Journal of african clinical cases and reviews / Journal africain des cas cliniques et revues

www.jaccrafrica.com ISSN 1859-5138 Open access

Article original

Profil clinique, étiologique des anémies hémolytiques au service d'Hématologie du CHU Ignace Deen de Conakry

Clinical profile, etiological of hemolytic anemias at the Hematology Department of the Ignace Deen University Hospital in Conakry

M Diakité[1], C Traoré[2], A Condé*[1], AS Kanté[3], AS Doukouré[4], AG Diallo[1], I Diallo[5], M Traoré[1], TO Diakité[1], ML Kaba[6]

Résumé

Introduction : Les anémies hémolytiques (AH) se définissent par la destruction exagérée de manière aigue ou chronique des hématies et représentent la quatrième étiologie par ordre de fréquence des anémies. L'identification des causes, qu'elles soient constitutionnelles ou acquises, peut être difficile et nécessite une démarche diagnostique hiérarchisée. Le but était de contribuer à l'amélioration de la prise en charge des anémies hémolytiques dans notre service par la description du profil clinique et étiologique.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude transversale et analytique d'une durée de 06 mois du 03 février au 03 juillet 2020. Concernait les patients hospitalisés dans notre service d'Hématologie et présentant une anémie de type hémolytique durant notre période d'étude.

Résultats : Durant la période d´étude, 110 cas sur 296 soit 37,16% d'anémie hémolytique ont été recensés. L'âge moyen est de 45,36 ans +/- 21,39 avec des extrêmes de 9 ans et 96 ans. Les patients de sexe masculin sont les plus touchés avec un sexe ratio (M/F) =1,11. Les signes neurosensoriels constituaient les premiers motifs de consultation retrouvée chez les patients de notre série avec asthénie 57,27%, palpitation 52,73%, dyspnée d'effort 47,27% et les d'hémolyse (hémoglobinurie 50,91%). Les différents signes physiques au moment du diagnostic étaient dominés par la pâleur cutanéomuqueuse 95,45%, la fièvre 85,45% et l'ictère 67,27%. Sur le plan biologique, le taux moyen de l'Hb est de 6,3g/dl avec des extrêmes de 3 et 10 g/dl. Une anémie sévère avec un taux d'Hb de moins de 6g/dl a été trouvée chez 50,91% des cas. L'étude des autres paramètres de l'hémogramme nous a permis de distinguer les différents types d'anémies. L'anémie normocytaire normochrome vient largement en tête (89,09% des anémies trouvées). Un bilan d'hémolyse (bilirubine, LDH et haptoglobine) a été réalisé chez les patients. Des stigmates d'hémolyse ont été retrouvés chez 69 patients.

Conclusion : Si la reconnaissance de la nature hémolytique de l'anémie est en général aisée, le diagnostic étiologique peut s'avérer plus difficile.

La démarche diagnostique repose dans un premier temps sur les données de l'interrogatoire, une biologie standard, le frottis sanguin et le test direct à l'antiglobuline, puis dans un second temps, parfois à des examens plus spécifiques.
Mots-clés : Anémies hémolytiques, hématologie, CHU Ignace Deen, Conakry.

Abstract

Introduction: Haemolytic anemias (HA) are defined by the acute or chronic exaggerated destruction of red blood cells and represent the fourth etiology in order of frequency of anemias. Identifying causes, whether constitutional or acquired, can be difficult and requires a hierarchical diagnostic approach. The goal was to contribute to the improvement of the management of hemolytic anemias in our department by the description of the clinical and etiological profile.

Methodology: This was a cross-sectional and analytical study lasting 06 months from 03 February to 03 July 2020. Concerned patients hospitalized in our Hematology department and presenting with hemolytic anemia during our study period.

Results: During the study period, 110 cases out of 296 or 37.16% of hemolytic anemia were identified. The average age is 45.36 years +/- 21.39 years with extremes ranging from 9 years to 96 years. Male patients are the most affected with a sex ratio (M/F) =1.11. Neurosensory signs were the first reasons for consultation found in patients in our series with asthenia 57.27%, palpitation 52.73%, exertional dyspnea 47.27% and hemolysis (hemoglobinuria 50.91%). The various physical signs at diagnosis were dominated by mucocutaneous pallor, fever and jaundice. Biologically, the average Hb level is 6.3g/dl with extremes of 3 and 10 g/dl.

Severe anaemia with an Hb level of less than 6g/dl was found in 50.91% of cases. The study of the other parameters of the blood count allowed us to distinguish the different types of anemia. Normocytic normochrome anemia is largely in the lead (89.09% of anemias found). A haemolysis assessment (bilirubin, LDH and haptoglobin) was performed in patients. Haemolysis stigmas were found in 69 patients.

Conclusion: While recognition of the hemolytic nature of anemia is generally easy, etiological diagnosis may be more difficult. The diagnostic approach is based first on interrogation data, standard biology, blood smear and direct antiglobulin test, then in a second step, sometimes on more specific examinations.
Keywords: Haemolytic anemias, hematology, CHU Ignace Deen.

Introduction

Les anémies hémolytiques (AH) se définissent par la destruction exagérée de manière aigue ou chronique des hématies et représentent la quatrième étiologie par ordre de fréquence des anémies [1].

Elles se manifestent cliniquement par un syndrome anémique d'intensité variable, à cela s'ajoutent et les signes de la maladie en cause [2].

L'identification de ses causes, qu'elles soient constitutionnelles ou acquises, peut être difficile et nécessite une démarche diagnostique hiérarchisée [2].

Les causes d'AH sont par ailleurs classées en constitutionnelles ou acquises, hormis l'hémoglobinurie paroxystique nocturne (HPN) qui est constitutionnelle et à la fois acquise [2].

La prise en charge est fonction de l'étiologie. Un certain nombre de pratiques médicales ou chirurgicales sont pourtant souvent utilisés telles que : la transfusion sanguine, l'acide folique, la corticothérapie et la splénectomie dans le but d'améliorer ou de maintenir la qualité de vie des patients [3].

Au Maroc, Ali Zinebi et al en 2016, ont rapporté une que l'anémie hémolytique constituait la troisième cause des anémies avec une prévalence de 6,33% des anémies hémolytiques et les étiologies retrouvées étaient : 5 cas soit 45,45% d'anémie hémolytique auto-immune (AHAI) dont 3 cas d'A.H.A.I. idiopathique (27,27%), 1 cas A.H.A.I. (9,0%)

secondaire à un lupus, un cas de syndrome d'Evans (9,00%) chez une patiente ayant une thrombopénie associée, 4 cas soit 36,36% d'hémoglobinopathie (2 cas d'hémoglobinose C, une drépanocytose cosmopolite chez une patiente, un cas de béta-thalassémie intermédiaire) et 2 cas soit 18,18% de déficit en G6PD chez deux personnes. [4].

En Guinée, nous ne disposons pas d'études antérieures publiées sur les anémies hémolytiques.

Ainsi les gravités potentielles des complications des anémies hémolytiques, la mise à jour récente des attitudes cliniques dans la pratique hospitalière courante et l'absence d'étude dans le service ont motivé le choix de ce présent travail. Le but était de contribuer à l'amélioration de la prise en charge des anémies hémolytiques dans notre service par la description du profil clinique et étiologique.

Méthodologie

Type, durée d'étude et population d'étude :

Il s'agissait d'une étude transversale et analytique d'une durée de 06 mois allant du 03 février au 03 juillet 2020. Concernait les patients hospitalisés dans notre service d'Hématologie et présentant une anémie de type hémolytique durant notre période d'étude.

Critère de sélection

Ont été inclus dans notre étude, tous les patients hospitalisés dans le service pour une anémie hémolytique. Le diagnostic a été retenu devant les signes cliniques et/ou biologique sans distinction de sexe, ni d'âge durant notre période d'étude.

Variables d'études : Nos variables d'études étaient qualitatives et quantitatives reparti en plusieurs type de données : Socio-démographiques, cliniques, biologiques et thérapeutiques.

Collecte, analyse et présentation des données

Nos données ont été analysées à l'aide du logiciel EPI INFO dans sa version 7.4.0 et présentés à l'aide des logiciels Microsoft Word et power point du pack office 2016.

Les analyses bi variées ont été réalisé à fin d'identifier les facteurs de risque des AH, Les résultats ont été considéré comme significatif avec un risque relatif supérieur à 1 et un niveau d'incertitude P-value inférieur à 0,05.

Résultats

Durant la période d´étude, 110 patients présentaient une anémie hémolytique sur un total de 296 patients hospitalisés soit 37,16%. L'âge moyen était de 45,36 ans +/- 21,39 avec des extrêmes de 9 ans et 96 ans (Tableau I). Les patients de sexe masculin représentaient 52,73% avec un sexe ratio (M/F)=1,11. Les motifs de consultation sont consignés dans le Tableau I. Sur le plan biologique, le taux moyen de l'hémoglobine (Hb) était de 6,3g/dl avec des extrêmes de 3 et 10 g/dl. Une anémie sévère avec un taux d'Hb de moins de 6g/dl a été trouvée chez 50,91% des patients. L'étude des autres paramètres de l'hémogramme nous a permis de trouver une anémie normocytaire normochrome dans 89,09%. Un bilan d'hémolyse (bilirubine, LDH et haptoglobine) a été réalisé chez les patients. Des stigmates d'hémolyse ont été retrouvés chez 69 patients (62,72%).

Tableau I : répartition des patients souffrants d'anémie hémolytique selon les étiologies au Service d'Hématologie de l'Hôpital National Ignace Deen.

	Effectif (n=110)	Pourcentage (%)
SEXE [sex-ratio (M/F)=1,11]		
Age moyen = 45,36 ans +/- 21,39 ans; extrêmes : 9 ans et 96 ans		
Motifs de consultation		
Asthénie physique	63	57,27
Palpitation	58	52,73
Hémoglobinurie	56	50,91
Dyspnée d'effort	52	47,27
Signes physiques		
Pâleur cutanéomuqueuse	105	95,45
Fièvre	94	85,45
Tachycardie	77	70,00
Ictère/sub ictère	74	67,27
Splénomégalie	7	6,36
Hépatomégalie	4	3,64
Degré d'anémie		
Sévère THb < 6g/dl	56	50,91
Modéré THb [6 - 10]	52	47,27
Légère THb [10 - 11]	2	1,82

La recherche étiologique a retrouvé un groupe de pathologies consigné dans le tableau II.

Tableau II : répartition des patients souffrants d'anémie hémolytique selon les étiologies au Service d'Hématologie de l'Hôpital National Ignace Deen.

Causes	Mécanisme	Effectif	Pourcentage(%)
Extra corpusculaires (79)	Infectieux (Paludisme)	76	69,10
	Immunologiques (AHAI)	3	2,72
Corpusculaires (31)	Drépanocytose	31	28,18

Tableau III : corrélation entre les étiologies et la durée d'hospitalisation des patients au Service d'Hématologie de l'Hôpital National Ignace Deen.

Etiologies	Anémie sévère		Chi-2	p-value
	Non	Oui		
Origine infectieuse	33(66,0%)	49(81,7%)	3,528	0,060
Origine immunologique	2(4,0%)	1(1,7%)	0,560	0,454
Hémoglobinopathies	19(38,0%)	19(31,7%)	0,484	0,487

Discussion

L'anémie hémolytique est relativement fréquente dans notre service. La fréquence hospitalière retrouvée est largement supérieur à celle rapportée par Zinebi A et al en 2016 au Maroc[1] Ben Ahmed et al en Tunisie en 2011[2], qui étaient respectivement de 6,33% et de 2,5%. Ce résultat pourrait se justifier par notre cadre d'étude qui est un service d'Hématologie d'une part et qui constitue le service de référence des pathologies anémiantes et de prise en charge des hémoglobinopathies.

En ce qui concerne le profil socio démocratique, nous avons observé une prédominance masculine soit 52,73% avec une sex-ratio de 1,11. P. Garrigues et al [5], ont rapporté 69 femmes et 39 hommes (sex-ratio 0,5).

L'âge du diagnostic allait de 9 ans à 96 ans (âge moyen de 45,36 ans +/- 21,39 ans) Notre résultat est similaire ceux de la littérature qui montrent une fréquence élévée des patients du 3e âge [5, 7].

Comme dans toutes les anémies, les manifestations fonctionnelles sont liées à l'anoxie, mais ces signes sont non spécifiques. Elles vont de : Asthénie, trouble respiratoire, dyspnée (à l'effort ou au repos), troubles cardiovasculaires (palpitations, tachycardie, souffle cardiaque anorganique), troubles neurologiques (vertiges, céphalées) [7].

Les manifestations peuvent également être liées. à l'étiologie. L'intensité des manifestations cliniques n'est pas toujours proportionnelle à l'hémoglobinémie et est fonction à la fois des antécédents du patient et de la rapidité d'installation de l'anémie. Certains patients atteints d'anémies constitutionnelles peuvent ainsi tolérer des concentrations en d'hémoglobine

très basses via la diminution des taux de 2,3DPG circulants, régulant l'affinité de l'hémoglobine pour l'oxygène [7].

Les signes neurosensoriels et d'hémolyses constituaient les premiers motifs de consultation retrouvés chez les patients de notre série.

Les signes physiques, notre résultat corrobore ceux de bon nombre d'étude sur les anémies hémolytiques comme celui rapporté par Atig A et coll en 2009 en Tunisie [7], avaient rapporté une prédominance du syndrome anémique dans 93,33%. Cette concordance s'expliquerait par le fait que les patients consultent tardivement dans notre service.

Le degré de l'anémie au cours des états d'hémolyses est d'autant important selon les situations et les pathologies responsables. Notre résultat est similaire à celui rapporté par Mwelo J. en 2019 au Congo [8] qui avait trouvé un taux moyen de 6,1g/dl.

L'anémie n'est pas un diagnostic suffisant et doit imposer une recherche étiologique reposant en partie sur les autres paramètres érythrocytaires : il faut en trouver l'étiologie afin de la corriger. La durée d'installation doit être appréciée : installation rapide (risque de choc hypovolémique), ou plutôt lente (recherche d'une carence associée) [7].

Les anémies hémolytiques sont soit normocytaires normochromes soit, dans un contexte de réticulocytose, macrocytaires hypochromes. Elles se différencient de toutes les autres anémies, excepté de celle des pertes sanguines subaiguës, par une réticulocytose régénérative. En effet, une réponse réticulocytaire élevée limite le diagnostic différentiel à ce groupe d'anémies, c'est pourquoi cela vaut toujours la peine de demander une numération des réticulocytes au début des investigations d'une anémie [9].

Les causes peuvent être infectieuses (malaria, bartonellose, Clostridium perfringens, septicémie), toxiques, hémopathies malignes, anémie hémolytique par allo-immunisation et les hémoglobinopathies [10].

Dans une hémolyse, les premiers examens de laboratoire à effectuer sont la NFS, les réticulocytes, les stigmates d'hémolyse. L'électrophorèse de l'hémoglobine, le dosage en G6PD , une recherche d'anticorps anti érythrocytaires (test de Coombs) et d'autres bilan selon l'orientation permettent de retrouver l'étiologie. Si le test d'anticorps anti érythrocytaires est positif, le diagnostic d'hémolyse auto-immune est certain [7]..

La cause extra corpusculaire étant secondaire à la destruction des globules rouges par un élément externe. Notre résultat est similaire à celui de Mwelo J. au Congo en 2019 [8] qui avait trouvé une fréquence de 79,56% de paludisme comme étiologie de l'anémie hémolytique. Cette concordance pourrait s'expliquer par le fait que nos études soient réalisées dans des zones tropicales où le paludisme constitue un véritable problème de santé publique.

Relativement à celle corpusculaire, elle était exclusivement due à la drépanocytose elle était exclusivement due à une la drépanocytose. Cela pourrait s'expliquer par le taux élevé de mariage consanguin dans notre contexte [11].

Le test direct à l'antiglobuline (test de Coombs direct) reste l'un des examens différenciant l'anémie hémolytique auto-immune aux autres. Cependant sa réalisation se heurte à plusieurs difficultés. Notre résultat est inférieur à celui de Atig A et coll en 2009 en Tunisie [6], qui avaient rapporté un test de Coombs direct positif à IgG chez 16 patients. Cette différence s'expliquerait par une difficulté d'accessibilité à la réalisation de cet examen dans notre contexte.

La réalisation de certains examens dont l'électrophorèse de l'hémoglobine et la goute épaisse a permis de trouver des étiologies corpusculaires et extra corpusculaire parmi lesquelles on avait la drépanocytose 28,18% et le paludisme 69,10%.

Conclusion

Si la reconnaissance de la nature hémolytique de l'anémie est en général aisée, le diagnostic étiologique peut s'avérer plus difficile. La démarche diagnostique repose dans un premier temps sur les données de l'interrogatoire, une biologie standard, le frottis sanguin et le test de Coombs direct, puis dans un

second temps, parfois à des examens plus spécifiques.

***Correspondance**

Condé Abdoulaye

condeabdala@gmail.com

Disponible en ligne : 12 Décembre 2023

1 : Service d'hématologie de l'hôpital National Ignace Deen, CHU de Conakry (Guinée)
2 : Service d'hématologie clinique du CHU de Yalgado Ouedraogo, Bobo Dioulasso (Burkina Fasso)
3 : Service d'hématologie de l'hôpital National Donka, CHU de Conakry (Guinée)
4 : Service de l'hématologie clinique du CHU de Yopougon, Abidjan (Côte d'Ivoire)
5 : Service de l'hématologie biologie du CHU de Donka, Conakry (Guinée)
6 : Service de Néphrologie du CHU de Donka, Conakry (Guinée)

© Journal of African Clinical Cases and Reviews 2023

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

[1] Zinebi A, Eddou H, Moudden KM et al. Profil étiologique des anémies dans un service de médecine interne. Pan Afr Med J 2017;26:1-8–8.
[2] Ben Ahmed I, Ben Dahmen F, Ben Amor A, et al Diagnostic des anémies dans la région du Cap Bon tunisien : à propos de 40 cas. Diabetes Metab 2011;37:A56.
[3] Odile Fennetau, Micheline Maier-Redelsperger. Apport de l'examen du frottis de sang pour le diagnostic de la pathologie constitutionnelle du globule rouge. Revue Française des laboratoires, Volume 2000, Issue 324, June-July 2000, Pages 51-62.
[4] Bornand-Rousselot A, Magnier G. Les anémies du sujet âgé. Ann Biol Clin 1997;55(4):305–9
[5] P. Garrigues , J. Celerier , B. Reiss , et al : Profil des anémies hémolytiques rencontrées dans un service de médecine interne de 2005 et 2021 ; La Revue de médecine interne 42 (2021) A347–A452
[6] Atig A, Khalifa M, Alaoua A, et al. Anémie hémolytique : étude rétrospective à propos de 42 cas. Rev Médecine Interne 2009: S110–S111.
[7] Peghini P.E, Fehr J, Diagnostic étiologique des anémies, Forum Med Suisse, ;18 septembre 2002 ; No 38 ; page 880-888
[8] Mwelo Ja. N. Incidence du paludisme dans les anémies hémolytiques dans la ville de Kinshasa. Research fr 2019;6:2716
[9] Pickering LK, Obrig TG, Stapleton FB. Hemolytic-uremic syndrome and enterohemorrhagic Escherichia coli. Pediat Infect Dis J 1994; 13:459–76.
[10] Genty I, Michel M, Hermine Ö, et al. Characteristics of autoimmune hemolytic anemia in adults: retrospective analysis of 83 cases. Rev Med Interne 2002;23:901–9.
[11] Loustau V, Guillaud C, Garconet L et al. Anémie hémolytique de l'adulte : principales causes et démarche diagnostique. Presse Med 2011;4

Pour citer cet article :

M Diakité, C Traoré, A Condé, AS Kanté, AS Doukouré, AG Diallo et al. Profil clinique, étiologique des anémies hémolytiques au service d'Hématologie du CHU Ignace Deen de Conakry. Jaccr Africa 2023; 7(4): 271-276