

Avertissement : notes prises au vol... erreurs possibles... prudence !

Mardi 18 juin 2019

Hôpital cantonal de Genève

L'anémie du sujet âgé : un nouveau syndrome gériatrique ?

Dr E. Frangos Samaras

L'anémie de la personne âgée (PA) est fréquente...**soit Hb moins de 130 g/L chez l'homme et moins de 120 g/L chez la femme.**

C'est fréquent : 12% dans la communauté des plus de 65 ans, 25% après 80 ans. 47% en EMS. La majorité souffre d'une anémie légère supérieure à 100 g/L, seuls 10-15% d'une anémie < 100 g/L.

Vu le vieillissement de la population, il faut s'attendre à beaucoup d'anémiques de > 80 ans d'ici 2030...

L'anémie de la PA, c'est un des multiples cofacteurs du déclin aussi bien physique que psychique et cognitif conduisant à la fragilité et à la perte d'autonomie.

C'est pas bon pour la mobilité, pour les performances cognitives, pour les réadmissions hospitalières, pour la durée du séjour hospitalier, pour les chutes, les fractures et finalement pour la mortalité...

Mais attention... c'est pas parce que l'on est anémique et que l'on tombe... que l'on tombe parce que l'on est anémique...

Pour ce qui est des causes de l'anémie de la PA :

- Environ 30% c'est un déficit nutritionnel, en fer, en B12 ou en folates
- Environ 30% c'est une cause inflammatoire, infectieuse, insuffisance rénale chronique (IRC) ou tumeurs.
- Environ 30% de cause indéterminée... (par exemple, syndromes myélodysplasiques (SMD) débutants, déficit androgénique, inflammation de bas grade, déficit en vitamine D (?) ou état ferriprive non reconnu...).

L'anémie est souvent plurifactorielle et on nous conseille une procédure diagnostique standardisée...

FSC, réticulocytes, bilan ferrique et vitaminique (B12, Folates).

Fonction rénale, calcul de la clearance (< 30 ml/min : risque significativement augmenté d'anémie par manque d'EPO).

TSH, tests hépatiques, paramètres inflammatoires (VS, CRP), PBM

Bilan endoscopique si déficit en fer

Un mot sur le déficit en fer où l'on ne retrouverait le cocktail : fer sérique bas, saturation de la transferrine basse, ferritine basse, microcytose que chez < 30% des patients...

Si une ferritine est < 19 mg/L signe un état ferriprive dans 95% des cas, ce n'est plus le cas entre 19 et 45 mg/L où la probabilité d'avoir un état ferriprive passe à 61%, et à la valeur de 46-100 mg/L où l'on peut encore retrouver un état ferriprive dans 18% des cas...

On admet le cut-off comme prédicteur de déficit, dans la population générale, entre 40-50 mg/L et à 70 mg/L lors de maladie inflammatoire.

On insiste sur l'importance du dosage du récepteur soluble de la transferrine (RsTf) et du calcul de l'index R soluble (RsTf/log ferritine)...

L'expression de RsTf est liée à la disponibilité du fer. Si la concentration en fer est insuffisante, la densité du récepteur de la transferrine est augmentée par compensation.
Le taux de RsTf augmente en réponse à la carence martiale et avec l'activité érythropoïétique.

Le déficit en fer est responsable seul ou en combinaison avec une carence en folate ou en B12 de presque 20% des anémies PA... Le plus souvent, il s'agit d'une perte sanguine digestive... oesophagite, gastrite, ulcère, angiodysplasie, polypes, cancers... Plus rarement dans nos pays par carence d'apport...

Ne pas oublier dans le diagnostic différentiel la maladie coeliaque pausymptomatique de l'adulte et rechercher les Ac anti-transglutaminase IgA avec les biopsies iléales...

La carence en B12 et folates est très fréquente... 10-24% chez PA... mais rarement à l'origine d'une anémie macrocytaire... Rechercher gastrite atrophique, Biermer, chirurgie gastrique, malabsorption, achlorhydrie (p.ex. prise chronique d'IPP)...

Le fer se donne en 1^{ère} intention per os, et seulement iv si intolérance ou inefficacité...
La B12 se donne per os (1-2 mg/j) sauf si Biermer ou symptômes neurologiques...

Normalement l'Hb s'améliore en 1-3 semaines, et se normalise en 6-8 semaines...

Le fer iv (Ferinject® : carboxymaltose) est bien supporté s'il est donné à la bonne dose et à la bonne vitesse, et s'il n'y a pas d'antécédents d'hypersensibilité au fer iv et de terrain atopique...

Attention à l'hypophosphatémie chez les patients dénutris, y penser si apparaît une faiblesse après la perfusion (<https://www.revmed.ch/RMS/2017/RMS-N-576/Administration-de-fer-hypophosphatemie-et-osteomalacie>).

L'extravasation de Ferinject® peut entraîner une pigmentation durable grisâtre... qui mettra des mois à disparaître...

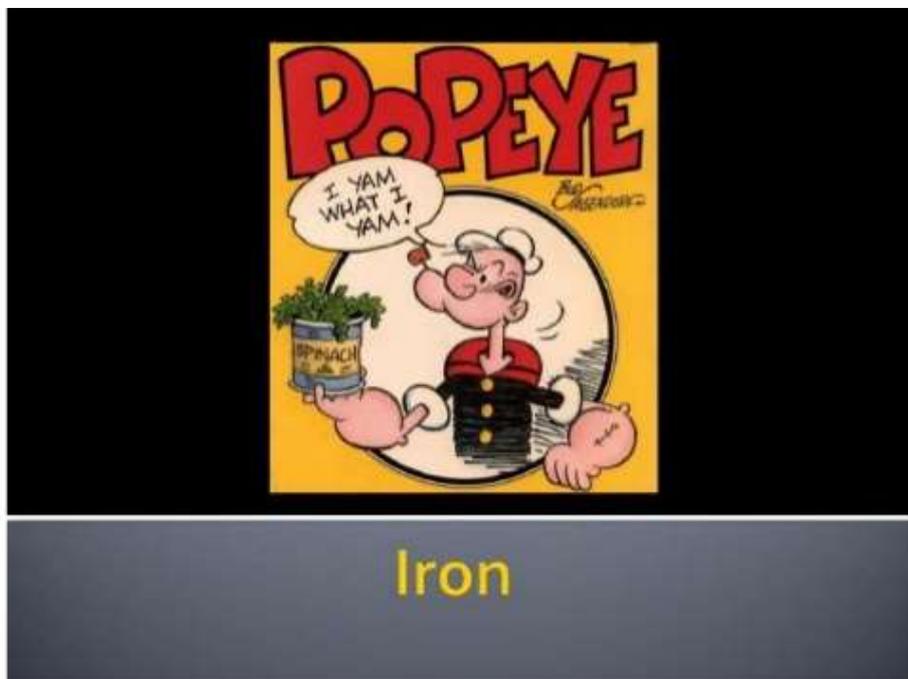
L'EPO est indiquée lors d'anémie symptomatique d'origine rénale (clearance < 30 ml/min) ou de SMD de faible risque... (se souvenir que l'EPO ne stimule sans doute pas que la lignée rouge... et qu'en cas de SMD il faut être prudent...).

La transfusion est recommandée lors de saignement actif ou d'Hb < 70 g/L (chez la PA probablement 80-90 g/L) si co-morbidités cardio/respiratoires...

Les prélèvements sanguins quotidiens chez les patients aux soins intensifs p.ex. peuvent osciller entre 40 et 350 ml/j... Parfois 600 ml/semaine... Il peut donc y avoir une composante iatrogène à l'anémie...

Parmi les syndromes gériatriques on compte les chutes, les démences, les états confusionnels, la dénutrition, l'incontinence...

L'anémie est sur le point d'être rajoutée à la liste... il est important de ne pas la banaliser et de rechercher ses causes...



Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan
ericbdh@hin.ch

transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch