

CARACTÉRISTIQUES DE L'HÉMOGRAMME DES SUJETS CARENCÉS EN VITAMINE B12

MC. Rabah (1), D. Zouari (2), I. Dammak (1), M. Chaari (1), R. Marrakchi (2), M. Boudaya (2), K. Jamoussi (2), H. Elleuch (1), M. Turki (2)

- (1) Laboratoire d'hématologie biologique, CHU Hédi-Chaker, Sfax, Tunisie
 (2) Laboratoire de biochimie, CHU Hédi-Chaker, Sfax, Tunisie

Introduction

L'hémogramme constitue le principal critère de décision pour le dosage de la vitamine B12. (Vit B12)

Objectif: Caractériser les anomalies biologiques des sujets carencés en cobalamines afin d'essayer de mieux orienter la prescription de ce test.

Matériels et méthodes

- Etude prospective réalisée du 01/04/2024 au 30/06/2024 au CHU Hédi Chaker Sfax.
- La carence a été définie: Vit B12 < 180 pmol/L.
- L'anémie a été retenue pour une hémoglobine (Hb) < 12g/dL chez les femmes et < 13g/dL chez les hommes
- L'indice de Mentzer (évocateur de β -thalassémie) a été calculé par le ratio VGM/GR avec un cut-off à 13.
- Tous les patients carencés ont été inclus.
- Le dosage de la vitamine B12 a été réalisé par électro-chimiluminescence (ECLIA) sur l'automate dXi600®.
- Les Numération formule sanguine (NFS) ont été effectuées sur l'automate Sysmex XN-1000®.
- Les analyses statistiques ont été réalisées sur Microsoft Excel®.

Résultat

Nous avons effectués **93 dosages** (31/mois):

- **L'âge moyen** : 55 (15-98) ans
- **Sex- ratio (H/F)** : de 0,86
- **Moyen du Vit B12** : 118,3 (24-177) pmol/L
- **Services prescripteurs** : 33,3% provenaient du service de gastrologie, 25,8 % de la médecine interne et de l'hématologie clinique dans 8%.
- **L'étude de l'hémogramme:**
- **Anémie** dans 71% [Taux médian Hb: 11,2 (3,4-16,8) g/dL; Taux médian VGM: 86,6 (62,2-112,4) fl] (Figure 1)
 => Dans le cas des anémies microcytaire l'indice de Mentzer était <13 dans deux cas soit 2,15%.
- Taux médian **plaquettes** : 277 (82-774) G/L [thrombopénie 16,1 % ; thrombocytose 9,7%]
- Taux médian **GB**: 6920 (1180-15750) /mm³. [Hyperleucocytose était dans 4,3% en rapport avec un syndrome inflammatoire biologique]

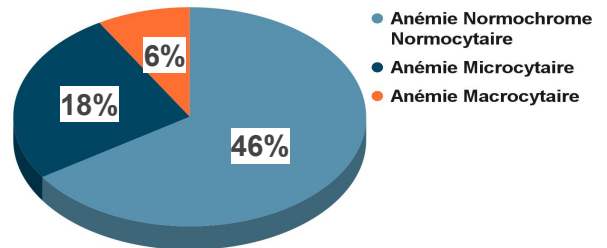


Fig 1: Types d'anémie chez les carencés en Vit B12

Discussion

- L'anémie est de loin la manifestation la plus fréquente lors du déficit en cobalamines. Nos moyennes sont comparables aux études [1,2].
- Dans notre l'anémie normocytaire, microcytaire et macrocytaire étaient respectivement 46%,18% et 6% qui n'est pas concordant avec les autres études qui étaient respectivement 37,3%, 6% et 56,6 [1].
 => cette discordance provient du fait que les dosages ont été fait sans prise en compte des résultats des NFS.
 Un VGM normal ou bas peut se voir dans une anémie par carence en cobalamines [3,4] lorsque coexistent des affections responsables de microcytose.
- A l'anémie s'associent, une leucopénie et une thrombopénie qui sont parfois sévères, réalisant un tableau trompeur de pancytopenie. La leucopénie et la thrombopénie sont parfois au premier plan, apparaissent bien avant l'anémie [5].

Conclusion

En présence d'une carence en fer ou d'une composante inflammatoire, l'absence d'une macrocytose n'est plus un critère suffisant pour éliminer une carence en Vit B12. La présence des signes cliniques associés (glossite, troubles neurologiques...) reste un élément décisif dans le choix de la prescription.

Bibliographie

1. Bougezraoune, KarimaMoghraoui, Kanza: Etude prospective et rétrospective de l'incidence de l'anémie par carence en vitamine B12 : stage réalisé au service d'hématologie du C.H.U.Nedir Mohamed de Tizi-Ouzou
2. ANDRES E., PERRIN A.E., KRAEMER J.P., GOICHOT B., DEMENGEAT C., RUELLAN A., GRUNENBERGER F et SCHLIENGER J.L. (2000).
3. Green R, Kuhl W, Jacobson R, Johnson C, Carmel R, Beutler E (1982) Masking of macrocytosis by alpha thalassemia in blacks with pernicious anemia.
4. Spivak JL (1982) Masked megaloblastic anemia.
5. Gialluly E, De Campillo B, Zittoun J (1987) Carence en folates en réanimation.