

**Examens
utiles et inutiles
chez le patient anémié
Recommandations**

♂ 22ans ATCD :RAS

Visite d'embauche

GR 6,2M Hb 10,8g/dl VGM 68fl CCMH 32%

Diagnostic ?

Bêta Thalassémie mineure

Examens utiles ?

- Fer sérique
- Echographie abdominale
- Résistance globulaire
- Coombs direct
- Electrophorèse Hb
- Enquête familiale

♀ 65ans ATCD :RAS

Clinique :RAS en dehors paleur cutané muqueuse intense

GR 1,8M Hb 6,2g/dl VGM 76fl CCMH 28 %

GB 6800 Plq 300 10³

Diagnostic ?

Cancer Fer

Hémorragie occulte

?? Kc digestif gynécologique

Examens utiles ?

-Bilan inflammatoire

-Ferritinémie

-Electrophorèse Hb

-Fer sérique TIBC

MO

-FOGD

-Colonoscopie

-Gynécologie ++

♀ 46ans Polyarthrite Rhumatoïde évolutive
GR 3,2M Hb 10,2g/dl VGM 76fl CCMH 32%
GB 10300 Plq $380 \cdot 10^3$

Diagnostic ?

Anémie inflammatoire
Polyarthrite Rhumatoïde

Examens utiles ?

- Bilan inflammatoire

- Ferritinémie

- F O G D

- Echographie abdomino pelvienne

- Electrophorèse de l'Hb

♀ 28ans présente un LES Subictère–Splénomégalie

Hb 4,8g/dl VGMH 104fl CCMH 33%

GB 11000 Plq 422 10^3

réticulocytes 138 10^3

Diagnostic ?

anémie hémolytique acquise
LES

Examens utiles ?

- Electrophorèse Hb
- Bilan inflammatoire
- Coombs direct
- Endoscopie digestive
- Bilan immunologique

Cirrhotique 42ans obnubilé

TA 80/50mmHg Fc 120'

Hb 4,2g/dl VGM 106fl CCMH 34% GB 3200 Plq 132 10^3
réticulocytes 138 10^3

Diagnostic ?

Anémie post hémorragique / VO? /UGD?

Urgence thérapeutique ++

TS ++

Sonde blackmoore ++

Examens utiles ?

~~Coombs~~

~~Ferritinémie~~

- EFH

- PBO

♀ 38ans Hb 9,2g/dl

VGM 106 fl CCMH 32%

Arégénérative

Diagnostic?

anémie extra hématologique

IRC

insuffisance thyroïdienne

Cirrhose

Examens utiles ?

-Bilan rénal

-Bilan thyroïdien

-Bilan hépatique

-Bilan immunologique

-Dosage B12

-Bilan inflammatoire

♂ 55ans

Hb 8,8 g/dl VGM 88fl CCMH 33%

Cl créatinine 20ml/'

Diagnostic ?

Anémie au cours IRC

Déficit érythropoïétine

Examens utiles ?

-Coombs

-Bilan hépatique

-Bilan inflammatoire

-Echographie abdominale

-Ferritinémie

-MO

♂ 60ans ATCD :RAS

Hb 5,3g/dl VGM 120fl CCMH 33%

arégénérative

Diagnostic ?

Anémie carence F A P

B12 ou acide folique

Examens utiles ?

-Test acide folique

-Dosage vit B12

-Dosage Folates

-MO

-Test B12

-Schilling

♂ 48ans

G2 3,2 M Hb 10,2g/dl VGM 78fl CCMH 33%

Diagnostic ?

Anémie inflammatoire
Cause à déterminer

Examens utiles ?

- Ferritinémie
- Fer sérique+ TIBC
- Electrophorèse de l'hémoglobine
- Bilan inflammatoire
- Recherche cause

♀ 13ans Dysmorphie CF + RSP

Cas familiaux (+)

Hb 6g/dl

Diagnostic ?

B thalassémie homozygote

Examens utiles ?

-Bilirubine libre

-Endoscopie digestive

-Electrophorèse Hb

-Goombs D

-B12

♀ 28ans

ADP périphériques + HPM + SPM +t° 38.5

Hb 5,2g/dl GB 3000 Plaquettes 58 10³

Diagnostic ?

Leucémie aigue

Examens utiles ?

-Dosage B 12

-Ferritinémie

-MO/ PBO

-Test B12

♂ 52ans cirrhotique alcoolique

Hb 9,2 g/dl VGM 104fl CCMH 34%

GB 3600 Plaquettes 110 10³

Diagnostic ?

Anémie extra hématologique
cirrhotique

Examens utiles ?

-PBO

-Ferritinémie

-Bilan inflammatoire

-F O G D

-Test B12

-Echographie abdominale

- ♂ 54 ans instituteur diabétique depuis plusieurs années.
- **ATCD** : comas hypoglycémiques ou décompensations acidocétosiques malgré une surveillance obsessionnelle de ses dextro.
- **Consulte** très inquiet pour une asthénie ancienne et progressivement croissante.
- EG correct ,n'a pas maigri
- **Clinique** :aucun signe d'appel particulier hormis une discrète pâleur cutanéomuqueuse
- **NFS** GR 2.95 M Hb 8.7g/dl VGM 71 fl CCMH 30%
GB 7200 Plq 318 10³ Réticulocytes 0.4%

Décrire les anomalies biologiques

**Anémie franche microcytaire
hypochrome peu régénérative**

2- Quel est le mécanisme probable de cette anémie ?

Carence en fer vraisemblable

3- Quels sont les examens à demander ?

Dosage Ferritine 3 ng/ml
FOGD et coloscopie normales

4- Quel est votre diagnostic?

**Microsaignements quotidiens
par saignements excessifs de dextro**

**Attention
1ml de sang contient 0.5 mg Fer**

Recommendations

□ Le traitement systématique d'une anémie de cause inconnue par des transfusions sanguines est une faute diagnostique et thérapeutique.

□ La transfusion sanguine entreprise dans les situations d'urgence sera faite immédiatement après prélèvements qui seront conservés pour dosages ultérieurs.

□ La transfusion sanguine est indiquée dans les situations suivantes :

- Anémie aiguë post hémorragique
- Hyperhémolyse aiguë
- Anémies chroniques mal tolérées (Hb < 6g/dl)

- Une anémie microcytaire hypochrome impose en premier lieu la recherche d'une carence martiale

- L'objectif du traitement d'une anémie ferriprive ne se limite pas à la seule correction de l'anémie mais aussi à restaurer les réserves en fer et à traiter l'étiologie chaque fois que c'est possible.

- Une anémie ferriprive en dehors d'un contexte évident (apport – ménorragie) peut être en rapport avec une hémorragie occulte, et doit faire rechercher une néoplasie (gynécologique- digestive).

- Le diagnostic de β thalassémie mineure est évoqué devant une anémie modérée franchement microcytaire (VGM < 70fl) et pseudoglobulie et impose une enquête familiale et / ou conseil génétique.

- La confirmation du diagnostic de β thalassémie mineure nécessite au préalable la correction d'une carence en fer associée.

- Une anémie sévère (Hb < 8g / dl)
accompagnant un syndrome
inflammatoire biologique franc doit
faire rechercher une carence
associée : fer et / ou B12 – Folates.

- Une anémie franchement macrocytaire VGM >110 fl doit faire évoquer une carence en facteurs antipernicieux B12 – Folates.

□ Une anémie franchement macrocytaire associée à des signes neurologiques oriente vers une carence en vitamine B12.

- La prescription systématique d'acide folique devant une anémie fortement macrocytaire risque de retarder le diagnostic d'une éventuelle carence en vitamine B12 et aggraver ou rendre irréversibles des lésions neurologiques fréquemment associées.

□ Une anémie sévère normocytaire ou modérément macrocytaire associée à une leucopénie et / ou thrombopénie fera évoquer une atteinte centrale :

 Carence en FAP

 Atteinte des cellules souches

 Infiltration de la MO par des cellules anormales.

□ Une anémie macrocytaire régénérative relève de 02 mécanismes principaux :

👉 Hémorragie aiguë abondante.

👉 Hyperhémolyse.

□ L'apparition d'une anémie aiguë avec tendance au collapsus et émission d'urines rouge Porto oriente vers le diagnostic d'hémolyse aiguë en rapport avec une hémolyse intra vasculaire.

□ Le diagnostic évoqué devant une triade clinico biologique d'hémolyse associée à des dysmorphies cranio faciales et / ou RSP est celui

- d'AHC
- d'hémoglobinopathie
- de thalassémie homozygote - drépanocytose homozygote