

Medi-Labo-Tech

Anémie

Prof. M. Duchosal

et

Prof. B. Favrat

31 août 2017

Anémie et état ferriprive: prise en charge I

- **Diagnostic.**
- **Identifier la cause.**
 - **Attention aux hommes adultes et femmes ménopausées.**

Carence en Fer

	Stade I	Stade II	Stade III
Ferritine (sérum)	↓	↓	↓
Fer (moelle)	↓	0	0
Transferrine (sérum)	N	↑	↑
Fer (sérum)	N	↓	↓
Hémoglobine	N	N	↓
MCV	N	N	↓
MCHC	N	N	↓

Carences en fer et anémie

	Fer sérique	Transferrine	Ferritine
Carence en fer absolue	↓	↑	↓
Carence en fer fonctionnelle	N	↑	N

Anémie ferriprive: prise en charge II

- **Fer P.O.**

- **Fe⁺⁺ (absorption meilleure), libération retardée.**

- » **Sulfate de fer, fumarate de fer: équivalent de 80-100 mg fer po/j.**

- » **Jeun avant, ou pendant, le petit-déjeuner.**

- **Attention:**

- » **Inflammation (tout) tractus GI, diverticules duodénaux, jéjunaux.**

- » **Si évacuation gastrique diminuée, forme liquide préférée.**

- **Interactions**

- » **Antacides (CaCo₃, ...), colestyramine, tétracyclines: diminution absorption fer.**

- » **Fer inhibe absorption de pénicillamine, des dérivés de l'or.**

- » **Acide ascorbique, citrique, OH: augmente absorption du fer.**

- » **Chloramphénicol: diminue l'effet thérapeutique du fer.**

- » **AINS: irritation muqueuse gastrique potentialisée.**

Anémie ferriprive: prise en charge III

- **Evaluation du traitement:**
 - Réticulocytose: 5 jours – 2 semaines.
 - Augmentation de l'Hb (0.1 g/L/j).
 - Généralement Hb normale à 2 mois.
 - Continuer la prise de fer 3-6 mois après normalisation de l'Hb.
 - » Utilité du dosage de la ferritine.
- **Echec du traitement:**
 - Intolérance: conseil avant le traitement, essayer d'autres préparations.
 - Persistance de l'anémie:
 - » Non-compliance.
 - » Interactions médicamenteuses.
 - » Mauvais diagnostic, anémie d'origine multifactorielle.
 - » Pertes sanguines continues.
 - » Fer I.V. si malabsorption prouvée.

- **L'anémie ferriprive est une anémie microcytaire**
 - **Toutes les anémies microcytaires ne sont pas forcément ferriprives**

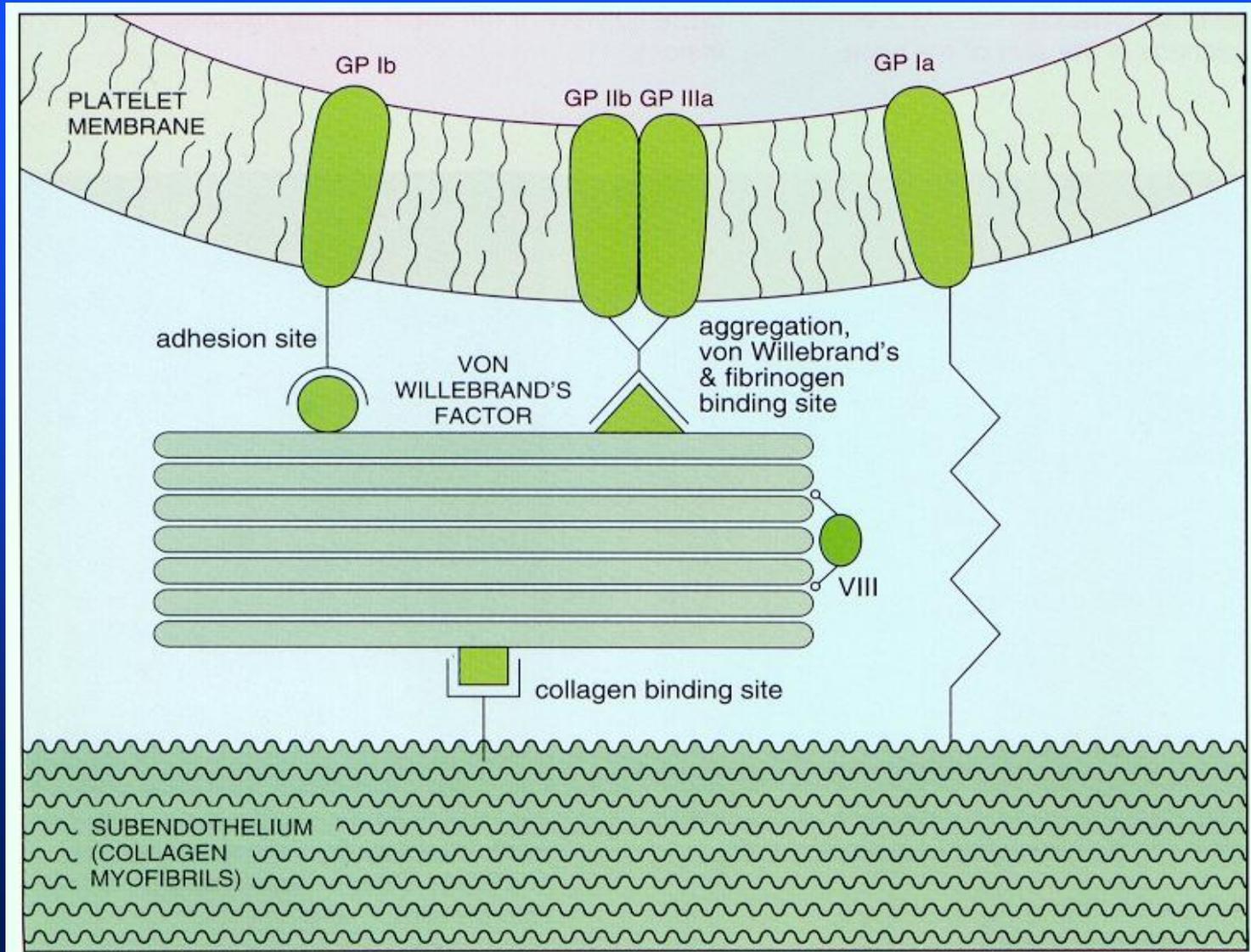
« L'anémie est un signe de maladie, elle n'est pas un diagnostic final »

Welborn, J.L., Postgrad. Med. 89:179, 1991

Patiente de 34 ans

- Diagnostic d'anémie ferriprive il y a un an sur ménorragie (ex gynécologique sp., bilan de spoliation digestif négatif).
- Persistance d'un état ferriprive, microcytose sans anémie (corrigée), patiente sous fer P.O. 200 mg/j.
- Prise de fer OK.
- Bon diagnostic d'anémie ferriprive.
- Recherche de spoliation digestive négative, pas d'interaction médicamenteuse.
- Fer I.V. ?

Adhésion plaquettaire à l'endothélium vasculaire



Maladie de von Willebrand

- **Fréquente: 0.8 % population.**
- **Clinique d'hémorragies au niveau des muqueuses, différente de la clinique classique d'hémophilie.**
- **80% des femmes avec maladie de vW développent des ménorragies.**
- **7-20 % de femmes avec ménorragies importantes ont une maladie de vW.**
- **Importance de l'anamnèse:**
 - Anamnèse personnelle et familiale.
 - Différencier (méno)-métrorragies de ménorragies.
 - Quantification des règles.

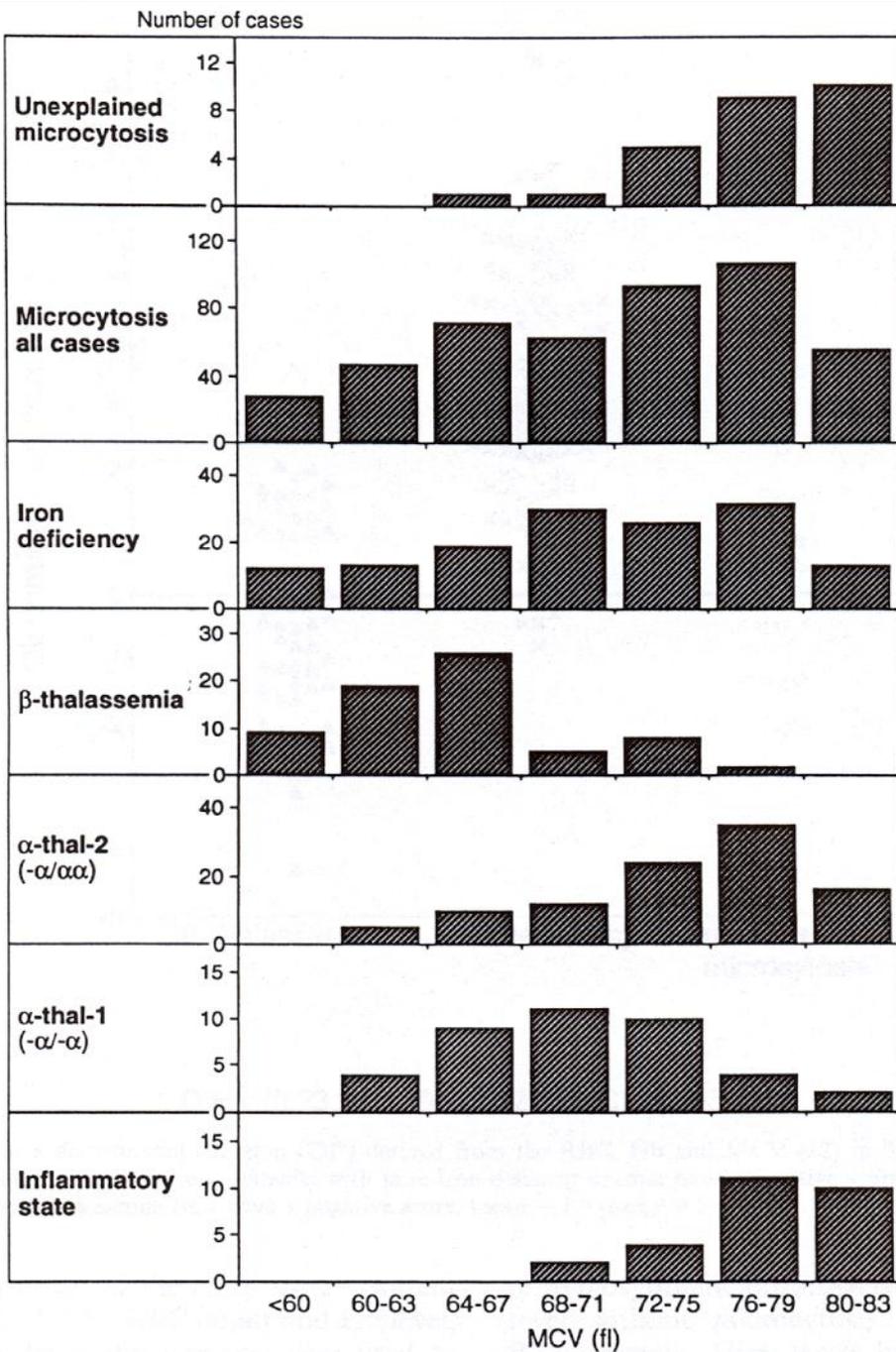
Patient de 21 ans

- Apparence pâle, envoyé par sa famille pour une recherche d'anémie.
- FSC:
 - Hb 97 g/l (133 – 177), erythro 5,23 T/l (4.4 – 5.8), Ht 33% (40 – 52).
 - MCV: 64 fl (81 – 99), MCH:18.6 pg (27 – 34), MCHC 293 g/l (310 – 360), RDW 23.4 %.
 - Leucocytose à 17.5 G/l, avec neutrophilie à 14.2 G/l et monocytose à 1.8 G/l.
 - Thrombocytose à 485 G/l.
- Chimie:
 - Fer 2.4 $\mu\text{mol/l}$ (12.5 – 25.1), trsf 28 $\mu\text{mol/l}$ (23 – 43), ferritine 56 $\mu\text{g/L}$ (30 - 300).
 - CRP 66 mg/l (<10).
- Diagnostic ?

Anémies microcytaires hypochromes

	Fer sérique	Transferrine	Ferritine
Carence en fer	↓	↑	↓
Anémies inflammatoires	↓ (sine qua non)	↓ (plus tard)	↑ (sang, macrophages >> sidéroblastes)
Défauts d'utilisation du fer	↑	N ou ↓	↑

MCV



Mach-Pascual S et al, Eur J Haematol 57:54, 1996

Anémies inflammatoires

- Normocytaire, normochrome (Ht pratiquement toujours > 30%).
- Si anémie sévère, MCV diminué chez 30% des patients (rarement < 68 fl, décrit jusqu'à 61 fl).
- Diagnostic souvent d'exclusion et difficile.

Anémie inflammatoire et ? ferriprive ?

- **Inflammation relativement facile à évaluer.**
- **Etat ferriprive surajouté souvent plus difficile à évaluer:**
 - Anamnèse.
 - Signes cliniques associés: koïlonychie, cheilose angulaire, glossite.
 - Laboratoire:
 - » Absence de fer à l'aspiration médullaire.
 - » Saturation de la transferrine (< 0.16), mais variation inter-individuelle, exclusion meilleures que affirmation.
 - » Ferritine.
 - < 20 µg/ml chez patient anémique: diagnostic d'anémie ferriprive.
 - > 60-100-? µg/ml et anémie: exclusion d'anémie ferriprive.
 - Si doute persiste: test au fer PO.

Conclusions

- **L'anémie ferriprive correspond à une anémie microcytaire avec ferritine abaissée, il faut en rechercher la cause.**
- **Le premier signe de laboratoire d'une carence en fer est un abaissement de la ferritine.**
- **Penser à une cause surajoutée à l'inflammation pour expliquer une anémie microcytaire.**