
(R COLLET-GASTRO ENTEROLOGUE)

CLUB MÉDICAL DU GRAND BOULOGNE

-NOVEMBRE 2001

Elles sont essentiellement d'origine carencielles, par carence en fer, vitamine B12 et/ou folates.

La teneur de l'organisme en ces vitamines dépend de l'intégrité du tube digestif.

On écartera de ce cadre les anémies hémorragiques ou post-hémorragiques puisque le problème est celui de la prise en charge de l'hémorragie et non celui de l'anémie, Il faut noter qu'une anémie post-hémorragique est en général régénérative (réticulocytes élevés) à la différence des anémies digestives carencielles arégénératives (réticulocytes non élevés).

L'orientation de l'enquête étiologique dépend du type de l'anémie, des résultats des dosages de fer, B12 ou folates et il est donc important de s'abstenir de tout traitement à visée anti-anémique avant le diagnostic du type de carence. En effet, les anémies chroniques sont le plus souvent bien tolérées et si l'on est amené à transfuser il faut au préalable faire les prélèvements minimum.

Les anémies carencielles sont symptomatiques d'affections organiques digestives qu'il faut trouver et traiter.

La carence martiale témoigne en général d'une hémorragie digestive distillante, occulte. La carence en vitamine B12, rare, est secondaire à un trouble de l'absorption profond et prolongé. La carence en folates est précoce et fréquente en raison de la faiblesse des réserves et de la fréquence des carences d'apport nutritionnelles.

A partir des paramètres fournis par l'hémogramme (Réticulocytes, volume globulaire moyen = VGM) on peut en général facilement s'orienter sur le type de carence.)

LES ANEMIES PAR CARENCE MARTIALE

Les anémies microcytaires hypochromes hyposidérémiques sont les plus fréquentes des anémies ; elles sont dues à un **saignement occulte**, en régie digestif ou gynécologique.

L'anémie est classiquement **microcytaire, arégénérative avec un fer sérique abaissé, une capacité totale de saturation augmentée** et un coeff de saturation effondré, la ferritine est basse. On note souvent une thrombocytose modérée.

Il existe parfois des signes trompeurs:

-une anémie ferriprive sans microcytose doit faire rechercher une carence en folates, en vitamine B12, un ethylisme, une dyserythropoïèse primitive associée - une anémie ferriprive avec CTS normale, en l'absence de syndrome inflammatoire, doit faire rechercher une insuffisance hépatique ou une fuite protidique associée.

-une anémie inflammatoire peut s'associer à une carence martiale dans les cancers digestifs, les maladies inflammatoires de l'intestin.

La carence d'apport est exceptionnelle dans les pays occidentaux hormis chez les multipares à grossesses rapprochées. La cause est en régie digestive en dehors des saignements menstruels excessifs qui représentent 1/3 des anémies chez la femme de moins de 50 ans. Il existe également des carences martiales par malabsorption.

La notion d'un saignement digestif doit donc être recherché par l'interrogatoire. La recherche de sang dans les selles n'a en régie pas d'intérêt, les investigations étant poursuivies quel que soit le résultat.

Toutes les lésions digestives peuvent saigner seules ou sous l'influence d'un anti-inflammatoire ou d'un anticoagulant.

L'âge du patient permet de hiérarchiser les investigations: recherche d'une cause digestive haute chez le sujet jeune, recherche d'un cancer digestif chez le sujet de plus de 50 ans (colique ou gastrique).

Le tableau suivant permet de voir les causes à rechercher en priorité et l'on voit que les 2 examens principaux à demander sont la coloscopie et la fibroscopie oesogastro-duodénale avec biopsies duodénales.

En l'absence de cause retrouvée par ces 2 examens il faut réaliser un transit du grêle dont malheureusement la rentabilité est faible en l'absence de signes cliniques. L'entéroscopie poussée (endoscopie "totale" du tube digestif sous anesthésie générale) semble le meilleur examen pour détecter une lésion infraclinique du grêle en attendant la possible réalisation d'examen du tube digestif par la vidéo-capsule (technique non invasive).

CAUSES D'ANÉMIES FERRIPRIVES CHEZ 100 MALADES (d'après D.CATTAN)

Lésions gastro-duodénales bénignes

Ulcère gastroduodéal	18 cas (prise d'ains 2 cas)
Lésions aiguës de la muqueuse gastrique	11 cas (prise d'ains 11 cas)
Gastrectomisés	2 cas
Hernie hiatale non compliquée	10 cas (cause à retenir après élimination autre cause)
compliquée	8 cas

Donc

49% d'origine digestive haute non malignes

Lésions malignes

Cancer colo rectal	10 cas
Cancer gastrique	9 cas

Autres lésions

Hémorroïdes	2 cas
Maladie coeliaque	3 cas
Mici	6 cas
Polype	2 cas
Divers	10 cas
Bilan négatif	9 cas

Rarement les anémies microcytaires sont liés à un trouble de l'absorption du fer, comme par exemple après gastrectomie, et surtout dans le cadre d'une **Maladie coeliaque** (intolérance au gluten avec atrophie villositaire) responsable d'environ 3% des anémies ferriprives isolées.

TRAITEMENT

Avant tout étiologique, le traitement substitutif est néanmoins indispensable. Il repose sur l'apport de 100 à 200 mg de fer métal par jour pendant plusieurs semaines (2 à 3 mois en général). La supplémentation en vitamine C qui améliore l'absorption du fer n'est pas nécessaire.

On peut proposer
FEROGRAD ° 1 à 2 comprimés par jour
FUMAFER ° 2 à 4 comprimés par jour
TARDYFERON 1 à 2 comprimés par jour

La tolérance étant médiocre on l'administrera de préférence au milieu du repas. On préviendra de la coloration noire des selles.

L'administration du fer par voie parentérale se devra d'être exceptionnelle (tatouage cutané++).

L'indication transfusionnelle dépend de la tolérance cardio-vasculaire ou cérébrale à l'anémie, essentiellement chez le sujet âgé.

LES ANEMIES MACROCYTAIRES PAR CARENCE EN VITAMINE B12

Les carences d'apport n'existent que chez le végétarien strict.

Il s'agit donc en général d'un **trouble de l'absorption** qui doit être assez prolongé pour épuiser les stocks.

Les causes de carence sont:

- **gastriques** par défaut de sécrétion du facteur intrinsèque par les cellules pariétales gastriques fundiques (Maladie de Biermer) qui permet l'absorption de la vitamine B12 ou par défaut de sécrétion chlorydropeptique (gastrite atrophique).

-**intestinales** (l'absorption de la vitamine B12 s'effectuant au niveau de l'iléon terminal): maladie ou résection intestinale, pullulation microbienne du grêle.

CAUSES GASTRIQUES:

La **Maladie de Biermer** représente la cause la plus fréquente de carence en vitamine B12 elle réalise une anémie macrocytaire mégalo-blastique due à un tarissement de la sécrétion du facteur intrinsèque à la suite d'une gastrite

atrophique fundique sévère.

Elle est rare avant 30 ans sa fréquence augmente avec l'âge.

Critères diagnostiques

-anémie macrocytaire mégalo-blastique

-carence en vitamine B12 sérique

-malabsorption profonde de la vitamine B12 cristalline corrigée par l'apport de facteur intrinsèque(test de Schilling)

-mise en évidence d'auto anticorps anti facteur intrinsèque et anti cellules pariétales gastriques dans 80% des cas.

-Données anatomopathologiques:gastrite atrophique fundique sur les biopsies endoscopiques.

On retrouve fréquemment à l'examen clinique des signes neurologiques (paresthésies des extrémités), une glossite (intolérance au dentier...), une diarrhée chronique, des maladies auto-immunes associées (dysthyroïdies, insuffisance surrénale, etc...):

Le traitement repose après correction de la carence par vitamine B12 (une injection tous les 2 jours pendant 2 mois de 1000 gammas), sur l'administration intramusculaire, mensuelle et à vie de 1000 gammas de vitamine B12. Une surveillance endoscopique gastrique est à discuter en raison du risque potentiel de cancer de l'estomac.

Autres causes gastriques:

-Gastrectomies: en cas de gastrectomie, la prévention de la carence en vitamine B12 est essentielle; elle sera réalisée par une injection IM de 1000 gammas de B12 par mois. Mais une carence en vitamine B12 est aussi observée dans 10 à 15 des cas après gastrectomie partielle d'où la nécessité d'une surveillance biologique.

-Gastrites atrophiques non Biermeriennes du sujet âgé favorisées par l'infection chronique à *Helicobacter pylori*: cette carence correspond à une maldigestion du complexe protéine-vitamine B12. Le test de Schilling, qui utilise de la vitamine libre est normal chez ces patients. Le traitement doit reposer logiquement sur une vitaminothérapie orale.

Causes intestinales:

- Colonisation bactérienne de l'intestin grêle
- Résection iléale, maladie de Crohn

ANEMIES MACROCYTAIRES PAR CARENCE EN FOLATES.

Les stocks hépatiques de folates sont rapidement épuisés en 3-4 mois.

Les causes principales de carence en folates chez l'homme sont:

- Carences d'apport par alimentation dépourvue de légumes verts crus
- Hyperutilisation (dysérythropoïèse, grossesses multiples)
- Gastrectomies

-Alcoolisme et cirrhoses

-Troubles de l'absorption dus à des maladies de l'intestin grêle supérieur: l'affection la plus représentative est la **Maladie coeliaque** secondaire à une atrophie villositaire par intolérance au gluten contenu dans certaines céréales (blé, seigle, orge, avoine), le diagnostic repose en général sur les biopsies duodénales réalisées au cours de la fibroscopie.

Le traitement fait appel à l'acide folique apporté par voie orale sous la forme de comprimés à 5 mg (Spéciafoldine^o 1 à 3 comprimés par jour).