



L'APPORT DES CONSTANTES ÉRYTHROCYTAIRES

VGM ET TCMH



CONDUITE À TENIR EN CAS DE DIMINUTION OU AUGMENTATION ISOLÉE DES CONSTANTES ÉRYTHROCYTAIRES (VGM, TCMH)

→ Objectif : faire un dépistage précoce des anémies carencielles avant la diminution de l'hémoglobine et l'apparition de complications cliniques voire transfusionnelles.

LES MARQUEURS PRÉCOCES DE L'ATTEINTE HÉMATOPOÏÉTIQUES SONT :

TCMH

= Teneur Corpusculaire Moyenne en Hémoglobine 27 à 32 pg.
= Facteur le plus sensible et pertinent de l'hémogramme pour le diagnostic de l'hypochromie et du déficit de synthèse en hémoglobine. Sa diminution est le paramètre le plus sensible et précoce de l'hémogramme pour le diagnostic de carence martiale.

VGM

= Volume Globulaire Moyen 80 à 100 fL.

CONDUITE À TENIR DEVANT UNE DIMINUTION DU VGM :

HYPOCHROMIE (TCMH < 27 pg)
+/- microcytose (VGM < 80 fL)

SUSPICION DE CARENCE MARTIALE



Examen de 1^{ère} intention
Ferritinémie + CRP

REMARQUE :

Une diminution de TCMH et/ou VGM peut être suspectée en comparant son évolution sur plusieurs NFS successives.

Ferritine < 30 µg/L
CRP < 5 mg/L

CARENCE EN FER

Ferritine < 30 µg/L
CRP augmentée

CARENCE EN FER AVEC SYNDROME INFLAMMATOIRE ASSOCIÉ



Traitement étiologique + Traitement substitutif en fer

Ferritine subnormale
CRP augmentée

UNE CARENCE NE PEUT ÊTRE EXCLUE



Le dosage du récepteur de la transferrine peut être réalisé pour ne pas méconnaître une carence en fer en plus de la pathologie

Ferritine normale
CRP normale



La réalisation d'une électrophorèse de l'hémoglobine est souhaitable

Le dosage isolé du fer sérique a été supprimé de la nomenclature (JO 22/06/2017), il sera remplacé en systématique par une ferritine. Le fer sérique ne sera rendu que si le coefficient de Saturation

CONDUITE À TENIR DEVANT UNE **AUGMENTATION** DU VGM :

Macrocytose (VGM > 100 fL)
+/- anémie



Examen de 1^{ère} intention
Dosage sérique des vitamines B12, B9,
réticulocytes
(+/- TSH en fonction de la clinique)

REMARQUE :

Le VGM est un paramètre stable.

En l'absence de contexte clinique (hémopathie) ou thérapeutique évocateur (chimiothérapie, hydroxyurée.....), toute augmentation importante du VGM (> 5 fL) doit inciter à rechercher une carence.

En cas de déficit d'apport ou d'absorption
en vitamine B12



Rechercher un contexte suite
à une chirurgie gastrique



Éliminer une maladie de Biermer.
Rechercher les anticorps anti-facteur
intrinsèque et anti cellules
pariétales gastriques

Carence en folates : apport ou malabsorption

Hyper réticulocytose
(hémorragie ou hémolyse)

Autres : syndromes myelodysplasiques, hypothyroïdie, hépatopathie sévère (alcoolisme chronique), hémopathie (médicaments), d'autres étiologies sont possibles.