

Dossier 1

Un manque de globules

Faculté	Paris V – René Descartes
Nom et prénom du rédacteur	RABIAN Florence
Nom et prénom du relecteur	BERNARD Sophie, TALBOT Alexis

Énoncé

Mme C., 55 ans, consulte aux Urgences de l'hôpital à côté de chez elle adressée par son nouveau médecin traitant inquiet devant les résultats du bilan biologique qu'il lui a fait faire en ville. La numération formule sanguine que vous tend la patiente montre : Hb = 8,3 g/dl, VGM = 108, GB = 5 300/mm³, PNN = 1630/mm³, lymphocytes = 2 700/mm³, éosinophiles = 133/mm³, basophiles = 0/mm³, monocytes = 737/mm³.

1 Quelles sont les populations anormales sur cette NFS ?

- a. Réticulocytes
- b. Les globules rouges
- c. Les PNN
- d. Les monocytes
- e. Les basophiles

2 Quel dosage demandez-vous en première intention pour vous orienter vers une étiologie :

- a. CRP
- b. Bilan martial
- c. Réticulocytes
- d. LDH
- e. TCMH

Les réticulocytes sont à 43 000/mm³, la CCMH à 32 g/l et la TCMH à 30 pg.

3 Caractérissez cette anémie :

- a. Régénérative
- b. Normocytaire et hypochrome
- c. Arégénérative
- d. Microcytaire et hypochrome
- e. Macrocytaire et normochrome

4 Quels examens demandez-vous pour compléter le bilan dans un premier temps ?

- a. Myélogramme
- b. Frottis sanguin (3)
- c. Dosage vitaminique (2)
- d. Electrophorèse de l'hémoglobine
- e. TSH (2)

L'interrogatoire de la patiente révèle l'installation progressive d'une sécheresse buccale et plus récemment de paresthésies des membres inférieurs. Votre examen outre une pâleur et une tachycardie régulière à l'auscultation révèle une langue rouge et dépapillée.

5 Quel diagnostic évoquez-vous en première intention devant ce tableau clinico-biologique ?

- a. Carence en folates
- b. Carence martiale
- c. Carence en B12
- d. Syndrome de Goujerot Sjogren
- e. Sclérose en plaques

6 Votre externe vient vous voir catastrophé après avoir récupéré le bilan biochimique qui retrouve de LDH à 2 300. Prescrivez-vous d'autres examens complémentaires devant cette nouvelle donnée :

- a. Oui, un test de Coombs direct
- b. Oui, une uricémie
- c. Oui, un contrôle des réticulocytes
- d. Oui, un bilan hépatique
- e. Non, cela ne remet pas en cause votre diagnostic

La patiente est très essoufflée, fatiguée et décrit des palpitations qui entretiennent son angoisse ce pourquoi vous décidez de transfuser la patiente de 2 cg dès ce soir. Vous recevez le lendemain les résultats du bilan complémentaire que vous aviez demandé et qui a été prélevé le matin même : Hb = 9,8 g/dl, VGM = 110, réticulocytes = 37 000/mm³, GB = 5 700/mm³, PNN = 1 590/mm³, lymphocytes = 2 700/mm³, éosinophiles = 110/mm³, basophiles = 0/mm³, monocytes = 600/mm³. Urée : 5,6 mm, créat 65 uM, ASAT : 34 UI, ALAT : 43 UI, Pal : 39 UI, GGT : 49 UI, bilirubine totale : 16, LDH 2 760 UI. Vitamine B12 normale. Vitamine N9 : normale.

7 Cela remet-il en cause votre diagnostic ?

- a. Oui car la vitamine B12 est normale
- b. Il s'agit peut-être plutôt d'une carence en folates car ils sont à la limite de la normale
- c. Non, la carence en B12 ne peut être écartée sur ce résultat (5)
- d. Non mais il s'agit probablement d'une carence mixte
- e. Il faudrait compléter le dosage par celui de la B12 intra-érythrocytaire

8 Quels examens demandez-vous pour confirmer le diagnostic de maladie de Biermer ?

- a. Anticorps anti facteurs intrinsèques
- b. IgA anti transglutaminase
- c. Anticorps anti endomysium
- d. Anticorps anti cellules pariétales de l'estomac
- e. Breath test à la recherche d'hélicobacter pylori

9 Quels sont les traitements possibles :

- a. Hydroxocobalamine : 1 000 microg/jour par voie IM pendant 3 mois puis 1 x/mois à vie
- b. Hydroxocobalamine : 1 000 microg/jour par voie IM pendant 3 mois puis 1 x/sem à vie
- c. Hydroxocobalamine : 1 000 microg/jour par voie IM pendant 3 mois puis 1 x/mois pendant 6 mois
- d. Hydroxocobalamine : 1 000 microg/jour *per os* à vie
- e. Hydroxocobalamine : 1 000 microg/jour *per os* pendant 3 mois puis 1 x/mois à vie

10 Quels sont les paramètres biologiques précoces que vous pouvez suivre pour juger de l'efficacité de votre traitement :

- a. Les LDH
- b. Les réticulocytes
- c. L'hémoglobine
- d. Les folates
- e. La vitamine B12

11 Quels examens prescrivez-vous régulièrement dans le cadre du suivi de la maladie :

- a. Les réticulocytes
- b. L'hémoglobine
- c. La vitamine B12
- d. Une FOGD
- e. Un dosage des Ac anti facteur intrinsèques

Vous revoyez la patiente 15 ans plus tard. Elle décrit un amaigrissement de 4 kg en 1 mois et une dysphagie aux solides.

12 Que craignez-vous ?

- a. Une rechute de la maladie de Biermer
- b. Un ADK gastrique (7)
- c. Un carcinome épidermoïde gastrique
- d. Un lymphome de type MALT
- e. Un diabète débutant

13 Quels examens prescrivez-vous avant d'envisager tout traitement ?

- a. ETT (2)
- b. TDM TAP (2)
- c. FOGD avec biopsies étagées (2)
- d. Coloscopie avec biopsies
- e. Recherche d'helicobacter pylori (2)

L'Albumine de la patiente est à 25 g/l alors qu'elle était normale il y a 3 mois.

14 Quelle est votre prise en charge ?

- a. Bilan hépatique complet
- b. Mise en place d'une nutrition parentérale
- c. Mise en place de compléments nutritionnels oraux
- d. BU, protéinurie sur échantillon
- e. Dosage de la pré-albumine

15 jours après le début de la nutrition parentérale, alors que vous vouliez débiter le traitement de chimiothérapie, vous vous apercevez que le bilan hépatique du patient s'aggrave depuis 72 heures : ASAT = 98 UI, ALAT = 88 UI, Pal = 109 UI, GGT = 113 UI, bilirubine totale normale.

15 Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ?

- a. Toxicité de la chimiothérapie
- b. Métastases (2)
- c. Perturbations liées à la nutrition parentérale (2)
- d. Infection virale (2)
- e. Foie cardiaque (2)

■ Question 1 (4 points)**Réponses EXACTES : B, C**

Commentaires Anémie car Hb < 12 g/dl et neutropénie car PNN < 1700/mm³.

■ Question 2 (7 points)**Réponse EXACTE : C**

Commentaires Réticulocytes afin de savoir s'il faut chercher dans les causes d'anémie régénératives ou arégénératives.

■ Question 3 (7 points)**Réponses EXACTES : C, E**

Commentaires C : car réticulocytes < 150 000/mm³. E : car VGM > 100 fl et normochrome car CCMH entre 30 et 35 g/l.

■ Question 4 (7 points)**Réponses EXACTES : B, C, E**

Commentaires B : Le frottis sanguin peut permettre une orientation étiologique : signes de dysplasie, signes de carence.

C : Le dosage vitaminique : carences en B12 et folates sont des causes très fréquentes d'anémie macrocytaires arégénératives.

E : La TSH doit être recherché de principe même si donne plutôt des anémies normocytaires arégénératives.

Le myélogramme pourra être demandé dans un deuxième temps pour confirmer une anémie mégaloblastique ou rechercher des signes de dysplasie.

■ Question 5 (7 points)**Réponse EXACTE : C**

Commentaires Symptômes évoquant une maladie de Biermer.

■ Question 6 (7 points)**Réponse EXACTE : E**

Commentaires La carence en B12 est responsable d'un avortement intramédullaire dont les LDH parfois très élevés sont le reflet.

■ Question 7 (5 points)**Réponse EXACTE : C**

Commentaires Car le bilan a été fait en post-transfusionnel.

■ Question 8 (7 points)**Réponses EXACTES : A, D**

Commentaires La recherche d'IgA anti transglutaminase et anti endomysium se fait pour la recherche de maladie cœliaque.

■ Question 9 (6 points)**Réponses EXACTES : A, E**

Commentaires Attention, l'administration isolée de folates à un patient porteur d'une carence en B12 peut aggraver les symptômes neurologiques et entraîner des séquelles neurologiques.

■ **Question 10 (6 points)**

Réponses EXACTES : A, B

Commentaires Normalisation des LDH en 24-48 heures, crise réticulocytaire vers J5-J8. Normalisation progressive de l'hémoglobine et du VGM en parallèle.

■ **Question 11 (7 points)**

Réponses EXACTES : B, D

Commentaires Risque de cancer gastrique augmenté chez les patients suivis pour maladie de Biermer. Nécessité de FOGD tous les 3 ans en l'absence de lésions initiales.

■ **Question 12 (7 points)**

Réponse EXACTE : B

Commentaires Risque de cancer gastrique augmenté chez les patients suivis pour maladie de Biermer.

■ **Question 13 (8 points)**

Réponses EXACTES : A, B, C, E

Commentaires Il faut effectuer le bilan d'extension et le bilan pré thérapeutique.

■ **Question 14 (7 points)**

Réponses EXACTES : A, B, D, E

Commentaires A, D : afin de ne pas méconnaître une autre cause d'hypoalbuminémie.

E : pour évaluer l'état nutritionnel récent et avoir un marqueur de suivi précoce de l'état nutritionnel.

B : car dénutrition très sévère.

■ **Question 15 (8 points)**

Réponses EXACTES : B, C, D, E

Commentaires La chimiothérapie n'a pas encore été débutée !

ITEMS TRAITÉS

N° 208 Hémogramme chez l'enfant et l'adulte : indications et interprétation

N° 209 Anémie chez l'adulte et l'enfant

N° 287 Épidémiologie, facteurs de risque, prévention et dépistage des cancers

N° 288 Cancer : cancérogenèse, oncogénèse

N° 290 Le médecin préleveur de tissus et/ou de cellules pour les examens de cytologie et anatomie

N° 300 Tumeur de l'estomac

RECOMMANDATIONS ET CONFÉRENCE DE CONSENSUS

Bases physiopathologiques en hématologie – Aide mémoire d'hématologie 2015 – Site internet de la SFH (Société Française d'Hématologie) – Rubrique Référentiel

ALD30 – Cancer de l'estomac – HAS

Faculté	Paris VII – Paris Diderot
Nom et prénom du rédacteur	TALBOT Alexis
Nom et prénom du relecteur	RABIAN Florence, BERNARD Sophie

Énoncé

Une patiente de 20 ans vous est adressée en consultation spécialisée par son médecin traitant pour une thrombopénie. Elle n'a pas d'antécédent hormis une appendicectomie il y a quelques années sans complication. Elle est en bon état général et ne prend pas de traitement en dehors d'une contraception orale. Elle est étudiante en droit et pratique l'équitation. D'après votre interprétation, la NFS ne retrouve qu'une thrombopénie isolée à 15 000/mm³. Il n'y a pas de trouble de l'hémostase et le frottis sanguin ainsi que la fonction rénale sont normaux. Vous prenez en photo les anomalies que vous observez à l'examen clinique, le reste de l'examen est normal.

 Voir photos dossier, p. XXX et p. XXIII



1 Que faites-vous en première intention devant cette thrombopénie isolée ? (7 points)

- Un myélogramme
- Une corticothérapie
- Une splénectomie
- Une transfusion plaquettaire
- Un transfert en réanimation pour suspicion de LAM 3

2 Vous avez débuté une corticothérapie mais votre senior vous demande de réaliser un médullogramme pour cette patiente. Quelles sont les indications à réaliser cet examen dans le cadre d'un PTI ? (7 points)

- Chez les patients de moins de 30 ans
- Chez les patients de plus de 60 ans
- En cas d'anémie associée
- En cas de saignement majeur
- En l'absence de réponse au traitement

3 Comment complétez-vous le bilan de cette thrombopénie isolée ? (7 points)

- Par des sérologies VIH, VHB et VHC
- Par une électrophorèse de l'hémoglobine
- Par un dosage des anticorps anti-nucléaires
- Par une ponction lombaire : recherche de méningite à méningocoque
- Par une sérologie de la syphilis

4 Transfusez-vous la patiente au début de votre prise en charge ? (7 points)

- a. Oui car risque hémorragique important
- b. Non, pas de nécessité de transfusion
- c. Oui, si culot plaquettaire disponible
- d. Non car risque d'allo-immunisation
- e. Non car risque de syndrome de TRALI (transfusion related acute lung injury)

5 Les plaquettes sont désormais à 10 G/L. Quel traitement proposez-vous devant l'absence d'efficacité des corticoïdes chez cette patiente toujours hospitalisée dans le service ? (7 points)

- a. Des immunoglobulines polyvalentes par voie intraveineuses (IGIV)
- b. Un anticorps anti-CD 20
- c. Des androgènes
- d. Des échanges plasmatiques
- e. Du PPSB (Prothrombine Proconvertine Stuart B : concentré de facteurs de la coagulation)

6 Votre externe trouve une raideur de nuque et souhaite réaliser une ponction lombaire. Quelles sont vos recommandations pour ce geste lors d'une thrombopénie ? (7 points)

- a. Il faut obtenir un taux de plaquettes normal
- b. Il faut obtenir un taux de plaquettes supérieur à 100 000/mm³
- c. Il faut obtenir un taux de plaquettes supérieur à 50 000/mm³
- d. Il faut obtenir un taux de plaquettes supérieur à 20 000/mm³
- e. Ce sont les signes cliniques qui priment, pas de risque de complication si pas de saignement

7 Le taux de plaquettes ne remonte toujours pas. Vous réalisez un myélogramme devant l'absence d'efficacité des traitements. Après coloration, vous regardez la lame au microscope. Quelles sont les cellules pointées par les flèches ? (7 points)

👉 Voir photo dossier, p. X

- a. Des agrégats plaquettaires
- b. Des adipocytes
- c. Des mégacaryocytes
- d. Des plaquettes géantes
- e. Des îlots macrophagiques

8 Dans le cas d'un PTI, comment sont les mégacaryocytes dans la moelle ? (7 points)

- a. Diminués
- b. Regroupés en amas
- c. En nombre normal ou augmenté
- d. Dysplasiques
- e. Inexistants