidité maternelle élevée (CVO, anémie sévère, éclampsie, hémorragie...)
- Mortalité périnatale significative - nécessite vigilance
- La stratégie transfusionnelle raisonnée améliore le pronostic, mais comporte des risques (allo-immunisation/ surcharge en fer)
- La prise en charge multidisciplinaire est indispensable

□ CONCLUSION

La grossesse chez les patientes drépanocytaires reste à **haut risque materno-fœtal**. Une prise en charge pluridisciplinaire et une stratégie transfusionnelle raisonnée avec un **suivi rapproché** permettent de réduire la morbidité et la mortalité périnatale.