



Cas clinique présenté par
Dr. MANAVI H-R
Médecin spécialiste en Gériatrie



Expert de la spécialité:
Dr. Sylvie COITO
Médecin Biologiste

K-KLINIK 8

Asthénie-AEG (Altération d'Etat Général)

Anamnèse

Une Patiente de 78 ans, vivant avec son époux, plus âgé et gravement malade, au Cipa (Centre Intégré pour Personnes Agées), a demandé une visite en absence de son médecin traitant.

Depuis plusieurs mois elle se sent fatiguée, essouffée, épuisée. Mais elle continue à s'occuper de son époux malgré tout. Elle me dit qu'elle n'a plus d'énergie que ses « piles sont à plat » ou « la batterie se vide très vite » Selon ses termes.

Dans son dossier médical, la dernière visite médicale remonte à plus de un an, ainsi que le dernier bilan sanguin.

Elle ne prend aucun traitement habituel. « Toujours fatiguée » elle dort très bien.

Examen clinique

Patiente âgée 78 ans, encore valide et autonome.

TA :	10,5/5.5
Pouls :	100/mn
Température :	37°C
Saturation :	91% Sous air ambiant
Taille ;	1m55
Poids :	52 kg

Examen cardiovasculaire : met en évidence un souffle systolique 2/6. Pas d'œdème, rassurant par ailleurs.

ECG : rythme régulier sinusal, sans anomalie notable.

Examen neurologique : normal et symétrique.

Examen pulmonaire : Fr 15 /mn, Saturation : 91%, pas de cyanose, pas de dyspnée de repos.

Le reste de l'examen est normal

- 1- A ce stade, quelle est la conduite à tenir ? Quels examens demandez-vous ?
- 2- Le bilan sanguin vient vous être faxé ? qu'en pensez-vous ?
- 3- Le bilan ne vous semble pas complet pour faire un diagnostic avec certitude. Que demandez-vous de plus ?
- 4- Quel est le mécanisme ?
- 5- Quelles sont les principales étiologies à rechercher ?
- 6- Quels sont les traitements et surveillances à effectuer ?

1- A ce stade, quelle est la conduite à tenir ? Quels examens demandez-vous ?

En plus de l'asthénie et de la dyspnée décrites par la patiente, l'examen clinique doit rechercher les signes suivants :

- Pâleur – décoloration des conjonctives
- Tachycardie- hypotension
- Céphalées
- Vertiges
- Trouble des phanères : troubles de la croissance des ongles, cheveux sec et cassants
- Signes digestifs : perlèches, glossite, gastrite atrophique
- Signes cutanés : peau sèche, parfois prurigineuse

Le bilan prescrit comporte :

Bilan sanguin :

- Sang :
 - NFS
 - Ionogramme
 - Urée – créatinine – DFG
 - VS – CRP
 - Glycémie à jeun
 - BNP
 - Albumine
 - D-Dimères
- Urines : ECBU
- Selles : recherche d'hémoglobine fécale

Avis de l'experte: Pour diagnostiquer une anémie on n'a pas besoin de la troponine / CPK MB . Mais le dosage de la troponine / CPK MB permet d'éliminer une pathologie (aiguë) cardiaque (Diagnostic différentiel)

- Imagerie :
- ASP
- RP

34

2- Le bilan sanguin vient vous être faxé ? qu'en pensez-vous ?

– Hb :	7.8 g/dL
– Hématocrite :	27%
– GR :	2,8
– VGM :	70 fL
– TCMH :	24 pg
– CCMH :	33 g/dL
– GB :	9500 G/L
– PNN :	7800 G/L
– CRP :	25 mg/L
– DD :	1250 ng/mL
– NA :	142 mmol/L
– K:	4 mmol/L
– Cl:	101 mmol/L
– CPK mb:	17 ng/mL
– Troponine:	< 0.04 pg/mL
– Urée:	22 mg/dL
– Créatinine:	0.85 mg/dL
– DFG	> 60
– VS :	80 mm
– TSH us :	Normale
– T4 :	Normale
– T3 :	normale
– Glycémie à jeun :	0.89 mg/dL
– Albumine :	31 g/L
– BNP :	500 pg/mL

Avis de l'experte: Qu'en est-il des plaquettes ? souvent thrombocytose modérée dans les carences martiales. Si valeur N ou basse = carences très profonde.

Le bilan montre une **anémie** (Hb 7.8g/dl) **microcytaire** (VGM 70 fl), **hypochrome** (TCMH 24pg). Dans la majorité des cas, les anémies microcytaire hypochrome sont des anémies ferriprives.

La VS est augmentée liée à l'anémie.

3- Le bilan ne vous semble pas complet pour faire un diagnostic avec certitude. Que demandez-vous de plus ?

Avis de l'experte: Le taux de réticulocytes n'apportera rien de plus à l'interprétation du bilan, ici anémie microcytaire nette.

La **ferritine** est intéressante à doser, elle reflète les réserves du fer. En cas de diminution, elle signe l'épuisement des réserves.

En revanche, le dosage du fer seul est moins informatif que celui de la ferritine en raison de nombreuses sources de variabilité. Le fer varie en fonction du cycle nyctéméral et il peut être abaissé également dans les anémies inflammatoires.

Le dosage du fer en plus de la ferritine n'apporte pas d'informations supplémentaires.

4- Quel est le mécanisme ?

Le fer dans l'organisme est réparti en 3 compartiments :

- Le fer fonctionnel : contenu dans l'hémoglobine et dans la myoglobine
- Le fer de transport : lié à la transferrine
- Le fer de réserve : contenu dans la ferritine essentiellement hépatique mais également dans l'hémosidérine dans les macrophages

La carence en fer réduit l'activité érythropoïétique médullaire. Le taux d'hémoglobine diminue progressivement. Au début, le VGM et le TCMH sont peu modifiés. L'anémie est d'abord normochrome et normocytaire. Puis la microcytose et l'hypochromie apparaissent après plusieurs semaines ou mois de carence. La diminution de l'hémoglobine est progressive, l'organisme s'adapte au fur et à mesure. Ainsi, la découverte de la carence est souvent fortuite et tardive.

Cinétique des marqueurs biologiques au cours de l'anémie ferriprive

	Anémie latente	Anémie débutante	Anémie clinique
Hb – MCV	normal	↘	↘↘
Ferritine	↘	↘↘	↘↘↘
Fer	normal	↘	↘↘
Transferrine (RsTf)	normale	↗↗	↗↗
Coefficient de saturation de la transferrine	normale	↘	↘↘

5- Quelles sont les principales étiologies à rechercher ?

Les 2 étiologies des anémies microcytaires à évoquer chez une personne âgée sont :

- Une carence en fer : anémie ferriprive
- Des troubles de l'utilisation du fer : anémie inflammatoire

Le dosage de la ferritine permettra dans la majorité des cas de faire le diagnostic entre les 2 étiologies.

Chez cette personnes âgée, les carences martiales peuvent être liées à :

- pertes sanguines
 - d'origine digestive :
 - ulcère gastro-duodénal
 - gastrite érosive
 - oesophagite sur reflux
 - polype ou cancer colique
 - angiodysplasie
 - d'origine uro-génitale :
 - cancer urologique
 - tumeur utérine
 - hémolyse chronique
 - traitement anticoagulant
- diminution de l'absorption :
 - alimentation pauvre en fer
 - gastrectomie partielle ou totale
 - maladie inflammatoire du tube digestif

Des troubles de la synthèse de la globine (thalassémie) entraînent également une anémie microcytaire mais peu probable chez cette personne âgée.

6- Quels sont les traitements et surveillances à effectuer ?

Une supplémentation orale adéquate permet avec le traitement étiologique une augmentation moyenne du taux d'hémoglobine de 1 à 2 g/dl toutes les 2 à 3 semaines.

La correction doit être suffisante : 100 à 200 mg/j de fer ferreux per os et de durée assez longue (3 mois après normalisation de la ferritine).

L'absorption est améliorée par l'acide ascorbique (vitamine C).

Le dernier paramètre à se normaliser est la ferritine.

ATTENTION : Les pièges d'interprétations biologiques : origine multifactorielle des anémies

- Anémie ferriprive + syndrome inflammatoire : la ferritine peut être normale
- Intérêt de la transferrine ou du récepteur soluble de la transferrine
- Carence mixte : fer + folates/B12 : anémie faiblement microcytaire

A RETENIR

- D'abord évaluer la tolérance à l'anémie pour la prise en charge : attention aux transfusions réservées aux patients ayant une mauvaise tolérance cardiorespiratoire ou neurologique, aux terrains fragilisés
- Rechercher 2 étiologies chez la personne âgée : anémie ferriprive et anémie inflammatoire. Carence ou inflammation : parfois les 2 simultanément
- Attention à l'hémoconcentration : interpréter l'hémoglobine en fonction du ionogramme
- Une ferritine basse suffit au diagnostic mais une ferritine normale ne peut exclure une carence en fer en particulier dans un contexte inflammatoire
- Le récepteur soluble de la transferrine peut alors aider.