

La dyspnée de mamie

Docteur Cédric Gaxatte, chef de clinique des Universités –
Assistant des Hôpitaux, Pôle de gériatrie, Hôpital gériatrique
les Bateliers, CHRU de Lille (59).

Cas clinique

Une patiente de 84 ans consulte pour une dyspnée évoluant depuis quelques semaines. L'état général est bon, avec un poids stable à 62 kg ; l'examen clinique est sans particularité en dehors d'une tachycardie à 100/min.

Bilan biologique

Ionogramme sanguin normal, créatinine = 14 mg/L (124 µmol/l), tests hépatiques normaux

Hb = 9,8 g/dl ; VGM = 90 fl ; TCMH = 25 pg

GB = 7 000/mm³ (formule normale) ; Plaquettes = 420 000/mm³

Réticulocytes : 25 000/mm³

CRP < 3 mg/l

Fer : 35 mg/ml (50-170) ; CSS : 15 % ; ferritine : 25 ng/ml (20-150)

Questions essentielles

- Comment compléter le bilan ?
- Est-il raisonnable de proposer des investigations complémentaires ?
- Quel traitement et quelle surveillance chez ce patient ?

Dans le détail

• Comment compléter le bilan ?

Chez cette patiente âgée, la dyspnée récente a donc révélé **une anémie normocytaire, hypochrome, arégénérative, avec carence martiale.**

L'anamnèse s'attachera à rechercher une prise de traitements favorisant les saignements, en premier lieu antiagrégants, anticoagulants et AINS.

Les étiologies de l'anémie sont diverses et souvent associées chez le sujet âgé. **La découverte d'une carence martiale ne doit donc pas être considérée comme l'étiologie unique de l'anémie.** Des carences multiples (folates, vitamine B12), notamment en l'absence de microcytose, doivent être recherchées ; leur présence fera évoquer une malabsorption ou un défaut d'apport alimentaire (il s'agira toutefois d'un diagnostic d'élimination) ; 65% des patients avec une clairance de la créatinine inférieure à 30 ml/min (ici = 25 ml/min selon la formule de Cockcroft) ont une anémie ; enfin, le dosage de la TSH est nécessaire dans un bilan d'anémie normocytaire.

Chez notre patiente, il n'existe aucun saignement extériorisé évident, et les investigations biologiques complémentaires sont normales. À ce stade, il convient cependant de se rappeler que la **recherche de sang dans les selles** ne constitue pas un outil de diagnostic individuel, et qu'il existe de **nombreux faux négatifs**, qui pourraient rassurer à tort.

• Est-il raisonnable de proposer des investigations complémentaires ?

L'âge chronologique ne constitue pas un critère satisfaisant pour décider de la réalisation d'investigations complémentaires dans le bilan d'une anémie. Ici, la patiente est en bon état général, et sauf à identifier une étiologie évidente à l'anamnèse, il est licite de lui proposer un complément d'investigation.

Les explorations endoscopiques (fibroscopie œso-gastro-duodénale [FOGD] et coloscopie) ont une **rentabilité diagnostique de l'ordre de 50 à 70%** et méritent d'être discutées, même chez les patients les plus

▶ âgés. **Les étiologies** les plus souvent rapportées sont les ulcères et érosions gastro-duodénales, les angiodyplasies, les polypes et tumeurs coliques. La gastrite atrophique, plutôt associée à une anémie macrocytaire par déficit en facteur intrinsèque, peut s'accompagner d'une carence martiale par le biais d'une diminution de son absorption de fer, liée à une moindre biodisponibilité du fer lorsque le pH gastrique s'élève. L'idéal est de réaliser dans le même temps et sous anesthésie générale les **endoscopies digestives haute et basse**. Pour les aînés réticents à l'anesthésie générale, on peut proposer la réalisation d'une FOGD et d'un coloscanner. Reste le problème de la préparation colique, souvent plus mal vécue chez les patients âgés que les examens eux-mêmes.

Les «rentabilités diagnostiques» de la coloscopie et du coloscanner sont proches. Toutefois, la coloscopie présente deux avantages : celui de visualiser directement la ou les lésions susceptibles d'expliquer le saignement (certaines lésions comme la colite aux AINS sont spécifiques), et celui de permettre la réalisation éventuelle d'un geste thérapeutique (par exemple, l'ablation d'un ou de plusieurs polypes). Les complications des explorations digestives sont rares, marquées surtout par les perforations digestives (1%). Les explorations de l'intestin grêle (vidéocapsule endoscopique, entéroscopie à double ballon, entérosscanner) restent d'indication très limitées chez les patients âgés.

Après avoir expliqué les objectifs et les risques de ces examens, le patient pourra consentir ou non à la réalisation des examens proposés. Dans le cas d'un patient dément, la décision de ces explorations doit être prise en concertation avec ses proches, ou avec la personne de confiance.

• Quel traitement et quelle surveillance chez ce patient ?

Outre le traitement étiologique, on proposera en première intention une supplémentation martiale orale, au moins trois mois.

Chez les patients âgés dont le bilan endoscopique est négatif, on proposera une supplémentation en fer et un suivi clinique régulier.

Les préparations associant fer et vitamine C favorisent l'absorption digestive du fer. Il est recommandé de vérifier la « crise réticulocytaire » à J 10. L'anémie et la microcytose se corrigent habituellement en six à huit semaines. En l'absence de correction de l'anémie après s'être assuré de l'observance du traitement, une malabsorption ou une étiologie associée seront évoquées.

La possible mauvaise tolérance digestive de la supplémentation martiale orale conduit parfois à un défaut d'observance. Chez ces patients, l'alternative consiste en une supplémentation intraveineuse ; si la première perfusion doit être réalisée en milieu hospitalier (risque d'anaphylaxie), les suivantes (souvent 1 ou 2) peuvent être réalisées à domicile.

zOOm

L'anémie et ses conséquences chez le sujet âgé

Indépendamment du potentiel évolutif propre de la ou des affections causales de l'anémie, celle-ci détermine en tant que telle une morbidité et une mortalité accrues dans la population vieillissante.

Le risque de décès est doublé chez le patient anémié. Un taux d'hémoglobine bas est associé à une diminution de la qualité de vie.

L'anémie est responsable d'une fragilité corporelle générale, d'une perte d'autonomie, d'un accroissement des hospitalisations. Chez les personnes âgées, l'anémie s'accompagne d'une augmentation des complications cardiaques et des risques de chutes et de fractures inhérents au grand âge. Les accidents iatrogéniques sont également plus fréquents, et le déclin cognitif plus marqué (alors que la correction de l'anémie (EPO, transfusion) améliore les capacités intellectuelles).

Pour en savoir plus

- Eisenstaedt R, Brenda W, Penninx JH, Richard C, Woodman C. Anemia in the elderly : Current understanding and emerging concepts. *Blood Reviews*. 2006 ; 20 : 213-226.
- Bouhnik Y, Nahon S, Landi B. Diagnostic et traitement des saignements digestifs occultes. *Gastroentérologie clinique et biologique*. 2000 ; 24 : 317-23.

Mots clés

- Gériatrie
- Anémie
- Traitement martial
- Endoscopies digestives