



Deficitul de fier în sarcină

Iron deficiency during pregnancy

Gheorghe
Peltecu,
Ana Maria
Panaitescu

Clinica de Obstetrică
Ginecologie Filantropia,
UMF "Carol Davila", București

Abstract

Anemia is the most frequent medical problem associated with pregnancy; 90% of anemia cases during pregnancy are due to iron deficiency. Diagnostic of iron deficient anemia is difficult because of hematological changes during pregnancy, but hemoglobin levels under 11mg/dl must be considered pathological, especially when associated with low serum ferritin level. The increased requirements of iron during pregnancy cannot be met by a normal diet, so WHO recommends the iron supplements during pregnancy.

Keywords: pregnancy, iron deficient anemia, iron deficiency, iron supplements

Rezumat

Anemia este cea mai frecventă problemă medicală asociată sarcinii; 90% din cazurile de anemie în sarcină sunt anemii feriprive. Diagnosticul anemiei feriprive în sarcină este dificil din cauza modificărilor hematologice complexe care apar fiziologic în timpul sarcinii. Totuși, o valoare a hemoglobinei sub 11 mg/dl trebuie considerată anormală, mai ales dacă este însoțită și de nivele scăzute de feritină. Necesarul de fier crescut din timpul sarcinii nu poate fi obținut din dieta normală, de aceea OMS recomandă suplimentarea fierului în ultimele luni de sarcină.

Cuvinte-cheie: sarcină, anemie feriprivă, deficit de fier, suplimente de fier

Anemia este considerată cea mai frecventă problemă medicală asociată sarcinii, afectând aproximativ 20% dintre gravide în țările industrializate, procentul fiind mai mare în țările în curs de dezvoltare⁽¹⁾. Prezența anemiei la gravidă se asociază în unele studii observaționale cu un risc crescut de naștere prematură, greutate mică la naștere sau cu infecții puerperale, însă o relație de cauzalitate directă nu a putut fi demonstrată.

Aproximativ 90% din anemiile apărute la gravidă sunt cauzate de carența de fier (anemii feriprive). În celelalte 10% din cazuri, anemiile sunt provocate de deficitul unor nutrienți ca acidul folic sau vitamina B12, de anomalii genetice - hemoglobinopatiile, enzimatice sau autoimune. Aceste cauze trebuie luate în considerație în protocolul de diagnostic al anemiei descoperite în sarcină.

Definiția anemiei feriprive în sarcină

Diagnosticul anemiei feriprive în sarcină poate fi dificil. Valorile normale ale markerilor hematologici diferă semnificativ la femeia gravidă față de cea negravidă. În cursul sarcinii, în organismul matern au loc modificări complexe care au ca scop adaptarea la noul status fiziologic și care sunt menite să ofere condiții optime de dezvoltare a produsului de concepție. Pe parcursul sarcinii, toate componentele sângelui cresc: volumul plasmatic crește cu 30-35%, numărul de celule roșii crește cu 20-30% pe baza creșterii eritropoezei, masa de hemoglobină crește și ea cu până la 12%. Apare o diluție relativă datorată creșterii preponderente a volumului plasmatic modificând valorile hemoglobinei, hematocritului și număratoarea celulelor roșii. Valorile de laborator

scad în sarcină atingând un minim în săptămânile 33-34 de gestație. Totuși, o valoare sub 11 mg/dl de hemoglobină în ultimul trimestru trebuie considerată anormală și pusă pe seama carenței de fier mai mult decât a hemodiluției⁽¹⁾. CTLF și sideremia scad în mod fiziologic în cursul sarcinii. Un parametru de ajutor este feritina, ale cărei valori serice se corelează bine cu depozitele de fier maternel⁽¹⁾. O valoare a feritinei serice <12 mcg/L asociată unei valori scăzute a hemoglobinei indică deficit de fier și impune tratament. Pentru că feritina este un reactant de fază acută, valorile acesteia cresc. În cursul infecțiilor 60-100 mcg/L de feritină serică poate indica deficit de fier la o gravidă cu infecție⁽³⁾.

În general, chiar dacă mama are un deficit mare de fier, fătul nu va avea de suferit: acestuia i se transferă fierul necesar în detrimentul mamei, prin epuizarea depozitelor, modificarea eritropoezei materne și redirectionarea întregului fier obținut din aport alimentar către făt. Se instalează astfel anemia feriprivă maternă. Dacă anemia mamei este mai severă, fătul va produce mai puține hematii, hemoglobina fetală va fi scăzută, depozitele de fier diminuate și va exista un risc crescut de deficit de fier în timpul copilăriei. Anemia feriprivă severă în prima jumătate a sarcinii se asociază cu risc crescut de naștere prematură, greutate mică la naștere și în general, cu o morbiditate și mortalitate perinatale crescute⁽¹⁾.

Necesarul de fier în cursul sarcinii

În total în cursul sarcinii sunt transferate către făt peste 300 mg de fier, în special în ultimele luni de sarcină. Majoritatea fierului fetal se găsește legat în moleculele de hemoglobină fetale, restul e depozitat în ficat, splină și unele

țesuturi. Cantitatea de fier din depozitele fătului se dublează în ultimele săptămâni de viață intrauterină prin transfer maximal de la mamă⁽²⁾. Transferul de fier are loc împotriva gradientului de concentrație prin creșterea semnificativă a transferinei serice fetale⁽⁴⁾. Depozitele astfel create trebuie să asigure necesarul de fier al nou-născutului în primele 3-6 luni de viață. Până la 50 mg de fier se găsesc în circulația placentară, iar 450 mg sunt folosite pentru eritropoieza maternă. Astfel, de-a lungul sarcinii, necesarul de fier se ridică la aproximativ 1.000 mg, necesarul de fier zilnic ajungând la 6-7 mg/zi la femeia gravidă în ultimul trimestru, de aproape 10 ori mai mare ca la începutul sarcinii⁽¹⁾. Această cantitate nu poate fi obținută nici în cadrul unei diete echilibrate, în ciuda creșterii absorbției fierului din intestin în ultima parte a sarcinii, nici nu poate fi suplinită din depozite pre-existente sarcinii, cele mai multe femei având în depozite la începutul sarcinii aproximativ 300 mg de fier⁽⁵⁾. Din aceste considerente, Organizația Mondială a Sănătății recomandă suplimentarea cu fier în cursul sarcinii. Se consideră că 30 mg de fier elementar, administrat zilnic oral, sub formă de gluconat, sulfat sau fumarat, este suficient pentru a satisface nevoile crescute în cursul sarcinii și pentru a proteja depozitele de fier pre-existente. Această cantitate este suficientă pentru a suplini nevoile și în cursul lactației. Necesarul este mai mare (60-100 mg/zi) la femeile obeze, la cele cu sarcină multiplă și la cele care încep suplimentarea târziu în cursul sarcinii.

În primele 4 luni de sarcină nu este necesară suplimentarea din cauza nevoilor fetale mici în această perioadă, aportul de fier putând fi asigurat prin alimentație. Administrarea pe cale orală a fierului poate produce reacții adverse ca greață și vărsăturile. Pentru a evita aceste reacții, se recomandă administrarea preparatelor pe bază de fier seara, la culcare sau pe stomacul gol.

Concluzii

În cursul sarcinii necesarul de fier este mult crescut. Majoritatea fierului necesar este transferat către făt ca suport pentru susținerea eritropoiezei fetale și pentru crearea depozitelor în detrimentul rezervelor și eritropoiezei materne. În ultimele luni ale sarcinii se recomandă suplimente cu fier. ■

Bibliografie

1. WHO (1992): The prevalence of anemia in women: A tabulation of available information. Geneva.
2. Levano, K.J. (2009): Maternal Physiology in Williams Obstetrics (23rd ed.). McGraw Hill.
3. Duffy, T.P. (2004): Hematological aspects of pregnancy in Medical complications during pregnancy (6th ed.). Saunders.
4. Kirken, S. (2002): Adaptation in major body systems in the pregnant woman, fetus and neonat in Maternal, Fetal and Neonatal Physiology.
5. Monga, M. (2004): Maternal cardiovascular and renal adaptation in Maternal Fetal Medicine: Principles and practice (5th ed.).

■ **Informații de actualitate și știri pertinente din lumea medicală;**

■ **Mii de articole medicale de specialitate ce pot fi consultate gratuit, precum și accesul gratuit la edițiile electronice ale revistelor noastre de specialitate;**

■ **Peste 50 de evenimente dedicate medicilor și farmaciștilor.**

Puls MEDIA
Ritmul Timpului medical

m.f.
MILADA FRONTA



www.pulsmedia.eu