

Dossier 1

Vous recevez en consultation Mme B. qui se plaint d'une fatigue croissante ces derniers temps. Elle se dit également parfois atteinte de vertiges.

Il s'agit d'une patiente de 58 ans ménopausée mère de 2 enfants et originaire de Tunisie.

Elle n'a aucun antécédent particulier et ne suit pas de traitement.

À l'examen physique: vous notez une pâleur conjonctivale et l'auscultation cardiaque met en évidence un souffle systolique au foyer mitral.

1 **Devant ce tableau clinique, vous évoquez immédiatement un syndrome anémique. Quel(s) autre(s) signe(s) clinique(s) recherchez-vous en faveur de ce syndrome ?**

- A Bradycardie
- B Tachycardie
- C Dyspnée d'effort et/ou de repos
- D Diarrhée
- E Ralentissement psychomoteur

Vous faites un premier bilan biologique et retrouvez:
Hb 7,1 g/dl VGM 65 fl Leucocytes 6 300/mm³ Plaquettes 430 000/mm³
Ionogramme sanguin normal

2 **Vous évoquez alors (entre autres):**

- A Une inflammation chronique
- B Une carence en folates
- C Une carence martiale
- D Une anémie sidéroblastique
- E Une bêta-thalassémie

3 Dans le cadre d'une anémie par carence martiale lesquels de ces marqueurs du bilan du fer sont augmentés ?

- A Fer sérique
- B Transferrine
- C Capacité totale de fixation de la transferrine
- D Coefficient de saturation de la transferrine
- E Ferritine
- F Récepteurs solubles de la transferrine

Le complément de bilan revient en faveur d'une anémie par carence martiale. La patiente dit ne pas se plaindre de métrorragies ni d'aucun autre saignement extériorisé.

4 Quels examens complémentaires de première ligne vous semblent justifiés ?

- A Endoscopie Œsogastroduodénale
- B Échographie pelvienne par voie endovaginale
- C TDM thoracoabdominopelvienne avec injection de produit de contraste
- D Coloscopie
- E TEP-Scan

Ces examens reviennent macroscopiquement normaux.

5 Quel examen est-il licite d'envisager désormais ?

- A Une fibroscopie bronchique
- B Le dosage de l'élastase fécale
- C Une angioTDM abdominale
- D Une vidéocapsule grêlique
- E Une scintigraphie aux globules rouges marqués
- F Une vidéocapsule colique

Ce dernier examen vous permet de faire le diagnostic étiologique et de prendre les mesures thérapeutiques spécifiques adéquates.

6 Vous débutez également une supplémentation en fer par voie orale. Quelle(s) est (sont) l'(les) affirmation(s) correcte(s) quant aux principes de ce traitement ?

- A La vitamine C améliore l'absorption digestive du fer
- B La vitamine E améliore l'absorption digestive du fer
- C Les principaux effets secondaires sont des troubles digestifs et la décoloration des selles
- D La durée du traitement excède rarement 1 mois
- E Il faut l'associer initialement à une transfusion de culots globulaires chez cette patiente

7 Classer ces paramètres biologiques selon leur vitesse de correction lors de la supplémentation ferrique.

- A Ferritine
- B Coefficient de saturation de la transferrine
- C VGM
- D Hémoglobine
- E Fer sérique

Quelques semaines plus tard vous voyez sa petite-fille Sonia 4 ans élève de maternelle se plaignant de ballonnements et d'une diarrhée depuis au moins 4 mois faite de 3 selles molles mousseuses par jour.

Elle est pâle et présente des ecchymoses, de plus on observe un ralentissement de sa croissance staturopondérale.

8 Quel(s) diagnostic(s) sont compatibles avec ce tableau clinique ?

- A Maladie cœliaque
- B Maladie de Crohn
- C Lambliase
- D Mucoviscidose
- E Aucune des 4 propositions ci-dessus

Finalement devant la forte positivité des IgA anti-transglutaminases vous vous orientez vers une maladie cœliaque.

9 Quel(s) sont (est) le(s) élément(s) (dans ceux cités) qui sont habituellement présents sur une biopsie duodénale de maladie cœliaque ?

- A Hyperlymphocytose intraépithéliale
- B Hyperplasie des cryptes
- C Granulome géantocellulaire
- D Atrophie villositaire totale ou subtotale
- E Présence de kyste au niveau de l'épithélium

10 Éliminer la proposition fautive

- A Une résistance au régime sans gluten doit faire rechercher un lymphome T associé à la Maladie cœliaque
- B Une résistance au régime sans gluten doit faire rechercher une mauvaise observance au régime
- C Devant des symptômes évocateurs de Maladie cœliaque chez l'enfant, seul le dosage des IgA antitransglutaminases est indiqué en première intention
- D Un titre élevé d'IgA antitransglutaminase peut permettre de surseoir à la biopsie duodénale.
- E Une biopsie duodénale normale n'élimine pas le diagnostic de Maladie cœliaque

Corrigé

- 1** Devant ce tableau clinique, vous évoquez immédiatement un syndrome anémique. Quels autres signes cliniques recherchez-vous en faveur de ce syndrome ?

Réponses

B, C

- B Tachycardie
- C Dyspnée d'effort et/ou de repos

Commentaires

Le syndrome anémique est l'association d'une pâleur cutanéomuqueuse (conjonctivale++) et de manifestations fonctionnelles anoxiques: Asthénie, Dyspnée d'effort puis de repos, vertiges, tachycardie, souffle cardiaque anorganique, décompensation d'une pathologie cardiovasculaire...

- 2** Vous évoquez alors (entre autres):

Réponses

A, C, D, E

- A inflammation chronique
- C carence martiale
- D anémie sidérolastique
- E Bêta-thalassémie

Commentaires

Les causes d'anémie microcytaires sont principalement les anémies par carence martiale et les anémies inflammatoires. Il faut également évoquer facilement – notamment en fonction de l'origine géographique – une thalassémie.

Il existe des causes plus confidentielles telles l'anémie sidérolastique et le saturnisme.

La carence en folates est une étiologie d'anémie macrocytaire.

- 3** Dans le cadre d'une anémie par carence martiale lesquels de ces marqueurs du bilan du fer sont augmentés ?

Réponses

B, C, F

- B Transferrine
- C Capacité totale de fixation
- F Récepteurs solubles

Commentaires

	Fer sérique	Transferrine	CTFT	CST	Ferritine	RST
Carence martiale	↓	↑	↑	↓	↓	↑
Anémie inflammatoire	↓	N ou ↑	↓		↑	↓

On peut également observer une thrombocytose dans la carence martiale (mais aussi en cas d'inflammation!).

Pour différencier ces deux causes d'anémie on peut également s'aider des marqueurs de l'inflammation (CRP, VS, $\beta 2$ microglobuline, fibrinogène, thrombocytose...)

La ferritine peut être normale voire augmentée dans une anémie par carence martiale associée à une inflammation. Le marqueur le plus fin pour distinguer l'origine de l'anémie est alors le taux des récepteurs solubles de la transferrine qui est augmenté en cas de carence martiale.

4 Quels examens complémentaires de première ligne vous semblent justifiés ?

Réponses

- A, D
- A EOGD
- D Coloscopie

Commentaires

Devant une carence martiale chez un homme ou une femme ménopausée il faut rechercher en première intention une cause de saignement digestif occulte par Endoscopie digestive haute et basse.

Chez cette femme ménopausée qui ne présente pas de métrorragies, l'examen gynécologique n'est pas justifié.

5 Quel examen est-il licite d'envisager désormais ?

Réponses

- D
- D Une vidéocapsule grêlique

Commentaires

Les 2 seules indications de la vidéocapsule sont un saignement inexplicé suspecté d'origine digestif (en l'occurrence devant une carence martiale sans cause gynécologique et avec EOGD et coloscopie normales) et le bilan lésionnel d'une maladie de Crohn de localisation uniquement grêlique (Après avoir éliminé une sténose!!! par entéroscanner ou entéroIRM au préalable).

► Recommandation de la SFED (Société Française d'Endoscopie Digestive) 2011.

La capsule colique est une technique en voie de développement et n'a pour le moment pas d'applications cliniques établies.

6 Vous débutez également une supplémentation en fer par voie orale. Quelle(s) est (sont) l'(les) affirmation(s) correcte(s) quant aux principes de ce traitement ?

Réponses

- A
A La vitamine C améliore l'absorption digestive du fer

Commentaires

Le fer ferreux Fe^{2+} est mieux absorbé que le fer ferrique Fe^{3+} au niveau intestinal (partie supérieure du grêle : duodénum et jéjunum). L'acide ascorbique (Vitamine C) est un cofacteur de la réaction d'oxydoréduction transformant le fer ferrique en fer ferreux.

Les 2 principaux effets secondaires dont il faut avertir les patients sont la coloration des selles en noir et des troubles digestifs (douleurs abdominales, ballonnements, modification du transit...).

Le traitement est instauré pour un minimum de 3 mois. Le critère d'arrêt est la normalisation de la ferritine.

Il n'y a pas d'indication de transfusion dans ce cas de figure d'une anémie chronique de constitution lente et bien tolérée.

7 Classer ces paramètres biologiques selon leur vitesse de correction lors de la supplémentation ferrique.

Réponses

- D, C, B, E, A
D Hémoglobine
C VGM
B Coefficient de saturation de la transferrine
E Fer sérique
A Ferritine

Commentaires

Les anomalies biologiques se corrigent de façon inverse qu'elles se créent. C'est-à-dire qu'on assiste dans le cadre d'une carence martiale à une baisse initiale de la ferritine puis du fer sérique suivie par la diminution du coefficient de saturation de la transferrine. Enfin une microcytose apparaît puis finalement l'anémie.

8 Quel(s) diagnostic(s) sont compatibles avec ce tableau clinique ?

Réponses

- A, B, C, D
A Maladie coéliquaue
B Maladie de Crohn
C Lambliase
D Mucoviscidose

Commentaires

Chez cet enfant de 4 ans devant un tableau de diarrhée chronique par malabsorption ou maldigestion, associée à des symptômes digestifs frustes, on évoque principalement ces 4 étiologies.

La clinique nous oriente vers une origine par malabsorption/maldigestion de la diarrhée devant la qualité des selles avec stéatorrhée, les ecchymoses en lien avec une carence en vitamine K, la pâleur pouvant être le reflet d'une anémie carencielle mixte (Folates et Fer) et la carence protéinoénergétique.

9 Quel(s) sont (est) le(s) élément(s) (dans ceux cités) qui sont habituellement présents sur une biopsie duodénale de maladie cœliaque ?

Réponses

A, B, D

- A Hyperlymphocytose intraépithéliale
- B Hyperplasie des cryptes
- D Atrophie villositaire totale ou subtotale

Commentaires

Les granulomes épithéloïdes s'observent (entres autres) sur une biopsie de maladie de Crohn. On peut voir des kystes au niveau de l'épithélium duodénal dans la Lambliaose digestive.

10 Éliminer la proposition fausse :

Réponses

D

- D Un titre élevé d'IgA antitransglutaminase peut permettre de surseoir à la biopsie duodénale

Commentaires

Le diagnostic de maladie cœliaque est HISTOLOGIQUE.

On peut voir les choses de façon inverse : l'absence d'IgA antitransglutaminase n'élimine pas le diagnostic : 2 % des patients ayant une maladie cœliaque ont un déficit en IgA → S'il existe une forte suspicion clinique il faut penser au dosage pondéral des Immunoglobulines totales (à la recherche d'un déficit en IgA) et/ou au dosage des IgG antitransglutaminase ou IgG antiendomysium.

Thématique principale

N° 215. Pathologie du fer chez l'adulte et l'enfant

Thématique secondaire

N° 282. Diarrhée chronique chez l'adulte et l'enfant

Dossier 2

Vous voyez en consultation M. T. Patient de 35 ans ancien toxicomane, envoyé par son médecin traitant pour une sérologie VHC positive confirmée sur 2 prélèvements. La sérologie avait été réalisée à la demande du patient lui-même.

Ce jeune patient n'a aucun antécédent particulier hormis une appendicectomie dans l'enfance.

Il présente une consommation alcoolique à 40 g par jour. L'examen physique est strictement normal. On note tout de même un surpoids (BMI 28) avec répartition des graisses de type androïde.

1 Quelles sont les propositions exactes concernant le VHC?

- A La transmission est principalement sexuelle
- B La phase aiguë de l'infection est la plupart du temps marquée par un ictère
- C Environ 80 % des patients ne guérissent pas spontanément
- D c'est un virus à ADN
- E c'est un virus à ARN
- F Il est souvent responsable d'hépatites fulminantes

Vous revoyez le patient quelques semaines plus tard. L'atteinte chronique (>6 mois) est confirmée. Le patient est atteint d'un virus de génotype 2. Sa charge virale est de 6,12 Log (2 millions de copies/ml). Les premiers tests non invasifs de fibroses (Fibrotest® et Fibroscan®) sont concordants en faveur d'une fibrose avancée à F3. L'échographie abdominale est normale ainsi que l'alphafœtoprotéine. Au niveau biologique il y a une cytolyse à 3-4 N prédominant sur les ALAT sans cholestase.

2 Y a-t-il une indication à l'instauration d'un traitement anti-VHC chez ce patient?

- A Oui
- B Non
- C Peut être, tout dépend du résultat de la ponction biopsie hépatique