

# Cas clinique n°1

- Un homme âgé de 59 ans est hospitalisé pour asthénie et dyspnée.  
Il a comme seul antécédent une encéphalite herpétique en 2000.  
Tabac à 60 paquets/année. Pas d'alcool. Pas de régime particulier.  
Pas d'AEG
- L'examen clinique est normal en dehors de paresthésies subjectives aux membres inférieurs. TA 15/6. Apyrétique.

# biologie

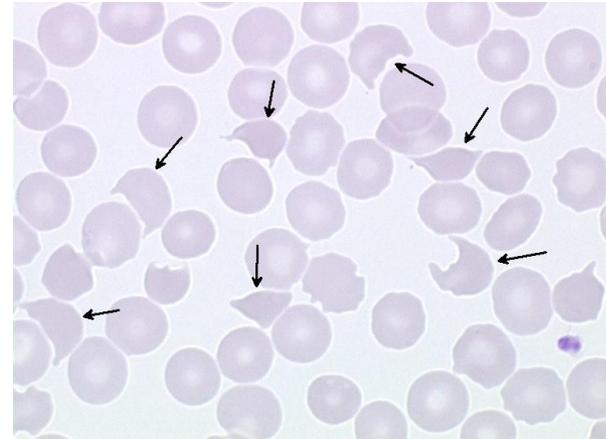
- Leucocytes 2700/mm<sup>3</sup> (2200 PNN)
- Hb 3,7 g/dl; VGM 105 fl; réticulocytes 2000/mm<sup>3</sup>
- Plaquettes 51000/mm<sup>3</sup> avec assez nombreux schizocytes
- LDH 1850 UI/l; bilirubine normale; BHC normal
- Créatinémie 60 µmol/l

# Question 1

- Comment interprétez vous le bilan biologique?

## Question 2

- Quelles étiologies vous suggère la présence de schizocytes ?
- Discuter



# schizocytes

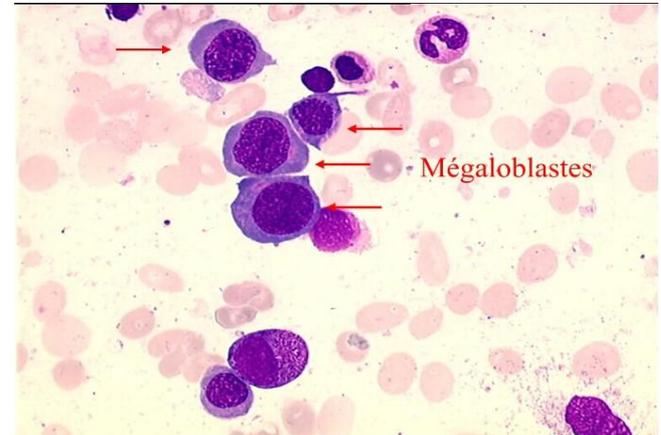
- Valves mécaniques, CEC
- Coarctation de l'aorte, RA, RM
- Endocardites
- Chocs palmo plantaires répétés (marathonniens)
- Purpura thrombotique thrombocytopénique (Moschcowitz)
- Syndrome hémolytique hyperurémique
- Néoplasies (gastrique)
- Grossesse (HELLP, toxémie gravidique)
- Médicaments (quinine, cyclosporine, tacrolimus, ticlopidine, chimiothérapies)

Et...

## Question 3

- Quel(s) examen(s) demandez vous pour confirmer votre diagnostic ?

# Biermer

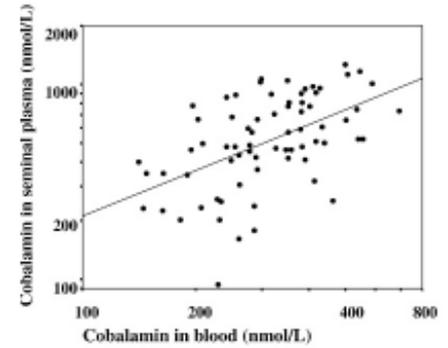


- Hyperhomocystéinémie 50  $\mu\text{mol/l}$
- Vitamine B12 basse (68 ng/l), folates normaux
- Anticorps anti facteur intrinsèque (spe, mais se 70%)
- Anticorps anti cellule pariétale gastrique (se 90% mais peu sp 15% F>60 ans)
- FOGD: gastrite atrophique limitée au fundus (avec achlorhydrie)

# Biermer

- Traitement vitamine B12 IM initial
- Traitement per os (1 mg/j: 1% absorbé non lié par diffusion passive)
- Risque: cancer gastrique
  - Atrophie > métaplasie intestinale > dysplasie (10%)
  - 8,4 % dysplasies > cancer à 10 ans
- Surveillance:
  - En l'absence d'anomalie à la première FODG: tous les 3 ans
  - Sinon tous les ans

# Substances riches en B12



*Boxmeer, J of andrology 2007*



**VEGETALIENNES: UN MOYEN SIMPLE ET NATUREL DE SE SUPPLEMENTER EN B12 \***

\*fonctionne aussi pour les végétaliens  
garanti sans souffrance animale, produit testé par des animaux volontaires

# Autres causes de déficit en vitamine B12

- **Les autres troubles de l'absorption liés au FI :**  
Les gastrectomies totales nécessitent une supplémentation à vie en vitamine B12 parentérale.
- **Les troubles de l'absorption non liés au FI :**
  - insuffisance pancréatique (complexe R-vitamine B12 détruit dans le jéjunum par la trypsine)
  - Botriochéphale,
  - Pullulations microbiennes (syndrome des anses borgnes, diverticulose ...)
  - Résections du grêle, atteinte post-radiothérapie, maladie coeliaque ...
  - Maladie d'Imerslund, déficit congénitaux en transcobalamine ...
- **Le syndrome de non-dissociation de la vit. B12 de ses molécules transporteuses**  
encore discutée nosologiquement associe :
  - Une diminution de la vitamine B12 sérique,
  - (Un test de Schilling standard normal)
  - L'absence de carence nutritionnelle en B12,
  - Un facteur prédisposant à la carence en B12 : gastrite atrophique, infection chronique à *Helicobacter Pylori*, insuffisance pancréatique, éthylisme, prise d'anti-acides, VIH, âge ...