

# Item 222 : Anémie par carence martiale

---

**Date de création du document**    01/02/2010

## **OBJECTIFS**

ENC :

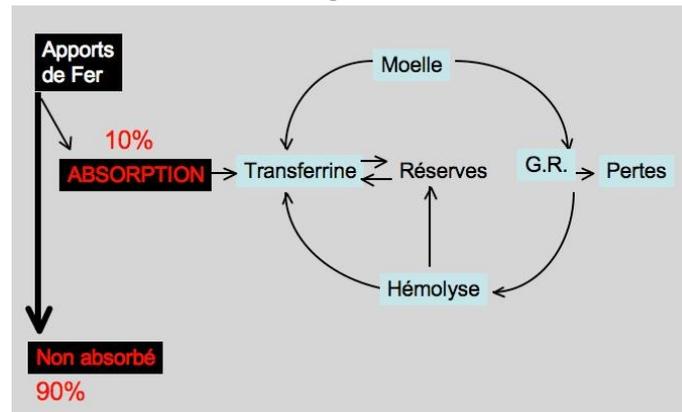
- Diagnostiquer une anémie par carence martiale.
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

## 1. DÉFINITION, CIRCONSTANCES DE DÉCOUVERTE

L'anémie par carence martiale est la plus fréquente des anémies. C'est une anémie centrale par diminution de la synthèse de l'hème dans les érythroblastes de la moelle osseuse par défaut de fer.

Le métabolisme du fer est en cycle fermé avec peu d'apports et peu de pertes (1 mg par jour chez l'homme, 2 mg chez la femme non ménopausée).

Figure 1



La majorité du fer de l'organisme est localisée dans l'hémoglobine (70 %) et dans les réserves (ferritine 20 %).

L'anémie est souvent bien tolérée car d'installation très progressive. Elle sera révélée par des signes d'anémie (pâleur, signes d'anoxie) ou de carence martiale (perte de cheveux...), ou un hémogramme systématique. Les anomalies sont isolées du point de vue hématologique (sans purpura, sans fièvre, sans adénopathies ni splénomégalie).

## 2. L'HÉMOGRAMME

---

Il objective une anémie microcytaire hypochrome arégénérative.

- Anémie avec une hémoglobine inférieure à la normale en fonction de l'âge et du sexe, souvent très basse :

<b>Nouveau-né</b>	: Hb < 140 g/L
<b>Homme adulte</b>	: Hb < 130 g/L
<b>Femme adulte</b>	: Hb < 120 g/L
<b>Femme enceinte</b> (à partir du second trimestre de grossesse)	: Hb < 105 g/L

- Microcytaire : Volume Globulaire Moyen (VGM) < 80 fl.
- Hypochrome : Concentration Corpusculaire Moyenne en Hémoglobine (CCMH) < 32 g/dL.
- Arégénérative : réticulocytes bas.
- Les plaquettes sanguines peuvent être augmentées.

### 3. LE BILAN MARTIAL

---

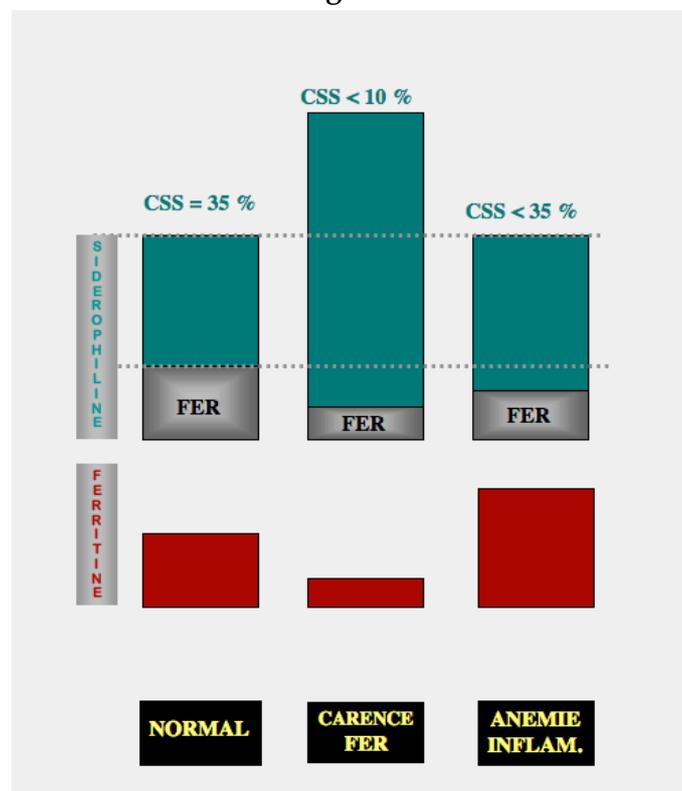
Il est très caractéristique car l'anémie est un processus tardif dans la carence martiale, sous couvert de l'absence de traitement (par fer ou transfusion) avant sa réalisation.

- La ferritine sanguine est diminuée ( $< 20 \mu\text{g/L}$  chez la femme,  $< 30 \mu\text{g/L}$  chez l'homme et la femme ménopausée), souvent effondrée.
- Le fer sérique est diminué ( $< 11 \mu\text{mol/L}$ ), souvent effondré. Seul il n'est pas interprétable et doit être associé à un autre examen : transferrine (sidérophiline) qui est augmentée, capacité totale de fixation de la transferrine (augmentée), coefficient de saturation de la transferrine (diminué).

## 4. LE DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Une anémie inflammatoire : En dehors des signes cliniques éventuels on retrouvera des signes biologiques d'inflammation : CRP augmentée, augmentation du fibrinogène et des  $\alpha_2$  globulines. L'augmentation de la VS ou des plaquettes sanguines n'a pas d'intérêt dans ce contexte. La preuve est apportée par la ferritinémie sanguine normale ou augmentée.

Figure 2



- Les syndromes thalassémiques
- Les autres causes :
  - Syndromes thalassémiques,
  - Déficit en vitamine B6,
  - Saturnisme,
  - Syndromes myélodysplasiques (surtout constitutionnels).

## 5. LE DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

---

Une anémie par carence en fer est presque exclusivement liée à une hémorragie chronique, souvent occulte.

Elles sont digestives ou gynécologiques : l'exploration dépendra donc du sexe et de l'âge.

Les causes gynécologiques sont les plus fréquentes chez la femme jeune.

Les causes digestives sont les plus fréquentes chez l'homme et la femme ménopausée.

L'interrogatoire est primordial, la recherche de sang dans les selles peut être utile et les explorations endoscopiques seront indispensables en l'absence de cause gynécologique.

Indépendamment de l'étiologie, une cause favorisante devra être recherchée :

Médicament (AINS, traitement anticoagulant), pathologie de l'hémostase.

Les autres causes sont exceptionnelles (en France), comme la dénutrition, les causes psychiatriques (L'asthénie de Ferjol) la géophagie ou l'hémosidérose pulmonaire chez l'enfant.

Carence d'apport chez le nourrisson.

## 6. LE TRAITEMENT

---

- I Le traitement étiologique doit toujours être réalisé lorsqu'il est possible (ablation d'un stérilet ou d'un polype utérin, d'un polype digestif...).

Le traitement martial : comporte la prescription d'un sel de fer ferreux per os à la posologie de 200 mg par jour chez l'adulte, et ce pendant une durée minimale de 3 mois.

Le patient doit être prévenu des conséquences digestives de ce traitement : selles noires, nausées (elles seront moins importantes en cas de prise du médicament au cours du repas mais l'absorption sera moindre).

La consommation importante de thé gêne l'absorption du fer, de même que la prescription de gels d'alumine.

Le traitement parentéral doit être réservé aux très rares cas où un traitement per os bien conduit s'avère impossible ou inefficace.

Le fer sérique puis l'hémogramme se normalisent vite mais le critère d'arrêt du traitement est la normalisation de la ferritine sanguine (reflet du stock de fer). L'absence de normalisation de l'hémogramme devra faire rechercher une non compliance au traitement ou une recherche étiologique incomplète.

Les transfusions sanguines sont exceptionnellement nécessaires, l'indication reposant sur la tolérance clinique.