

04

CONTRIBUTI

Quando parliamo di anemia facciamo riferimento alla diminuzione della quantità totale dell'emoglobina (Hb) rispetto ai normali livelli fisiologici. Nelle gestanti viene definita da valori di emoglobina <11 g/dL nel I trimestre e nel III trimestre e <10,5g/dL nel II trimestre e da un ematocrito (Htc) del 33% nel I e III trimestre e del 32% nel II trimestre (Acog)

Anemia e gravidanza sotto la lente

IN GRAVIDANZA QUESTA CONDIZIONE è secondaria ad un aumento della volemia, ad una diminuzione della massa eritrocitaria totale, ad una riduzione del numero dei globuli rossi, della sideremia, della ferritina e ad un aumento della transferrina. L'anemia da carenza di ferro è la più frequente forma di anemia nelle donne in gravidanza; altre cause minori di anemia sono rappresentate da anemia da carenza di folati e vitamina B12, le emoglobinopatie e l'anemia emolitica.

Nella maggior parte dei casi è in teoria possibile identificare la causa dell'anemia e trattarla correttamente durante la gravidanza migliorando così gli esiti perinatali. La percentuale delle gestanti anemiche in tutto il mondo è del 38%, con un ampio intervallo tra i diversi paesi, ad esempio, nei paesi dell'est il 48,7% delle donne gravide ha anemia, in Africa 46,3% e in Europa 25,8%. Nel 41% delle gestanti l'anemia è causata da deficit di ferro; il deficit di ferro, infatti è la più comune carenza alimentare e le donne in gravidanza sono i soggetti più a rischio; ciò è imputabile ad una bassa assunzione di ferro con dieta. Le donne vegetariane e vegane, invece, possono andare più frequentemente incontro a deficit di zinco, ferro e Vitamina B12. Per queste gestanti sarà indicato proporre una consulenza nutrizionale prima di intraprendere una gravidanza così da adeguare il regime alimentare alle necessità nutrizionali. L'anemia da deficit di ferro è correlata a rischio di parto pretermine, infezioni puerperali e un maggior tasso di mortalità materna e fetale. È indicato sottoporre a screening tutte le donne gravide sin dal primo controllo e ripeterlo a 28 settimane per disporre un eventuale trattamento. Se necessario sarà utile ricontrollare l'assetto marziale a 33-37 settimane. (Linee guida "Gravidanza fisiologica" del Sngl-Iss).

Il Nice, *The English National Institute for Health and Care Excellence*, consiglia un esame emocromocitometrico completo all'inizio della gravidanza e alla ventottesima settimana di gestazione per consentire un trattamento ottimale se viene diagnosticata l'anemia. Per chiarire la causa dell'anemia può essere di supporto il volume medio dei globuli rossi (Mcv) in grado di differenziare l'anemia mi-

crocitica dovuta a carenza di ferro o ad emoglobinopatie dall'anemia macrocitica correlata al deficit di vitamina B12 e folati; e ancora dall'anemia normocitica correlata a malattie/infezioni materne. Da notare che in molti casi l'anemia in gravidanza è una forma mista e questo può rendere gli indici delle emazie meno affidabili in termini diagnostici. Spesso sono necessari esami complementari che includono diversi parametri ematici (ferritina, vitamina B12 e folati). In circostanze particolari, per escludere l'emolisi ed effettuare una classificazione finale dell'anemia, è opportuno che vengano rilevati parametri ematologici e/o enzimatici aggiuntivi; ad esempio in caso di anemia microcitica con ferritina normale, dovrebbe essere effettuata un'indagine sulle emoglobinopatie; il deficit marziale non può essere escluso se l'Mcv è normale. Le emoglobinopatie dovrebbero essere sempre sospettate in caso di grave anemia microcitica ipocromica. La larghezza di distribuzione dei globuli rossi (Rdw) può aiutare a differenziare il deficit del ferro da altre anemie microcistiche. Per quanto riguarda le riserve di ferro, la ferritina sierica sembra essere il migliore indice di valutazione; in gravidanza una concentrazione di ferritina sierica <30 µg / L implica riserve di ferro insufficienti quindi un aumento del rischio di sviluppare carenza di ferro ed anemia. Un valore di ferritina sierica <12 µg / L implica un deficit reale di ferro; la ferritina, come proteina della fase acuta, aumenta anche durante l'infiammazione o episodi infettivi, pertanto è consigliabile dosare contestualmente anche la proteina C reattiva (Pcr). Ne deriva anche che una normale ferritina sierica non esclude il deficit di ferro in situazioni infiammatorie. Secondo la World Health Organization (Who) in gravidanza bisognerebbe assumere una dose profilattica di 30 mg di Ferro al giorno.

L'integrazione di Ferro dovrebbe essere intrapresa il prima possibile poiché riduce del 70% il rischio di anemia. Se nel corso delle valutazioni di routine si diagnostica un'anemia ferro carenziale, la dose di ferro giornaliera indicata è di 120mg/die finché il valore di emoglobina non sia pari a 11,0 g/dl. Raggiunto il target, la dose deve essere ridotta a 30-60mg/die se-



condo le necessità della gestante. Nelle aree ad elevata incidenza di anemia ferro-carenziale bisognerà iniziare con una dose profilattica di 60mg/die di ferro.

Si stima che la maggior parte delle donne incinte necessiterebbe di ferro aggiuntivo nella propria dieta e di sufficienti riserve di ferro per prevenire la carenza di ferro. I bambini nati da madri anemiche hanno maggiori probabilità di essere anemici nel post-natale ed in età pediatrica ed è stato riportato che la carenza di ferro può influenzare irreversibilmente le prestazioni cognitive e lo sviluppo e la crescita fisica del bambino anche a lungo termine.

Bassi livelli di emoglobina durante la gravidanza, indicativi di anemia moderata o grave, sono associati ad un aumentato rischio di basso peso alla nascita, ridotta lattazione, scarse interazioni comportamentali materno / infantili, depressione post-partum e aumento della mortalità fetale e neonatale.

Durante la gravidanza, il feto in crescita è vulnerabile ed è interamente dipendente dalla madre e dall'ambiente materno per le sue esigenze nutrizionali, ed è stato suggerito che le conseguenze di un'alimentazione inappropriata in utero possono estendersi all'età adulta, un fenomeno noto come "fetal programming" (Andersen 2006). Studi sui ratti hanno suggerito che la carenza di ferro durante il periodo fetale si traduce in fe-

ti più piccoli, con reni più piccoli, sia in termini assoluti che proporzionali e cardiomiopia ipertrofica, tutti fattori che possono essere associati all'ipertensione in età adulta. Sembra esserci un intervallo ottimale per i livelli di emoglobina durante la gravidanza, poiché alte concentrazioni di emoglobina aumentano anche il rischio di peggiori outcomes gravidici come il basso peso alla nascita ed il parto prematuro.

Anche se i meccanismi sono lunghi dall'essere chiari, un basso volume plasmatico sembra precedere l'ipertensione tardiva in gravidanza che a sua volta è associata a bambini piccoli per età gestazionale e a basso peso alla nascita. Tuttavia questi risultati sono ancora incoerenti ed è stato ipotizzato che alte concentrazioni di Hb aumentino l'ematocrito, con o senza un cambiamento nel volume plasmatico, riducendo la perfusione placentare ed entrando così nel determinismo dell'ipossia placentare/fetale. Alcuni studi evidenziano che l'anemia in gravidanza è associata ad un modesto aumento del rischio di avere bambini con disturbo dello spettro autistico (Asd), disturbo da deficit di attenzione/iperattività (Adhd) e disabilità intellettiva (Id) suggerendo che l'esposizione all'anemia all'inizio della gestazione può essere negativamente associata allo sviluppo neurologico in età pediatrica. Si desume da tutto ciò la necessità dello screening e della sup-



SERGIO SCHETTINI

Direttore Uoc Ostetricia e Ginecologia Aor San Carlo di Potenza



MARIA LAURA PISATURO

Dirigente Medico Uoc Ostetricia e Ginecologia Aor San Carlo di Potenza