

Item 297 – Orientation diagnostique devant une ANEMIE

POUR LA PRATIQUE ON RETIENDRA.....

Philippe ARLET

L'anémie est une anomalie biologique qui n'est pas exceptionnelle dans la pratique du médecin généraliste. Il est donc important que le praticien sache très bien raisonner à partir de sa prescription d'un hémogramme. En fait la prescription est dans la plupart des cas celle d'un hémogramme et d'une VS. En effet la réflexion diagnostique à partir d'une anémie nécessite de connaître les données de la lignée blanche, des plaquettes, et de la VS .

1)° APPRENDRE A SIMPLIFIER LES DONNEES DU LABORATOIRE :

L'anémie est définie comme une diminution de l'hémoglobine au-dessous de 13 g chez l'homme et de 12 g chez la femme. Le nombre de globules rouges, habituellement donné par le biologiste est inutile et pourrait donc être supprimé.

En fait le raisonnement diagnostique concernant une anémie ne nécessite en pratique que le taux d'hémoglobine et le volume globulaire (VGM, VMC). Si les autres paramètres peuvent être utiles pour le biologiste ou l'hématologue, pour le praticien il faudrait rendre un résultat plus clair ne comportant que :

- 1°) hémoglobine
- 2°) volume moyen globulaire
- 3°) plaquettes
- 4°) leucocytes
- 5°) anomalies de la formule leucocytaire
- 6°) VS à la première heure (la VS à la 2^e heure est souvent donnée mais ne sert à rien).

Avec ce bilan « dépouillé » mais réellement amplement suffisant pour le praticien généraliste, on peut entreprendre une démarche pragmatique vis-à-vis de cette anomalie.

Outre les 6 paramètres biologiques cités plus haut, il est évident que le contexte clinique comme toujours est un élément primordial pour le diagnostic étiologique ; ainsi l'hémorragie aiguë peut être responsable d'une anémie normocytaire, mais ce diagnostic est un diagnostic d'exception dans la démarche étiologique d'une anémie. En effet, il est rare qu'une hémorragie aiguë passe inaperçue.

2)° APPRENDRE A SIMPLIFIER LA DEMARCHE DIAGNOSTIQUE ETIOLOGIQUE :

A partir des 6 paramètres cités plus haut, et sous réserve que le contexte clinique ou les paramètres 3, 4, 5, 6 n'apportent pas une cause évidente, il est très utile de séparer les anémies en deux groupes :

- a) les anémies microcytaires
- b) les anémies normo ou macrocytaires.

- a) Les anémies microcytaires :** quand le VMC est franchement bas (65 à 75micron³), il s'agit dans plus de 95 % des cas d'une carence en fer. Les anémies par carence en fer sont les plus fréquentes des anémies. Le diagnostic de la carence en fer est facilité par le dosage de la ferritine. Une ferritine inférieure à 20 est toujours le reflet d'une carence en fer. En première intention, il n'est pas utile de faire d'autre dosage que celui de la ferritine dans cette situation. Reste ensuite à faire le diagnostic étiologique de cette carence (saignements chroniques en particulier gynécologique ou digestif, carence d'apport ou d'absorption...) (item 222).

La thalassémie ne représente pas vraiment un problème diagnostique. Elle est responsable le plus souvent d'une microcytose sans anémie). La ferritine est plutôt élevée dans cette hémoglobinopathie génétique.

b) Les anémies normocytaires et macrocytaires : ici le diagnostic peut-être difficile et le contexte clinique apporte souvent la clé du diagnostic. Le diagnostic peut venir aussi simplement de la biologie (paramètres 3, 4, 5, 6 de l'hémogramme + VS).

En effet, par exemple si la VS est à 100 et l'anémie modérée, il est hautement probable que l'anémie soit « inflammatoire », et le problème devient celui de l'étiologie de l'inflammation.

De même lorsqu'il existe des anomalies de la lignée blanche et/ou des plaquettes, on peut avoir un diagnostic sur le simple hémogramme de leucémie aiguë ou de syndrome myéloprolifératif par exemple.

Lorsque le contexte clinique et biologique n'est pas évident, la démarche biologique hématologique devient complexe. Il faut alors doser systématiquement les réticulocytes, l'haptoglobine, la LDH, la ferritine, la vitamine B12, les folates. Ainsi par la biologie on peut rapidement être orienté vers une hémolyse (anémie normo ou macrocytaire) :

- . réticulocytes > 200 000
- . haptoglobine abaissée
- . LDH élevées
- . ferritine élevée.

S'il n'y a pas d'hémolyse le diagnostic devient encore moins évident. Les réticulocytes sont alors bas. On est volontiers amené à faire une exploration de la moëlle (myélogramme et/ou biopsie de moëlle), et volontiers des endoscopies digestives. En effet une anémie qui résiste à la première analyse que nous verrons se développer est volontiers liée à une conjonction de facteurs dans le cadre d'une pathologie digestive inflammatoire ou néoplasique.

3° DEVANT UNE ANEMIE QUELLES QUE SOIENT LES CARACTERISTIQUES, NE PAS OUBLIER DE :

- a) se reposer sur l'analyse clinique
- b) faire certains examens biologiques simples : bandelette urinaire, créatininémie, TSH, enzymes hépatiques.
- c) tenir compte de certaines anomalies des globules rouges très spécifiques de certaines étiologies rares :
 - Skizocytes (hématies crénelées), très évocateur d'une hémolyse « mécanique » (valve de Starr mitrale, microangiopathie thrombotique).
 - Dacryocytes (hématies en forme de larmes) évocateur d'une myélofibrose.