

Une anémie dans les chaussettes mon cher Michel

LE DOSSIER DES SERVICES



Les 28^{èmes} Journées Bernard Devulder

Printemps
de la **Médecine Interne**
L'école du diagnostic

Vendredi 31 mars 2023
à l'Hôpital Européen
Georges Pompidou
(grand auditorium)
20 rue Leblanc, Paris 15^{ème}

Inscriptions : <https://www.snfmi.org/content/prochain-printemps-de-la-medecine-interne-en-2023>

Un homme âgé de 52 ans était hospitalisé dans le service pour une anémie ferriprive. Le patient vivait seul dans un studio de 30 m² à Paris, il était le dernier locataire d'un immeuble déserté pour cause d'insalubrité. Il travaillait comme planificateur informatique, et était lors de son hospitalisation au chômage et sous curatelle pour une psychose chronique suivi dans un centre médico-psychologique depuis 15 ans. Il était célibataire et n'avait pas d'enfant, sa consommation d'alcool était estimée à 1,5 L de bière par jour et il fumait à hauteur d'un paquet par jour. Nous apprenions qu'il avait consommé du LSD et de l'ecstasy dans sa jeunesse et qu'il avait fait une tentative de suicide à l'âge de 25 ans à l'occasion d'une bouffée délirante aiguë.

Dans ses antécédents, on notait une anémie par carence martiale sans étiologie retrouvée évoluant depuis 2016. Il avait consulté en 2019 pour des lésions érythémato-squameuses des membres inférieurs traitées comme de l'eczéma. Son traitement comportait : alprazolam, miansérine et olanzapine.

Il consultait aux urgences en mai 2021 suite à un bilan biologique réalisé pour asthénie qui retrouvait une anémie à 4,7 g/dL (VGM 59 fL, ferritinémie < 2 µg/L). Il avait refusé d'être hospitalisé et était sorti après transfusion de 3 culots de globules rouges (CGR).

Il revenait aux urgences en août 2021 pour malaise et dyspnée d'effort d'aggravation progressive. Il avait perdu 10 kg sur les 6 derniers mois, sans surprise puisque le patient ne mangeait plus que du steak haché surgelé cru, par souci de simplicité et à cause d'une curatelle trop stricte financièrement d'après lui. L'hémoglobine était à 3,2 g/dL (VGM 94 fL, réticulocytes 170 G/L, ferritinémie 29 µg/L). Le reste

de l'hémogramme était par ailleurs normal (globules blancs (GB) 9 G/L, plaquettes 286 G/L). La CRP, l'haptoglobine, la TSH, les vitamines B9 et B12, l'albuminémie et l'électrophorèse des protéines sériques étaient normaux. La fibroscopie digestive haute était normale et la coloscopie totale sans particularité, mais insuffisamment préparée. Sur le scanner thoraco-abdomino-pelvien (TAP), il n'y avait pas de saignement profond ni de syndrome tumoral. Après avoir reçu 4 CGR et 1g de fer injectable, l'hémoglobine à la sortie était à 8,7 g/dL.

Il était revu en octobre 2021 suite à un contrôle de l'hémoglobine à 5,9 g/dL (VGM 101 fL, réticulocytes à 61 G/L, ferritinémie 54 μ g/L). Les éosinophiles étaient à 1,59 G/L, le reste de la formule était normal. Il n'y avait pas eu de nouveaux traitements en dehors d'une prise de fer oral. Il n'y avait pas de saignement extériorisé. Un bilan d'hyperéosinophilie était effectué : absence d'allergie, examen parasitologique des selles négatif, sérologies des parasites autochtones négatives, sérologie VIH négative, ANCA négatif. Malgré un déparasitage par ivermectine, cette éosinophilie allait persister avec des fluctuations entre la normale et moins de 1 G/L jusqu'au diagnostic. Une iléo-coloscopie totale cette fois-ci bien préparée se révélait normale. La vidéocapsule montrait une angiodyplasie d'1 mm dans le jéjunum. Le patient sortait après transfusion de 2 CGR avec une hémoglobine à 10,2 g/dL.

En mars 2022 le patient était à nouveau hospitalisé devant une importante altération de l'état général, une dyspnée au moindre effort et des malaises à répétition. L'hémoglobine était à 2,3 g/dL (VGM 90 μ L, réticulocytes 219 G/L, ferritine 16 μ g/L). L'examen clinique était sans particularité en dehors de lésions cutanées des jambes (figure) et du dos identiques. Les selles étaient noires, motivant de nouvelles endoscopies digestives hautes et basses qui s'avéraient normales. Après transfusion de 6 CGR, l'hémoglobine remontait à 9,5 g/dL et restait stable au cours des 3 semaines d'hospitalisation dans l'attente d'un hébergement social. Durant le séjour, une observation du patient et l'envoi d'un prélèvement vous confirmera le diagnostic.



Préparez en équipe ce dossier et envoyer votre réponse

avant le **15 mars** 2023 à Gaelle Louet Secretariat.SNFMI@chu-rouen.fr

1/ Quel prélèvement a permis le diagnostic ? _____

2/ Questions subsidiaires pour départager les *ex-aequo* : Pourquoi Michel ? _____
Quel sera le pourcentage de bonnes réponses : _____%

Réponse envoyée par le

Service de _____ de l'hôpital : _____ VILLE _____

PAYS _____

Médecin envoyant la réponse au nom de son service :

Nom

Prénom

Mail

PALMARES DU PRIX DES SERVICES



Lauréat 2022

Service de médecine interne, CHU de Montpellier

Lauréat 2021

Service de médecine interne, CHU de Rennes

Lauréat 2019

Service de médecine interne, CHI Robert Ballanger, Aulnay-Sous-Bois

Lauréat 2018

Service de médecine interne, CHU de St Etienne

Lauréat 2017

Service de médecine interne, hôpital européen de Marseille