

ANOMALIES DE L'HÉMOGRAMME

SOMMAIRE

Hémogramme : indications et interprétation	14
Anémie	21
Anémie inflammatoire	26
Anémie par carence martiale	28
Anémies macrocytaires carentielles (Carence en B ₉ , carence en B ₁₂)	33
Anémies hémolytiques	38
– Généralités	38
– Anémies hémolytiques corpusculaires par anomalie de la membrane (HPN, Minkowski-Chauffard)	40
– Anémies hémolytiques corpusculaires par anomalie enzymatique	43
– Anémies hémolytiques corpusculaires par anomalie de l'hémoglobine (Drépanocytose, thalassémie)	45
– Anémies hémolytiques extracorporelles immunologiques	52
– Anémies hémolytiques extracorporelles non immunologiques	56
Polyglobulie	59
Thrombopénie	62
Purpura thrombopénique idiopathique	67
Agranulocytose médicamenteuse	70
Aplasie médullaire	72
Syndrome mononucléosique	74
Hyperéosinophilie	76

Hémogramme : indications et interprétation

(Argumenter les principales indications de l'hémogramme, discuter l'interprétation des résultats et justifier la démarche diagnostique si nécessaire)


ODD-316

INDICATIONS

1. En cas de signe d'appel

- Syndrome anémique.
- Syndrome hémorragique.
- Syndrome infectieux (infection sévère, fièvre prolongée, résistance aux antibiotiques, post-chimiothérapie, traitement potentiellement neutropéniant).
- Syndrome tumoral (hépatosplénomégalie, adénopathies).
- Signes d'hyperviscosité sanguine.

2. À titre de dépistage

- Recommandé au 6^e mois de grossesse.

3. En préopératoire

- À titre de bilan en cas de point d'appel clinique (voir 1.), de cancer ou d'insuffisance rénale.
- À titre de référence en cas d'intervention hémorragique.
- À titre de dépistage chez l'enfant de moins de 1 an, le sujet âgé, la femme enceinte et les immigrants de pays en voie de développement.

INTERPRÉTATION

1. Anémie : cf. ODD-297

2. Polyglobulie : cf. M10 165-1 et 165-2

3. Thrombocytose

- Thrombocytose secondaire :
 - Carence martiale,
 - Syndrome inflammatoire et infections,
 - Splénectomie (thrombocytose transitoire de quelques semaines) ou asplénie,
- Thrombocytose primitive (associée à un syndrome myéloprolifératif) :
 - Thrombocytémie essentielle (voir encadré),

- Leucémie myéloïde chronique (poly-nucléose neutrophile, basophilie et hyperéosinophilie fréquemment associées),
- Maladie de Vaquez (polyglobulie associée),
- Splénomégalie myéloïde (dacryocytes au frottis sanguin, érythroblastose circulante).

4. Thrombopénie : cf. ODD 335-1 et 335-2

5. Polynucléose neutrophile

- Éliminer une situation physiologique :
 - Grossesse,
 - Nouveau-né,
 - Stress intense.
- Éliminer une origine iatrogène ou toxique :
 - Corticoïdes,
 - Facteurs de croissances (G-CSF),
 - Lithium,
 - Tabac,
 - Intoxication alcoolique aiguë.
- Chercher une étiologie associée :
 - Syndrome inflammatoire, infections et maladies systémiques (PR, PAN...),
 - Tumeurs solides,
 - Infarctus du myocarde,
 - Hémolyse (par entraînement médullaire).
- Chercher un syndrome myéloprolifératif :
 - Leucémie myéloïde chronique en priorité (thrombocytose, basophilie et hyperéosinophilie fréquemment associées),
 - Thrombocytémie essentielle (voir encadré),
 - Maladie de Vaquez (polyglobulie associée),
 - Splénomégalie myéloïde (dacryocytes au frottis sanguin, érythroblastose circulante).

6. Neutropénie

- Éliminer une situation physiologique :
 - parfois dans la population noire par margination excessive des neutrophiles (mais PNN > 1 G/L).
- Éliminer une origine iatrogène ou toxique : tout traitement est considéré comme potentiellement responsable jusqu'à preuve du contraire voir agranulocytose médicamenteuse (cf. M10-143-1).
- Chercher une étiologie associée :
 - Infection notamment virale (mais aussi bactérienne ou parasitaire),
 - Hypersplénisme (neutropénie associée à une thrombopénie modérée le plus souvent dans le cadre d'une cirrhose),
 - Maladie auto-immune (LED, Sjögren).
- Chercher une insuffisance médullaire par :
 - Envahissement médullaire (lymphome, leucémie aiguë, métastases d'une tumeur solide),
 - Carence vitaminique (B₉, B₁₂),
 - Myélodysplasie.
- Chercher une forme congénitale chez l'enfant :
 - Maladie de Kostman,
 - Syndrome de Wiskott-Aldrich,
 - Maladie de Fanconi...

7. Hyperlymphocytose

Avec ou sans syndrome mononucléosique (cf. ODD-334)

→ attention aux blastes de LAL qui sont parfois pris pour des lymphocytes par les automates.

- Chercher une infection :
 - Virale (EBV, CMV, VIH, hépatites),
 - Bactérienne (syphilis, brucellose, coqueluche),
 - Parasitaire (toxoplasmose).
- Chercher un syndrome lymphoprolifératif :
 - Leucémie lymphoïde chronique (M10-163-1),

- Lymphomes,
- Maladie de Waldenström.

NB : l'immunophénotypage sur sang est essentiel pour orienter le diagnostic chez l'adulte (en orientant ou non vers un syndrome lymphoprolifératif).

- Tabac (diagnostic d'élimination)

8. Lymphopénie

- Chercher une étiologie infectieuse :
 - VIH +++,
 - Autres infections virales (notamment chez l'enfant).
- Chercher une maladie systémique :
 - LEAD,
 - Sarcoïdose.
- Chercher une étiologie congénitale chez l'enfant :
 - Déficits immuns combinés sévères,
 - Syndrome de Di-George (agénésie thymique),
 - Ataxie-télangiectasie.
- Autres :
 - insuffisance rénale chronique,
 - traitements immunosuppresseurs (corticoïdes, chimiothérapie),
 - idiopathique.

9. Hyperéosinophilie : cf. ODD-311

10. Monocytose

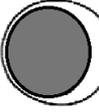
Penser aux infections (tuberculose, brucellose), à la sarcoïdose, à la leucémie myélomonocytaire chronique et aux LAM 4 et 5.

11. Hyperbasophilie

Elle est systématiquement associée à d'autres anomalies et doit faire rechercher une LMC.

12. Autres

La baisse des basophiles et éosinophiles n'implique pas d'exploration complémentaire (on peut rencontrer une absence complète de monocytes dans les leucémies à tricholeucocytes).

Cellules	Image	Durée de vie	Fonction
PN neutrophiles		Quelques heures dans le sang puis quelques jours dans les tissus	<ul style="list-style-type: none"> • Phagocytose • Bactéricidie
PN éosinophiles		Quelques heures dans le sang puis quelques jours dans les tissus	<ul style="list-style-type: none"> • Réponse allergique • Destruction des parasites (helminthes)
PN basophiles		Quelques jours dans le sang puis plusieurs semaines dans les tissus sous forme de mastocytes	<ul style="list-style-type: none"> • Réactions d'hypersensibilité (récepteurs aux IgE) : rhinite, asthme, anaphylaxie
Monocytes		Quelques jours dans le sang puis plusieurs mois dans les tissus sous forme de macrophages	<ul style="list-style-type: none"> • Phagocytose • Bactéricidie et destruction des agents intracellulaires (listeria monocytogenes, mycobactéries, levures) • Présentation antigénique aux lymphocytes T
Lymphocytes		Variable	<p>Réponse immunitaire spécifique :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lymphocytes B : immunité humorale (Ac) • Lymphocytes T : immunité cellulaire • Cellules NK : immunité innée (cytotoxicité)
GR		120 jours	<ul style="list-style-type: none"> • Transport de l'O₂ par l'intermédiaire de l'Hb
Plaquettes		10 jours	<ul style="list-style-type: none"> • Hémostase primaire et coagulation

PN : polynucléaire, GR : globule rouge, NK : natural killer

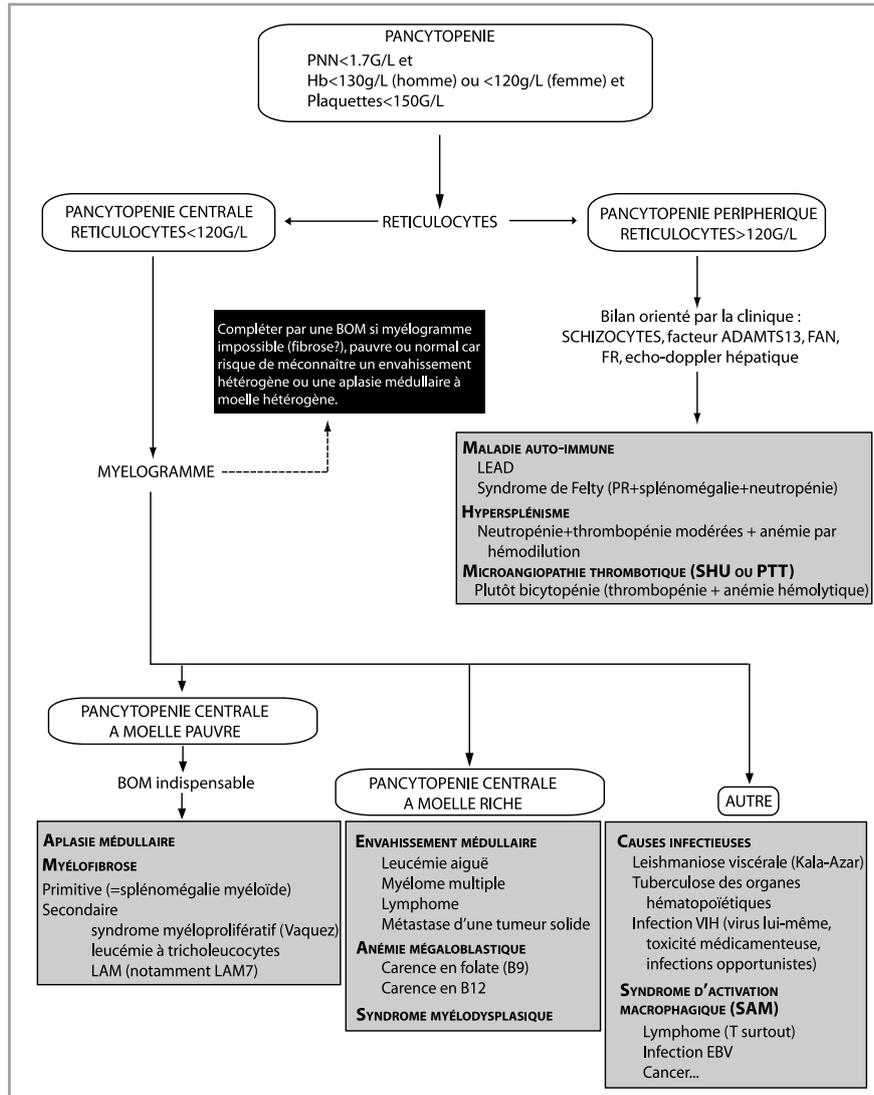
Principales caractéristiques des cellules sanguines

VARIATIONS PHYSIOLOGIQUES			
	Lignée érythrocytaire	Lignée leucocytaire	Lignée plaquettaire
Âge	Hb > 140 g/L chez nouveau-né, Hb > 110 g/L à 5 ans, Chiffres de l'adulte à partir de la puberté	PNN > 10 G/L avant 1 an, ↑ des lymphocytes vers 5 ans, ↓ des PNN vers 5 ans.	
Sexe	Hb > chez l'homme après la puberté		
Ethnie	Hb un peu plus basse dans la population noire	Neutropénie (mais reste > 1 G/L) par margination chez la population noire sans conséquence	
Grossesse	↓ Hb par hémodilution (mais reste > 110 g/L)	↑ des PNN notamment au 3 ^e trimestre	Diminution modérée
Tabac		↑ des PNN, ↑ des lymphocytes	
Alcool	↑ du VGM (macrocytose)		
Effort ou stress intense		↑ des PNN transitoire (démargination)	
Altitude	↑ Hb et Ht (polyglobulie secondaire)		

HÉMOGRAMME NORMAL (en gras les valeurs à connaître) (1 G/L = 10 ⁹ /l = 1 000/mm ³)		
Lignée érythrocytaire		
	Homme	Femme
Globules rouges	4,5-6,2 T/l	4,0-5,5 T/l
Hémoglobine	130-180 g/L	120-160 g/L
VGM	80-100 fL	
CCMH	320-360 g/L	
TCMH	28-32 pg	
Hématocrite	40- 54 %	35- 47 %
Réticulocytes	25- 120 G/L	
Lignée leucocytaire		
Leucocytes	4-10 G/L	
Neutrophiles	1,7-7 G/L	
Éosinophiles	< 0,5 G/L	
Basophiles	< 0,05 G/L	
Monocytes	0,1-1 G/L	
Lymphocytes	1,4-4 G/L	
Lignée plaquettaire		
Plaquettes	150-450 G/L	

Principales étiologies devant des anomalies de l'hémogramme		
Cellules (valeurs normales en G/L)	↑	↓
GR (Hb, Ht)	<ul style="list-style-type: none"> • Fausse polyglobulie • Polyglobulie primitive (Vaquez) • Polyglobulie secondaire (Cf. Chapitre «Polyglobulie») 	Cf. Chapitre «Anémie» <ul style="list-style-type: none"> • Fausse anémie (hémodilution) • Etiologies selon le type (micro-, normo- ou macrocytaire)
PN neutrophiles (1,7-7)	<ul style="list-style-type: none"> • Grossesse, nouveau-né • Effort intense (démargination) • Hémolyse (par entraînement médullaire) • Médicaments (corticoïde, G-CSF, lithium) • Infections (bactérienne+++) • Inflammation • Nécroses tissulaires (infarctus, pancréatite) • Tumeurs solides (paranéoplasique) • Hémopathies malignes: SMP chroniques (LMC+++) • Asplénisme • Tabac (diagnostic d'élimination) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ethnique (>1G/l, excès de margination) • Médicaments (agranulocytose) • Hémopathies (MDS, LGL,...) • Infections (virale, bactérienne) • Auto-immunes (LED, Sjogren) • Congénitales (enfant) • Hypersplénisme
PN éosinophiles (N<0,5)	<ul style="list-style-type: none"> • Allergies (atopie, médicaments) • Parasitoses (helminthiases) • Maladies systémiques (PAN) • Cancers et hémopathies malignes • Sd hyperéosinophile idiopathique 	X
PN basophiles (N<0,05)	<ul style="list-style-type: none"> • LMC 	X
Monocytes (0,1-1)	<ul style="list-style-type: none"> • Primitive (chronique) = hémopathie maligne: <ul style="list-style-type: none"> – LMMC+++ – LAM • Réactionnelle (transitoire) : <ul style="list-style-type: none"> – Infection (bactérienne, parasitaire) – Cancer – Inflammation – Nécrose tissulaire – Régénération d'une aplasie médullaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Leucémie à tricholeucocytes
Lymphocytes (1,4-4)	<ul style="list-style-type: none"> • Infections virales, coqueluche (enfant) • Hémopathies lymphoïdes (LLC+++) (adulte) • Tabac (diagnostic d'élimination) 	<ul style="list-style-type: none"> • Infections : virus (VIH+++) ou bactérie • Maladies systémiques : LED, sarcoïdose • Traitements immunosuppresseurs (corticoïdes, chimiothérapie) • Insuffisance rénale chronique • Déficits immunitaires congénitaux (enfant) • Idiopathique

<p>Plaquettes (150-450)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Primitives : SMP chronique (TE+++) • Secondaires : <ul style="list-style-type: none"> – Carence martiale – Inflammation – Asplénisme 	<p>Cf. Chapitre « Thrombopénie »</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fausse thrombopénie (EDTA) • Étiologies centrales vs périphériques
<p>Myélémie (myéloblastes + promyélocytes + myélocytes + métamyélocytes <2%)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Primitive : <ul style="list-style-type: none"> – SMP chronique (LMC+++ , SMG myéloïde → érythromyélie, ...) – LMMC – LAM • Réactionnelle : <ul style="list-style-type: none"> – Infection sévère – Sd inflammatoire (cancer, MAI, nécrose tissulaire) – Régénération médullaire (sortie d'aplasie, G-CSF, hémolyse) – Envahissement médullaire (MDS, leucémie, lymphome, métastase) 	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; text-align: center; font-size: 2em;">X</div>



Orientation diagnostique devant une pancytopenie (anémie + thrombopénie + neutropénie)

