

Anémie microcytaire : fer ou pas fer, que faire ?

Docteur Johanna CLET, pédiatre

CHU Pellegrin Enfants
Hôpital des enfants
Service des Urgences Pédiatriques
Place Amélie Raba-Léon
33076 Bordeaux cedex
johanna.clet@chu-bordeaux.fr

Une anémie microcytaire est définie par une diminution du taux d'hémoglobine et du Volume Globulaire Moyen (VGM), le plus souvent associée à une hypochromie.

Chez l'enfant, les valeurs de l'hémoglobine et du VGM varient énormément en fonction de l'âge (Tableau 1). Entre 2 et 10 ans, une microcytose est définie par un VGM inférieur à 70 + âge.

Différentes étiologies doivent être évoquées devant une anémie microcytaire chez un enfant.

La carence martiale est l'étiologie la plus fréquente mais elle n'est pas unique. Elle est favorisée par un allaitement maternel exclusif au-delà de 6 mois, la consommation de lait de vache avant un an, la carence en viande dans l'enfance, un PICA syndrome, une malabsorption digestive, les besoins augmentés en fer à l'adolescence ou des saignements chroniques (règles abondantes)... Le fer sérique, la ferritine et le coefficient de saturation de la transferrine sont abaissés. Le traitement est le fumarate ou le sulfate de fer (5-10mg/kg/j) pendant 3 mois.

Une anémie microcytaire peut également être d'origine inflammatoire lors d'infections mais aussi de maladies chroniques (maladie inflammatoire chronique de l'intestin, arthrite juvénile idiopathique...) ou de néoplasies (lymphome, neuroblastome...). Le fer sérique est abaissé alors que la ferritine est augmentée ainsi que le coefficient de saturation de la transferrine (pouvant également être normal). Sa correction se fait par le traitement de la cause.

Le saturnisme, intoxication au plomb, est également une étiologie d'anémie microcytaire. L'enfant est d'autant plus à risque qu'il porte tous les objets à la bouche et l'absorption digestive du plomb est importante. Le mode de vie peut être révélateur (logement antérieur à 1949, rénovation, autres membres de la famille ou entourage proche atteints...). Les symptômes cliniques sont variés (douleurs abdominales, trouble du transit, vomissements, céphalées, trouble du comportement, insuffisance rénale, coma) mais peuvent être absents ou minimes. Le diagnostic sera confirmé si la plombémie est supérieure à 100µg/L. Le fer sérique et la ferritine sont normaux. Le traitement dépend du taux de plomb et consiste en une chélation par EDTA.

Le saturnisme est également une cause d'anémie microcytaire sidéroblastique. Ce groupe d'anémie est rare chez l'enfant et le plus souvent héréditaire liée à l'X. Elle se manifeste alors vers 3-8 ans. La ferritine et le fer sérique sont normaux.

Enfin, une anémie microcytaire peut être révélatrice d'une β -thalassémie. Le diagnostic sera évoqué sur les origines ethniques de l'enfant et son examen clinique (hépatosplénomégalie). Le fer sérique et la ferritine sont normaux. Le diagnostic sera confirmé par l'électrophorèse de l'hémoglobine, réalisée uniquement en l'absence de carence martiale.

L'orientation diagnostique devant une anémie microcytaire dépend de l'interrogatoire et de l'examen clinique (logement, alimentation, origine ethnique, saignement, maladie inflammatoire, néoplasie...) et quelques paramètres biologiques.

La ferritine est le marqueur le plus précoce d'anomalie du cycle du fer. Il suffit à poser le diagnostic de carence martiale s'il est abaissé. Par contre, en contexte inflammatoire, il est intéressant de lui associer le coefficient de saturation de la transferrine qui sera abaissé lors des carences en fer.

	J0	M2	M3-6	M6-24
Hb	16.5/13.5	11.5/9.5	11.5/9.5	12.0/10.5
VGM	108/98	96/77	91/74	78/70
TCMH	34/31	30/26	30/25	27/23
	2-6 ans	6-12 ans	12-18 F	12-18G
Hb	12.0	11.5	14.0/12.0	14.5/13
VGM	81/75	86/77	90/78	90/78
TCMH	27/24	29/25	30/25	30/25

Tableau 1 : valeurs (moyenne/-2DS) de l'hémoglobine (Hb) et du VGM en fonction de l'âge.