

Bölüm 5

GEBELİKTE ANEMİ NEDENLERİ VE YÖNETİMİ

Nagihan CENGAVER¹

GİRİŞ

Gebelikte aneminin fetal ve maternal olumsuz sonuçlarının olduğu bilinmektedir ve anemi gebelikte önemli sağlık sorunlarından biridir (1). Bu nedenle; gebelerde aneminin teşhis edilmesi, anemi etiyojisinin belirlenmesi, fetal ve maternal olumsuz sonuçlarının bilinmesi, aneminin doğru zamanda uygun şekilde tedavi edilmesi önemlidir.

TANIM VE SIKLIĞI

Gebelikte anemi; Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC) tarafından şu kriterler üzerinden tanımlanmaktadır: Gebeliğin 1. ve 3. trimesteri için hemoglobin (Hb) değerinin 11 g/dl'nin veya hematokrit (Htc) değerinin %33'ün altında olması ve 2. trimester için Hb değerinin 10,5 g/dl'nin veya Htc değerinin %32'nin altında olmasıdır (1). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından bu tanımlama her üç trimester için Hb değerinin 11 g/dl altında olması ile yapılmıştır (2). Bu tanımlama 2001 yılında yapılmıştır ve geçerliliğini günümüzde de korumaktadır. Hb 7,0 g/dl altı ağır, 7,0 ile 9,9 g/dl arası orta, 10,0 ile 10,9 g/dl arası hafif anemi olarak sınıflandırılmıştır (2). Hb seviyesi kişinin yaşadığı yerin rakımı ve kişinin sigara içiciliği ile değişkenlik gösterdiği için gebelerin Hb değeri değerlendirilirken yaşadıkları bölgenin rakımı ve sigara içicilikleri göz önünde bulundurulmalıdır.

Dünya sağlık örgütü (WHO) verilerine göre gebelikte anemi prevalansı %41,8'dir ve en yaygın anemi prevalansı Afrika (%61,3) ve Güney Doğu Asya (%52,5) bölgelerindedir. Gelişmekte olan ülkelerde anemi prevalansı ortalama %43 iken gelişmiş ülkelerde bu oran ortalama %9'dur. Demir destek tedavisi

¹ Operatör Doktor Nagihan CENGAVER, Özel Lokman Hekim Akay Hastanesi,
nagihan.cengaver1@gmail.com

%14, almayanlarda %24'tür (40). Gelişmekte olan ülkelerde, doğum sonrası anemi prevalansı %50-80 arasındadır. Postpartum anemi, bozulmuş yaşam kalitesi, düşük bilişsel yetenekler, duygusal dengesizlik ve depresyon ile ilişkilidir ve üreme çağındaki kadınlarda önemli bir sağlık problem oluşturur (37).

SONUÇ

Gebelikte anemi, Dünya genelinde önemli bir sağlık sorunudur. Gebelikte aneminin olumsuz maternal ve perinatal sonuçları mevcuttur. Bu nedenle ideal olan aneminin prekonsepsiyonel dönemde tanınmasıdır, gebe bir hastada; anemi tanısını koymak, aneminin türünün saptanması, uygun zamanda ve uygun şekilde anemi tedavisinin yapılması oldukça önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, anemi, demir eksikliği, folik asit, vitamin B12, anemi tarama, tedavi

REFERANSLAR

1. CDC criteria for anemia in children and childbearing-aged women. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 1989; 38:400.
2. World Health Organization. Worldwide prevalence of anaemia 1993 – 2005. WHO Global Database on Anaemia. Geneva: World Health Organization; 2008;(NLM: WH 155)
3. Scholl TO. Iron status during pregnancy: setting the stage for mother and infant. Am J Clin Nutr. 2005; 81:1218-22.
4. Koller O. The clinical significance of haemodilution during pregnancy. Obstet Gynaecol Surv. 1982; 37(11):649–52.
5. ACOG Practice Bulletin No. 95: anemia in pregnancy. Obstet Gynecol. 2008;112:201.
6. Rasmussen K. Is there a causal relationship between iron deficiency or iron-deficiency anemia and weight at birth, length of gestation and perinatal mortality? J Nutr 2001;131:590S,601S; discussion 601S–603S. (Level III)
7. Tamura T, Goldenberg RL, Hou J, Johnston KE, Cliver SP, Ramey SL et al. Cord serum ferritin concentrations and mental and psychomotor development of children at five years of age. J Pediatr 2002;140:165–70. (Level II-2)
8. Baynes RD. Iron deficiency. In: Brock JH, Halliday JW, Pippard MJ, Powell LW, editors. Iron metabolism in health and disease. Philadelphia (PA): W.B. Saunders; 1994. p.189–225. (Level III)
9. Ontario Association of Medical Laboratories. Guidelines for the use of serum tests for iron deficiency. Guidelines for Clinical Laboratory Practice CLP 002. North York (ON): OAML; 1995. Available at: <http://www.oaml.com/PDF/CLP002.pdf>. Retrieved April 4, 2008. (Level III)
10. Institute of Medicine (US). Dietary reference intakes for vitamin A, vitamin K, arsenic, boron, chromium, copper, iodine, iron, manganese, molybdenum, nickel, silicon, vanadium, and zinc. Washington, DC: National Academy Press 2002. (Level III)
11. Campbell BA. Megaloblastic anemia in pregnancy, Clin Obstet Gynecol 1995; 38:455
12. Hibbard ED, Smithells RW. Folic acid metabolism and human embryopathy. Lancet. 1965; 285(7398):1254.
13. van der Put NM, van Straaten HW, Trijbels FJ, Blom HJ. Folate, homocysteine and neural tube defects: an overview. Exp Biol Med (Maywood). 2001; 226:243–70.
14. Aslinia F, Mazza JJ, Yale SH. Megaloblastic anemia and other causes of macrocytosis. Clin Med Res. 2006; 4:236-41.
15. Varela-Moreiras G, Murphy MM, Scott JM. Cobalamin, folic acid, and homocysteine. Nutr Rev. 2009; 67(Suppl 1):69-72.

16. Nilsen Roy M, Vollset Stein E, Rasmussen Svein A, Ueland PM, Dalveit AK. Folic acid and multivitamin supplement use and risk of placental abruption: a population-based registry study. *Am J Epidemiol.* 2008; 167:867–74.
17. Costa MM, Belo S, Souteiro P, et al. Pregnancy after bariatric surgery; Maternal and fetal outcomes of 39 pregnancies and aliterature review, *J Obstet Gynaecol Res* 2018; 44:681
18. Savage D, Gangaidz O, Lindenbaum J, Kiire C, Mukiibi JM, Moyo A, et al. Vitamin B12 deficiency in the primary cause of megaloblastic anaemia in Zimbabwe. *Br J Haematol.* 1994; 86:844-50.
19. Baker SJ, Jacob E, Rajan KT, Swaminathan SP. Vitamin B12 deficiency in pregnancy and puerperium. *Br Med J.* 1962; 1:1658–61.
20. Andres E, Goichot B, Schlienger JL. Food cobalamin malabsorption: a usual cause of vitamin B12 deficiency. *Arch Intern Med.* 2000; 160:2061–2.
21. Elia M. Oral or parenteral therapy for B12 deficiency. *Lancet.* 1998; 352:1721–2.
22. Hibbard BM. The role of folic acid in pregnancy; with particular reference to anaemia, abruption and abortion. *J Obstet Gynaecol Br Commonw.* 1964; 71:529–42.
23. Pavord S, Daru J, Prasannan N, et al. UK guidelines on the management of iron deficiency in pregnancy, *Br J Haematol* 2019
24. Recommendations to prevent and control iron deficiency in the United States, Centers for Disease Control and Prevention, *MMWR Recomm Rep* 1998; 47:1
25. Auerbach M, Georgieff MK, Guidelines for iron deficiency in pregnancy; hope abounds; Commentary to accompany; UK guidelines on the management of iron deficiency in pregnancy, *Br J Haematol* 2019
26. Goonewardene M, Mishkat S, Hamat A. Anaemia in pregnancy. *Best Pract Res Obstet Gynecol.* 2012; 26:3-24.
27. <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00051880.htm> (Accessed on January 24, 2018)
28. Gebelerde demir destek programı uygulaması yönergesi 2007/6. Sayı: B100AÇS0120000/010.0 6.01.122. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı.
29. Haider BA, et al. *BMJ* 2013
30. Pena-Rosas JP et al. *Cochrane Database of Syst Rev* 2012
31. Peña-Rosas JP, De-Regil LM, Dowswell T, Viteri FE. Intermittent oral iron-supplementation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012; 7:CD009997.
32. Barut A, Harma M. Intravenous iron treatment for iron deficiency anemia in pregnancy. *J Turkish- German Gynecol Assoc.* 2009; 10:109-15.
33. Al R, Unlubilgin E, Kandemir O, Yalvac S, Cakir L, Haberal A. Intravenous versus oral iron for treatment of anemia in pregnancy: a randomized trial. *Obstet Gynecol.* 2005; 106:1335-40.
34. Bhandal N, Russell R. Intravenous versus oral iron therapy for postpartum anaemia. *BJOG* 2006; 113:1248–52.
35. Prendiville WJ, Elbuorne D, Mc Donald S. Active versus expectant management in the third stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000; 3:CD 000007.
36. Hiller JL, Benda GI, Rahatzad M, et al. Benzyl alcohol toxicity: impact on mortality and intraventricular hemorrhage among very low birth weight infants. *Pediatrics* 1986; 77:500
37. Milman N. Postpartum anemia I: definition, prevalence, causes and consequences. *Ann Hematol.* 2011; 90:1247-53.
38. van Rheeën P, Brabin BJ. Late umbilical cord-clamping as an intervention of reducing iron deficiency anaemia in term infants in developing and industrialized countries: a systematic review. *Ann Trop Paediatr.* 2004; 24:3–16.
39. Rohilla M, Raveenran A, Dhaliwal LK, Chopra S. Severe anaemia in pregnancy: a tertiary hospital experience from northern India. *J Obstet Gynaecol.* 2010; 30:694-6
40. Metz J, McGrath K, Bennett M, Hyland K, Bottiglieri T. Biochemical indices of vitamin B12 nutrition in pregnant patients with subnormal serum vitamin B12 levels. *Am J Hematol.* 1995; 48:251–5.