

Vignette clinique « Le patient pâle »

# L'anémie physiologique du vieillissement n'existe pas

**Un patient de 87 ans consulte son médecin de famille en se plaignant d'une faiblesse générale avec fatigue et dyspnée à l'effort. Une pâleur et une légère tachycardie sont perceptibles. Une anémie ferriprive hypochrome marquée (Hb 8,7 g, ferritine 18 ng/ml) est constatée au laboratoire.**

Le diagnostic différentiel de l'anémie est un défi quotidien pour le médecin de famille. Toute anémie, même chez les patients âgés, a une importance clinique et nécessite donc une clarification minutieuse. Plus de 40% des cas sont des cas d'anémie ferriprive. D'autres causes comme une carence en vitamine B12 ou en acide folique, une insuffisance rénale ou une maladie de la moelle osseuse sont beaucoup plus rares.

## La carence en fer est la cause la plus fréquente

L'anémie microcytaire hypochrome est typique d'une carence en fer. Pour confirmer le diagnostic présumé d'anémie ferriprive, la ferritine doit toujours être déterminée en même temps que la CRP. Lorsque la CRP est normale, une valeur de ferritine inférieure à 30 ng/ml est une indication claire de l'anémie ferriprive. Si la CRP est augmentée, pendant les processus inflammatoires, la ferritine augmente également en tant que paramètre inflammatoire, de sorte qu'une valeur de ferritine jusqu'à 100 ng/ml doit être considérée comme l'expression d'une carence en fer.

En cas de carence en fer, une cause doit toujours être recherchée, avec la recherche d'une source de saignement au premier plan. L'anémie ferriprive peut être causée par un apport en fer insuffisant en cas de malnutrition, une perte de fer, par exemple en cas de malignité hémorragique, ou une absorption insuffisante, par exemple en cas de malabsorption dans le cadre d'une carotte. Les saignements gynécologiques sont plus fréquents chez les femmes, en particulier chez les jeunes et les personnes d'âge moyen. Autrement, les maladies du tractus gastro-intestinal qui sont associées à la perte chronique de sang, comme le carcinome colorectal, sont en premier lieu. Par conséquent, si une cause gynécologique est hors de question, une endoscopie du tractus gastro-intestinal supérieur et du gros intestin doit toujours être effectuée.

## Maladies chroniques

Une forme courante d'anémie chez les patients âgés, en plus de l'anémie ferriprive (IDA, Iron Deficiency Anemia), est l'anémie dans les maladies chroniques ou les inflammations (ACD, Anemia of Chronic Diseases). De plus, l'anémie qui ne peut pas (encore) être expliquée (UEA, Unexplained Anemia), peut être un signe précoce du syndrome myélodysplasique. Chacune de ces formes d'anémie représente environ un tiers des patients âgés. La pathogenèse du ACD est complexe. Les maladies chroniques, en particulier les processus inflammatoires chroniques, mais aussi l'insuffisance

rénale chronique conduisent à une formation accrue d'un peptide dans le foie, appelé hepcidine. Ce peptide joue un rôle important dans la régulation du métabolisme du fer, car l'augmentation de la synthèse de l'hepcidine inhibe l'absorption du fer dans l'intestin grêle, de sorte que la carence en fer se produit malgré un apport suffisant en fer. Cela explique aussi pourquoi la substitution orale du fer peut être inefficace dans de tels processus inflammatoires. Cette forme d'anémie se retrouve principalement dans les tumeurs et les maladies rhumatismales inflammatoires. Les autres facteurs impliqués dans l'anémie rénale comprennent la perte de sang, l'hémolyse pendant la dialyse et l'absence d'érythropoïétine.

## Importance limitée de la ferritine

Habituellement, la ferritine est utilisée pour détecter ou exclure les carences en fer. Mais attention à l'interprétation de la ferritine chez les patients gériatriques. La valeur est déjà augmentée en termes de physiologie de l'âge et seuls quelques laboratoires ajustent les valeurs limites à l'âge. Ainsi, des valeurs normales ou même plus élevées de ferritine peuvent également être déterminées avec IDA. Par conséquent, la détermination de la saturation de la transferrine et des récepteurs solubles de la transferrine est également recommandée pour les patients âgés, d'autant plus que cela permet également de séparer l'IDA de l'ACD. Par exemple, la saturation en transferrine est réduite dans l'IDA, normale dans l'ACD et les récepteurs solubles de transferrine sont augmentés dans l'IDA et normaux ou seulement légèrement augmentés dans l'ACD.

## Qu'est-ce qu'il y a d'autre ?

L'une des anémies les plus rares est l'anémie macrocytaire ou mégalo-blastique hyperchrome par carence en vitamine B12 ou en acide folique. La vitamine B12 est absorbée dans l'iléon. Cela nécessite le facteur intrinsèque formé dans l'estomac. L'anémie perniciose est généralement la conséquence d'un manque de facteur intrinsèque dans la gastrite atrophique. Néanmoins, une iléite comme la maladie de Crohn ou la tuberculose intestinale et également un status post résection de l'iléon peuvent conduire à une carence en vitamine B12 et donc à une anémie macrocytaire. Dans ce tableau clinique, une leucopénie, un ictère léger et une perturbation du système nerveux périphérique avec ataxie, paralysie et paresthésie, également connue sous le nom de myélose funiculaire, sont généralement présentes. En laboratoire, les réticulocytes et la LDH sont fortement augmentés.

L'anémie hémolytique est également rare. Habituellement, elle est retrouvée lors de troubles congénitaux de la membrane érythrocytaire ou de l'hémoglobine. La thalassémie mineure est le trouble congénital bénin le plus courant et est causé par une hémoglobine altérée réduisant le temps de survie des érythrocytes. Cette maladie doit être envisagée en particulier chez les patients issus de l'im-

migration. L'anémie causée peut surprendre le praticien car il s'agit d'une « anémie ferriprive sans carence en fer », c'est-à-dire qu'on trouve une anémie microcytaire hypochrome ferriréfractaire. Une hémolyse peut également se produire lorsque des corps étrangers, comme une valve cardiaque mécanique, sont implantés dans la circulation sanguine, ou comme complication d'un lymphome, en particulier la CLL, où les auto-anticorps en sont la cause.

Si la moelle osseuse n'est plus en mesure de produire suffisamment de globules rouges, on parle d'anémie hypoproliférative ou arégénérative. Il s'agit notamment de la très rare anémie aplasique et des maladies malignes qui déplacent et compriment la moelle osseuse, comme le myélome multiple, la leucémie, le lymphome, la myélodysplasie ou les métastases osseuses. Dans l'ostéomyéloblastose, la moelle osseuse hématopoïétique est comprimée par le tissu conjonctif. Dans ces maladies, la leucopénie et la thrombocytopénie sont également courantes.

### Casuistique

#### Que s'est-il passé ensuite ?

La coloscopie a révélé une tumeur étendue dans la région de la courbure du côlon droit. Une métastase à distance a été écartée. Une hémicolectomie droite a été réalisée sans complications.

### Conclusion pour la pratique

- ▶ Chaque anémie nécessite une clarification de sa cause.
- ▶ L'anémie ferriprive à la suite de saignements chroniques est la plus fréquente.
- ▶ La détection de la carence en fer nécessite également le dosage de la ferritine et de la CRP.
- ▶ Une maladie chronique ou inflammatoire (insuffisance rénale chronique, maladie rhumatismale, tumeurs) est une cause courante d'anémie chez les patients âgés.
- ▶ Une carence en vitamine B12 ou en acide folique entraîne une anémie macrocytaire (mégalo-blastique) hyperchrome.
- ▶ La cause de cette carence est généralement un manque de facteur intrinsèque dans la gastrite atrophique.
- ▶ L'anémie hémolytique est rare, mais les migrants devraient toujours faire penser à la thalassémie mineure conduisant à une anémie microcytaire hypochrome et réfractaire au fer.
- ▶ L'anémie arégénérative (hypoproliférative) se produit lorsque la moelle osseuse est déplacée et comprimée par des cellules malignes ou du tissu conjonctif.

▼ Dr Peter Stiefelhagen