

UE 90 séance 1 : Anémies

Cas clinique n° 1

Une patiente de 27 ans consulte pour asthénie depuis plusieurs mois. Elle présente pâleur, essoufflement, polypnée. A l'auscultation il n'y a ni ictère, ni organomégalie, ni purpura. La patiente décrit des règles de durée normale mais extrêmement abondantes, depuis l'adolescence.

Son bilan biologique montre:

GB=9,8 G/L (PNN 75%; Ly 18%; Mono 7%)

GR= 3,0 T/L

Hb=65 g/L

Hte=21%

Plq=850 G/L

Rétic=34,9 G/L

CRP=3mg/L

Ferritine=8µg/L

Cas clinique n° 1

Questions :

- 1- Commentez le bilan biologique en vous référant aux valeurs usuelles de l'adulte.
 - 2- Quelle est l'hypothèse diagnostique la plus probable et son étiologie?
 - 3- Quelle en est la physiopathologie?
 - 4- Que peut-on observer à l'examen du frottis sanguin?
 - 5- Quelles sont les modalités de traitement (type et durée)?
 - 6- Quels examens complémentaires faut-il envisager?
-

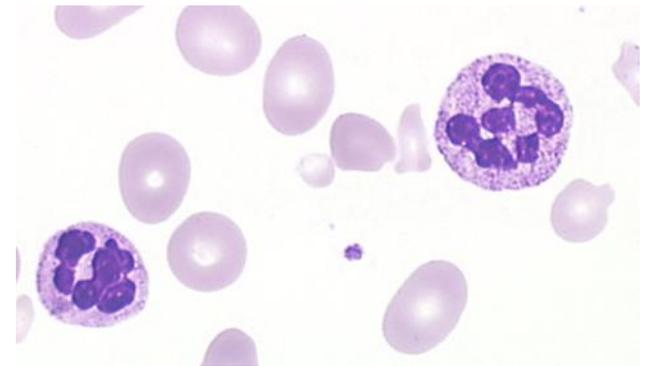
Cas clinique n° 2

Une femme de 38 ans consulte arrive aux urgences pour asthénie majeure accompagnée d'une dyspnée. Elle décrit depuis plusieurs mois des douleurs abdominales, troubles dyspeptiques, ainsi que des fourmillements dans les doigts. Elle n'a pas de traitement médicamenteux. Un bilan biologique est réalisé et montre les résultats suivants.

NFS:

Erythrocytes.....	0,89 T/L
Sg Hématocrite.....	0,11
Sg Hémoglobine.....	38 g/L
Sg Leucocytes.....	2,1 G/L
Sg Plaquettes.....	90 G/L
Sg Réticulocytes.....	18 G/L
Formule leucocytaire (valeurs relatives) :	
Polynucléaires neutrophiles.....	0,62
Polynucléaires éosinophiles.....	0,01
Polynucléaires basophiles.....	0,00
Lymphocytes.....	0,36
Monocytes.....	0,01

Sur le frottis, on note la présence de polynucléaires hypersegmentés.



Cas clinique n° 2

- 1- Interprétez le bilan biologique
 - 2- Quelle est votre hypothèse diagnostique principale devant ce tableau clinico-biologique? Justifiez
 - 3- Quels examens biochimiques peuvent être réalisés pour confirmer votre hypothèse et éliminer d'autres causes potentielles?
 - 4- Quel examen complémentaire immunologique peut être réalisé pour déterminer la cause de l'anémie. Est-il nécessaire de faire un myélogramme?
 - 5- Quel aspect aurait la moelle dans ce cas?
 - 6- Quels seront les modalités de traitement?
-

Cas clinique n° 3

Une femme de 60 ans vient en consultation de suivi pour sa leucémie lymphoïde chronique.

Son bilan biologique est le suivant :

GR 2,8 T/L

Hb 95 g/L

VGM 104 fL

Hte 29%

CCMH 33%

TCMH 34 pg

GB 20,2 G/L (formule : 71% de lymphocytes)

Pq 400 G/L

Réticulocytes 320 G/L

Bilirubine totale 36 $\mu\text{mol/L}$

Bilirubine conjuguée : 2 $\mu\text{mol/L}$

Haptoglobine : 0,36 g/L

Cas clinique n° 3

Questions :

- 1- Interpréter l'hémogramme.
 - 2- Quelles hypothèses diagnostiques concernant l'anémie peuvent être évoquées devant ce tableau?
 - 3- Quel examen complémentaire doit être réalisé pour confirmer votre hypothèse concernant l'anémie? Décrire le principe de cet examen.
 - 4- Quels sont les traitements possibles pour ce type d'anémie?
-

Cas clinique n° 4

1- Commentez le bilan biologique :

Un homme de 25 ans, d'origine africaine, arrive aux urgences pour douleurs abdominales, fièvre et urines de couleur « rouge porto ».

L'auscultation révèle un ictère, une oligo-anurie et une paleur cutanéomuqueuse.

Un bilan est prescrit et montre les résultats suivants:

GB= 8 G/L

PNN 60%

Bilirubine totale = 80 $\mu\text{mol/L}$

Ly 31%

Bilirubine non conj = 70 $\mu\text{mol/L}$

Mo 8%

Haptoglobine < 0,1 g/L

PNE 1%

Créatinine = 145 $\mu\text{mol/L}$

GR= 2,9 T/L

Hb= 89 g/L

Hte= 26 %

Pq= 270 G/L

Rétic= 360 G/L

Test de Coombs érythrocytaire négatif

Cas clinique n° 4

1- Commentez le bilan biologique

Cas clinique n° 4

Le patient assure ne pas prendre de médicament, par contre les premiers symptômes sont survenus quelques heures après avoir mangé à l'extérieur de chez lui un plat à base de fèves.

Questions :

- 2- Quel est le diagnostic le probable?
 - 3- Que peut-on observer à l'examen du frottis sanguin?
 - 4- Quels examens pourront permettre de confirmer le diagnostic?
 - 5- Quel est le mode de transmission de cette pathologie et quels sujets ont un risque d'accidents hémolytiques?
 - 6- Quel est le mécanisme physiopathologique de cette anomalie?
 - 7- Quelles recommandations le médecin doit-il donner au patient?
-

Cas clinique n° 5

1- Commentez les résultats du bilan biologique et émettez une hypothèse diagnostique.

Un adolescent de 16 ans arrive en consultation pour une asthénie chronique.

L'auscultation révèle une splénomégalie et un ictère.

Un bilan est prescrit et montre les résultats suivants:

GB= 8 G/L

PNN 73%

Bilirubine totale = 50 μ mol/L

Ly 19%

Bilirubine non conj = 45 μ mol/L

Mo 5%

Haptoglobine < 0,1 g/L

PNE 2%

GR= 3,4 T/L

Hb= 104 g/L

Hte= 28 %

Pq= 440 G/L

Rétic= 395 G/L

Observation du frottis sanguin : nombreux sphérocytes

Test de Coombs érythrocytaire négatif

Cas clinique n° 5

- 2- Quels examens pourront permettre de confirmer le diagnostic?
 - 3- Quel est le mécanisme physiopathologique de cette anomalie?
 - 4- Quel est le suivi/traitement de cette pathologie?
-

Cas clinique n° 6

1- Commentez le bilan hématologique de Me P, 82 ans pesant 50 kg, admise pour embolie pulmonaire avec dyspnée aiguë, ayant un cancer colique diagnostiqué récemment.

NFS :

GB=12 G/L [PNN 76%; Ly 16%; Mono 6%; métamyélocytes 2%]

GR=4.1 T/L

Hb=99 g/L

Hte=30%

VGM=73 fL

Plq=627 G/L

Rétic=49 G/L

Cas clinique n° 6

2- Les examens complémentaires réalisés montrent :

Fer=6 μ mole/L

Ferritine=802 μ g/L

Tf=1,55 g/L

CRP=54mg/L

Fibrinogène=5.5 g/L

Quelle est l'hypothèse la plus probable?

3- Préciser quelques éléments de physiopathologie et le diagnostic différentiel. Un myélogramme est-il indispensable? Que montrerait-il?

4- Quel est le traitement à instaurer?

QCM

1- Parmi les propositions suivantes concernant la molécule d'hémoglobine, laquelle (lesquelles) est (sont) vraie(s) ?

A- C' est un polysaccharide

B- Sa structure est tétramérique

C- Elle comprend un atome de fer à l'état ferreux

D- Elle comprend 4 chaînes de globine portant chacune une molécule d'hème

E- Chaque molécule peut fixer de manière réversible 4 molécules d'O₂

QCM

2- Parmi les propositions suivantes concernant la microsphérocytose héréditaire (SH), laquelle (lesquelles) est (sont) vraie(s) ?

A- C' est une maladie à transmission autosomique dominante

B- Au frottis on peut observer des sphérocytes et une polychromatophilie

C- Dans la SH, le test de Coombs érythrocytaire est positif

D- Les signes d'hémolyse sont présents dans la maladie

E- Un des tests diagnostics spécifiques est l'électrophorèse de l'hémoglobine

QCM

3- A propos de la vitamine B12 et des folates, laquelle (lesquelles) de ces propositions est (sont) vraie(s) ?

A- Les réserves de la vitamine B12 et des folates sont essentiellement splénique

B- Une carence en l' une ou l' autre entraîne un défaut de réplication de l' ADN

C- La carence en folates est fréquente en cas d' éthylisme

D- La carence en folates/B12 n' a pas de conséquence sur la lignée granulocytaire

E- Le mécanisme d' anémie observée en cas de carence en folates/B12 est une hémolyse intra-médullaire

4- Concernant le métabolisme du fer, laquelle (lesquelles) de ces propositions est (sont) vraie(s) ?

A- 90% du fer sérique est utilisé par l'érythropoïèse

B- Les principales cellules stockant le fer sont les macrophages du foie, de la moelle osseuse et de la rate

C- Le contenu en fer de la moelle osseuse peut être observé après coloration spécifique au bleu de Crésyl

D- En cas d'anémie inflammatoire les cytokines de l'inflammation inhibent la synthèse d'hepcidine

E- En cas de traitement d'une carence martiale par sels de fer la crise réticulocytaire est observée en 7-10j

5- Une anémie microcytaire avec fer sérique normal ou diminué se rencontre dans :

- A- Anémie inflammatoire
 - B- Sphérocytose héréditaire
 - C- Leucémie aiguë
 - D- Anémie hémolytique auto-immune
 - E- Thalassémie
-

6- Concernant le métabolisme du fer, laquelle (lesquelles) de ces propositions sont exactes?

A- Le fer est absorbé à l'état ferrique (Fe^{3+})

B- Le Fer est absorbé au niveau du duodénum

C- Nous absorbons 80% du Fer de notre alimentation

D- La ferroportine est la molécule du stockage du Fer

E- En cas d'inflammation une carence martiale est associée

7- En cas d'anémie hémolytique, que peut-on observer au frottis sanguin?

A- des schizocytes

B- des cellules cibles

C- des sphérocytes

D- une polychromatophilie

E- des drépanocytes

F- des corps de Jolly

8- Dans quelle (quelles) situations suivantes l'anémie sera d'origine centrale :

A- présence de métastases osseuses

B- insuffisance rénale chronique

C- carence en vitamine B9 et B12

D- incompatibilités A, B, O

E- l'anémie hémolytique auto-immune de la leucémie lymphoïde chronique (LLC)

9- A propos des anémies hémolytiques auto-immune (AHAI):

A- les AHAI à anticorps «chauds» sont les plus fréquentes

B- les AHAI à anticorps « chauds » sont souvent associés à une pathologie sous-jacente

C- les AHAI à anticorps « froids » sont souvent observés en contexte post infectieux chez l'enfant et l'adulte jeune

D- le diagnostic repose sur le test de Coombs direct (ou test direct à l'anti-globuline)

E- l'anémie observée est arégénérative