

Anémie

Dr G GERI, Dr JB ARLET, SERVICE DE MÉDECINE INTERNE, UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES, HÔPITAL EUROPÉEN GEORGES POMPIDOU (PARIS XV^e).

Le but de cet article est de rappeler la démarche diagnostique ainsi que les explorations complémentaires indispensables devant une anémie chronique ou de découverte fortuite lors d'un bilan en médecine de premier recours.

23

L'anémie se définit par un taux d'hémoglobine inférieur à 12 g/dl chez la femme, 13 g/dl chez l'homme et inférieur à 10,5 g/dl chez la femme enceinte. Son diagnostic fait appel à une démarche systématisée ne nécessitant dans la plupart des cas qu'un minimum d'examen complémentaires avant le recours au médecin spécialiste.

L'anémie aiguë associée au syndrome anémique (pâleur cutanéomuqueuse, dyspnée, asthénie...) ne pose habituellement pas de problème au médecin généraliste car le contexte clinique oriente bien souvent (saignement digestif extériorisé, chute de la personne âgée sous AVK, autres anomalies de l'hémoграмme en faveur d'une maladie hématologique grave...). Dans ces cas, la prise en charge consiste à diriger le patient vers les urgences ou un service spécialisé où seront réalisées les explorations complémentaires et une prise en charge transfusionnelle éventuelle.

La démarche diagnostique devant une anémie doit toujours commencer par l'analyse du **volume globulaire moyen (VGM)**.

Cela permet en effet d'orienter les examens complémentaires car les étiologies sont différentes selon que l'anémie est :

- microcytaire : VGM < 80 fl,
- normocytaire : VGM entre 80 et 100 fl
- macrocytaire : VGM > 100 fl.

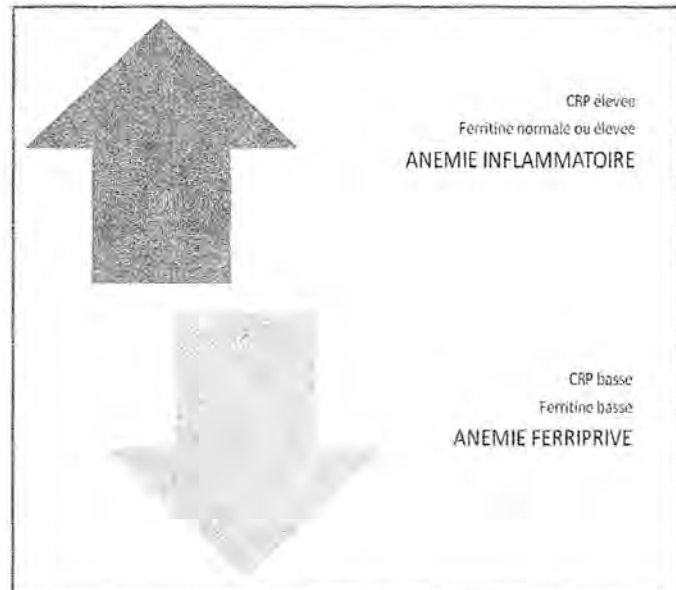
Anémies microcytaires (VGM < 80 fl)

L'anémie microcytaire est le type d'anémie le plus fréquemment vu par le généraliste, qui se doit donc de bien connaître la démarche diagnostique dans cette situation.

Les deux formes les plus fréquentes d'anémies microcytaires sont les **anémies par carence martiale** et les **anémies inflammatoires**.

Les deux examens à réaliser en priorité sont les dosages de la **C-Réactive Protéine (CRP)** et surtout de la **ferritinémie**.

En effet, la **ferritine** est la protéine de stockage du fer, elle



baisse en cas de carence martiale et augmente sous l'effet de n'importe quel stimulus inflammatoire.

L'arbre diagnostique (figure 1) résout la majorité des problèmes étiologiques.

Plus rarement, la ferritinémie est normale. Il s'agit alors :

- soit d'une cause d'anémie microcytaire autre que carencielle et inflammatoire (CRP et ferritinémie normales) et, dans ce cas, il faut évoquer en premier lieu une thalassémie, surtout chez un patient africain ou italien, et réaliser une électrophorèse de l'hémoglobine (en cas de normalité de cet examen, un avis spécialisé hématologique sera nécessaire pour rechercher des causes exceptionnelles) ;

- soit, s'il existe un syndrome inflammatoire (CRP élevée) avec ferritinémie « anormalement normale », d'une pathologie inflammatoire avec un saignement occulte associé (ex : syndrome inflammatoire lié à un cancer digestif).



© BSIP/CHASSENET

Anémies normo- et macrocytaires

Les causes sont ici nombreuses. Il faut également rappeler que les anémies inflammatoires peuvent être, initialement, normocytaires.

L'examen essentiel est le **dosage des réticulocytes**, qui permet de distinguer les anémies régénératives (réticulocytes $> 120\ 000/\text{mm}^3$) des anémies arégénératives (réticulocytes $< 120\ 000/\text{mm}^3$).

• Anémies normo- et macrocytaires régénératives (réticulocytes $> 120\ 000/\text{mm}^3$)

Ce sont essentiellement des anémies hémolytiques, plus rarement une hémorragie aiguë, dont le diagnostic est évident. L'anémie hémolytique peut facilement être confirmée par une **haptoglobine** effondrée, plus ou moins associée à une bilirubine libre (non conjuguée) et des LDH augmentées.

Les causes d'anémie hémolytique sont schématiquement :

- les médicaments
- une pathologie auto-immune
- le paludisme (contexte orienteur)
- une cause mécanique (valve mécanique par exemple)
- une cause génétique (anémie corpusculaire des drépanocytoses, déficits en G6PD...).

Il faut alors réaliser un test de Coombs. S'il est positif, il s'agit d'une cause auto-immune ; s'il est négatif, il faut adresser le

patient à un spécialiste pour compléter le bilan, sauf si un médicament peut être imputable et arrêté.

• Anémies normocytaires arégénératives (réticulocytes $< 120\ 000/\text{mm}^3$) :

Certaines maladies, décrites comme causes classiques, ne sont de nos jours qu'exceptionnellement révélées par l'anémie, à savoir l'**insuffisance rénale chronique sévère** (clairance $< 30\ \text{ml/min}$) et l'**hypothyroïdie**.

Restent les **causes médullaires centrales** (leucémie aiguë, myélome, métastase de cancer, toxicité médicamenteuse...), dont le diagnostic ne pourra être retenu que par l'analyse du myélogramme, sauf si un médicament peut être clairement imputé.

En dehors d'une insuffisance rénale sévère et d'une toxicité médicamenteuse compatible, il est donc nécessaire de réaliser un myélogramme devant une anémie normocytaire arégénérative.

• Anémies macrocytaires arégénératives

Il n'existe qu'un nombre limité de causes :

- l'alcoolisme
- la carence en vitamine B12 et folates
- les dysthyroïdies
- les myélodysplasies (cause très fréquente chez le sujet âgé)
- les médicaments (méthotrexate, chimiothérapie).

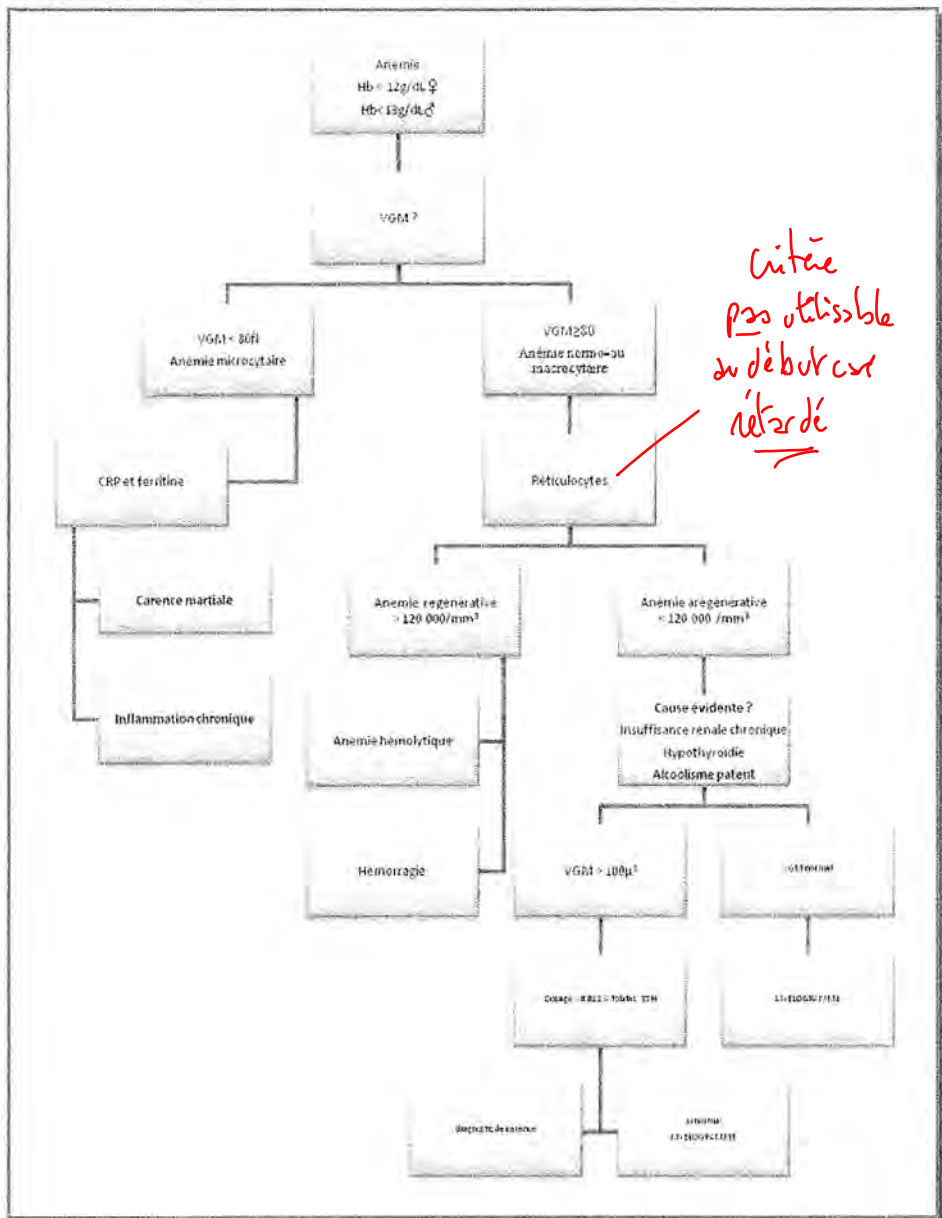
On dosera dans ce cas la TSH, la vitamine B12 et les folates. Sauf en cas d'alcoolisme chronique patent, il faudra réaliser, si ces examens sont normaux ou au moindre doute si les carences vitaminiques sont modérées par rapport à l'anémie, un **myélogramme** pour éliminer une cause centrale. ■■

LES POINTS À RETENIR

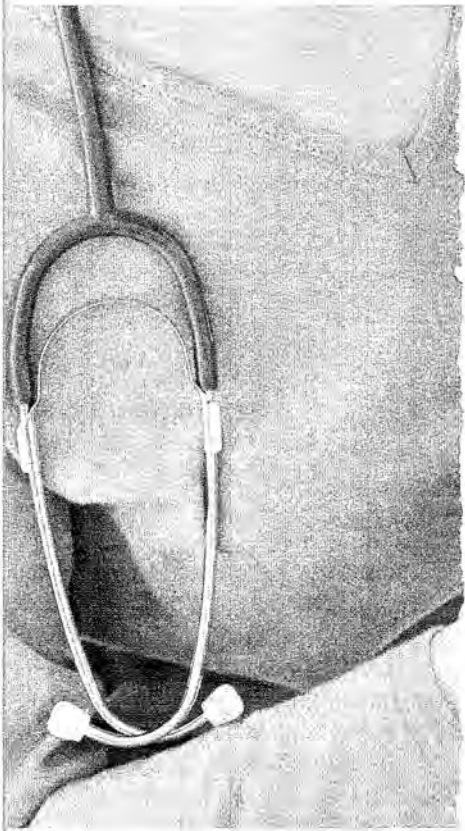
- Une anémie microcytaire nécessite le dosage de la CRP et de la ferritinémie.
- Une anémie normo- ou macrocytaire doit faire réaliser le dosage des réticulocytes afin de rechercher son caractère régénératif
- Le myélogramme reste essentiel dans le diagnostic des anémies normo- et macrocytaires arégénératives.

Pour en savoir plus

• *Livre de l'interne en hématologie* 2^e édition, Varet B, Médecine – Sciences Flammarion, 2007.



*Critère
pas utilisable
au début car
retardé*



craindre une néoplasie digestive sous-jacente, un ulcère digestif, ou un saignement sur angiodysplasie (malformation vasculaire). Si la clinique oriente vers un ulcère (prise d'AINS, douleurs épigastriques...), on demandera une fibroscopie œso-gastroduodénale simple. Sinon, on prescrira d'emblée une coloscopie et fibroscopie

▲ Fig. 1: Orientation diagnostique devant une anémie.

Une fois orientée vers une cause carentielle ou inflammatoire, la démarche diagnostique sera simple car le contexte clinique aura une grande valeur d'orientation.

• **Anémie microcytaire d'origine carentielle (ferritine basse)**

Chez une femme en période d'activité génitale, il s'agit très probablement d'une anémie ferriprive due à des règles abondantes (à préciser à l'interrogatoire). Une supplémentation ferrique est préconisée (modification de l'alimentation et prise de fer en cures de trois à six mois). S'il s'agit de métrorragies, quel que soit l'âge de la femme, il faudra l'adresser à un gynécologue pour éliminer une pathologie du col ou du corps utérin. Chez un homme de plus de 50 ans ou chez une femme ménopausée, surtout s'il existe une altération de l'état général, on doit

sous anesthésie générale.

Dans les deux sexes, il faut penser à rechercher une prise excessive de thé, pourvoyeur de carence martiale par chélation intra-intestinale du fer.

• **Anémies microcytaires inflammatoires à ferritine élevée**

Toutes les maladies inflammatoires chroniques – infectieuses, systémiques comme la maladie de Horton, néoplasiques (lymphomes, cancer solides...) – peuvent entraîner une anémie microcytaire. La recherche de la cause de l'inflammation nécessitera, outre un examen clinique complet rigoureux, des examens paracliniques (scanner thoraco-abdomino-pelvien, notamment si le syndrome inflammatoire est persistant... avec, dans ce cas, une anémie microcytaire souvent modérée, autour de 9 à 11 g/dl).