

## EPREUVE DE DOSSIERS THERAPEUTIQUES ET BIOLOGIQUE

## Dossier N° 2

Enoncé

Une femme de 68 ans, sans antécédent personnel ni familial, est vue en consultation pour anémie d'installation récente.

Les résultats des examens biologiques sont :

- Sg Erythrocytes..... : 2,80 T/L

- Sg Hémoglobine.....: 95 g/L

- Sg Hématocrite..... : 0,29

- Sg Leucocytes..... : 5,8 G/L

\* Formule leucocytaire :

- Polynucléaires neutrophiles 0,54

- Polynucléaires éosinophiles 0,01

- Polynucléaires basophiles 0,01

- Lymphocytes 0,35

- Monocytes 0,09

- Sg Plaquettes..... : 400 G/L

- Sg Réticulocytes..... : 320 G/L

\* Commentaires hématologiques : Anisocytose, macrocytose, absence de schizocytes. Présence d'1 érythroblaste pour 100 leucocytes. Absence d'anomalies morphologiques des leucocytes.

- Se Bilirubine totale..... : 36  $\mu$ mol/L

- Se Bilirubine conjuguée.....: 2  $\mu$ mol/L

- Se Haptoglobine..... : 0,36 g/L

Questions**QUESTION N° 1 :**

Calculer les constantes érythrocytaires manquantes.

Commenter les résultats du bilan biologique.

**Proposition de réponse**

Constantes érythrocytaires :

VGM = Hématocrite / nb Erythrocytes = 104 fL,

CCMH = Hémoglobine / Hématocrite = 33 %,

TCMH = Hémoglobine / nb Erythrocytes = 34 pg

Il existe une anémie modérée (hémoglobine < 120 g/L), normochrome (CCMH et TCMH normaux), macrocytaire (VGM > 100 fL), très régénérative (réticulocytes augmentés).

La forte réticulocytose sanguine explique au moins en partie l'anisocytose et la macrocytose. Le nombre de leucocytes et de plaquettes est normal ainsi que la formule leucocytaire. On note la diminution de la concentration d'haptoglobine et l'augmentation de la concentration de bilirubine

**EPREUVE DE DOSSIERS THERAPEUTIQUES ET BIOLOGIQUE****Dossier N° 2**

non conjuguée (= bilirubine totale - bilirubine conjuguée = 34  $\mu\text{mol/L}$ ), évocatrices d'un processus hémolytique tissulaire.

**QUESTION N° 2 :**

Quelles hypothèses diagnostiques peuvent être évoquées devant ce tableau ? Justifier.

**Proposition de réponse**

Il s'agit d'un tableau d'anémie hémolytique devant lequel peuvent être évoqués :

- un déficit constitutionnel en enzymes érythrocytaires (G6PD : pyruvate kinase) ou une anomalie constitutionnelle de la membrane érythrocytaire ou de l'hémoglobine : hypothèses peu vraisemblables ici compte tenu de l'âge, de l'absence d'antécédents personnels ou familiaux, du sexe pour ce qui concerne le déficit en G6PD et de l'absence d'anomalies morphologiques érythrocytaires évocatrices (sphérocytes, drépanocytes,...)
- une anémie hémolytique auto-immune
- une anémie hémolytique toxique

L'absence de schizocytes élimine une hémolyse d'origine mécanique.

**QUESTION N° 3 :**

Un examen de laboratoire est indispensable à la poursuite de la démarche diagnostique : lequel et pourquoi ?

En décrire le principe et indiquer les informations pertinentes attendues.

**Proposition de réponse**

Dans ce contexte, l'hypothèse la plus probable est celle d'une anémie hémolytique auto-immune. Le test direct à l'antiglobuline (test de Coombs direct) permet de vérifier cette hypothèse.

Le test de Coombs direct est réalisé à l'aide des érythrocytes du patient lesquels, s'ils portent des anticorps ou une fraction du complément fixés à leur surface, sont agglutinés par une antiglobuline polyvalente ou anti-IgG ou anti-complément.

En faisant varier les conditions du test et les réactifs, il est ainsi possible de préciser :

- \* sa classe (IgG ou IgM, avec ou sans complément fixé à la surface des érythrocytes),
- \* l'optimum thermique de l'auto-anticorps (chaud et froid),
- \* sa spécificité (généralement anti-Rhésus pour les auto-anticorps chauds, anti-I/i pour les auto-anticorps froids)

autant d'éléments utiles à l'orientation.

La spécificité plus précise peut être déterminée après élution des anticorps fixés sur les hématies et identification de l'anticorps.

**QUESTION N° 4 :**

**EPREUVE DE DOSSIERS THERAPEUTIQUES ET BIOLOGIQUE****Dossier N° 2**

Après enquête étiologique, l'indication d'un traitement corticoïde est posée : prednisone, 2 mg/kg/jour pendant plusieurs semaines. Quels sont les effets indésirables de ce traitement et les recommandations hygiénodététiques à donner au patient ?

**Proposition de réponse**

Le traitement doit être administré en prise unique le matin au cours du repas.

Les effets secondaires et complications d'un traitement prolongé sont multiples. Ils peuvent entraîner un hypercorticisme (syndrome de Cushing) iatrogène associant :

- immunodépression exposant à un risque infectieux accru (viral, parasitaire, bactérien notamment tuberculeux)
- effets métaboliques : hyperglycémie (révélation d'un diabète latent), hypercatabolisme protéidique (fonte musculaire, fragilité cutanée), déminéralisation osseuse (risque d'ostéoporose), rétention hydrosodée, hypokaliémie.
- toxicité gastrique
- risque d'insuffisance cortico-surrénalienne aiguë au moment du sevrage.

Le patient doit adopter un régime pauvre en sel et en sucres d'absorption rapide, hyperprotéidique, avec supplément en calcium et vitamine D.