

# **ETUDE DE LA CARENCE EN VITAMINE B12**

**TOUIL.FZ; BENTAHAR. I; ACHICHI. A; HAMDIS.**

Service d'hématologie - CHU de Sétif - Algérie

# INTRODUCTION

- Anémies carencielles : problème de santé publique
- Anémies microcytaires sidéropives et les carences en folates semblent les plus répandues expliquant la supplémentation chez les femmes enceintes au 3<sup>ème</sup> trimestre de la grossesse.
- Carence en vit B12 paraissait rare, pourtant dans la pratique quotidienne, elle est de plus en plus diagnostiquée.
- En effet, en une année, dans notre service, le nombre de carence : Fer : 319 cas ; folate:70cas et en Vit B12 : 79 cas.

Celle-ci est caractérisée par :

- Anémie macrocytaire aregénérative mégalo-blastique
- Taux sérique vitB12 < 200ng/l voire <100ng/l
- Achlorhydrie histamino-résistante
- Atrophie gastrique
- Absence du FI
- Auto-Ac anti cellules pariétales
- Auto-Ac antiFI

**Biermer**

### But de cette étude

Analyser les caractéristiques épidémiologiques, les manifestations cliniques, biologiques et les résultats thérapeutiques des patients présentant une anémie par carence en vitamine B12.

# PATIENTS ET METHODES

- Etude rétrospective
- Période: 2004-2008 (5 ans)
- Population: 395
- Sex ratio (H/F): 0,85
- Age médian: 57 ans (16-90)
- Exploitation des données: fiches de consultations et dossiers d'hospitalisation.

- **Diagnostic :**

- Basé sur les manifestations cliniques, l'hémogramme et le myélogramme.

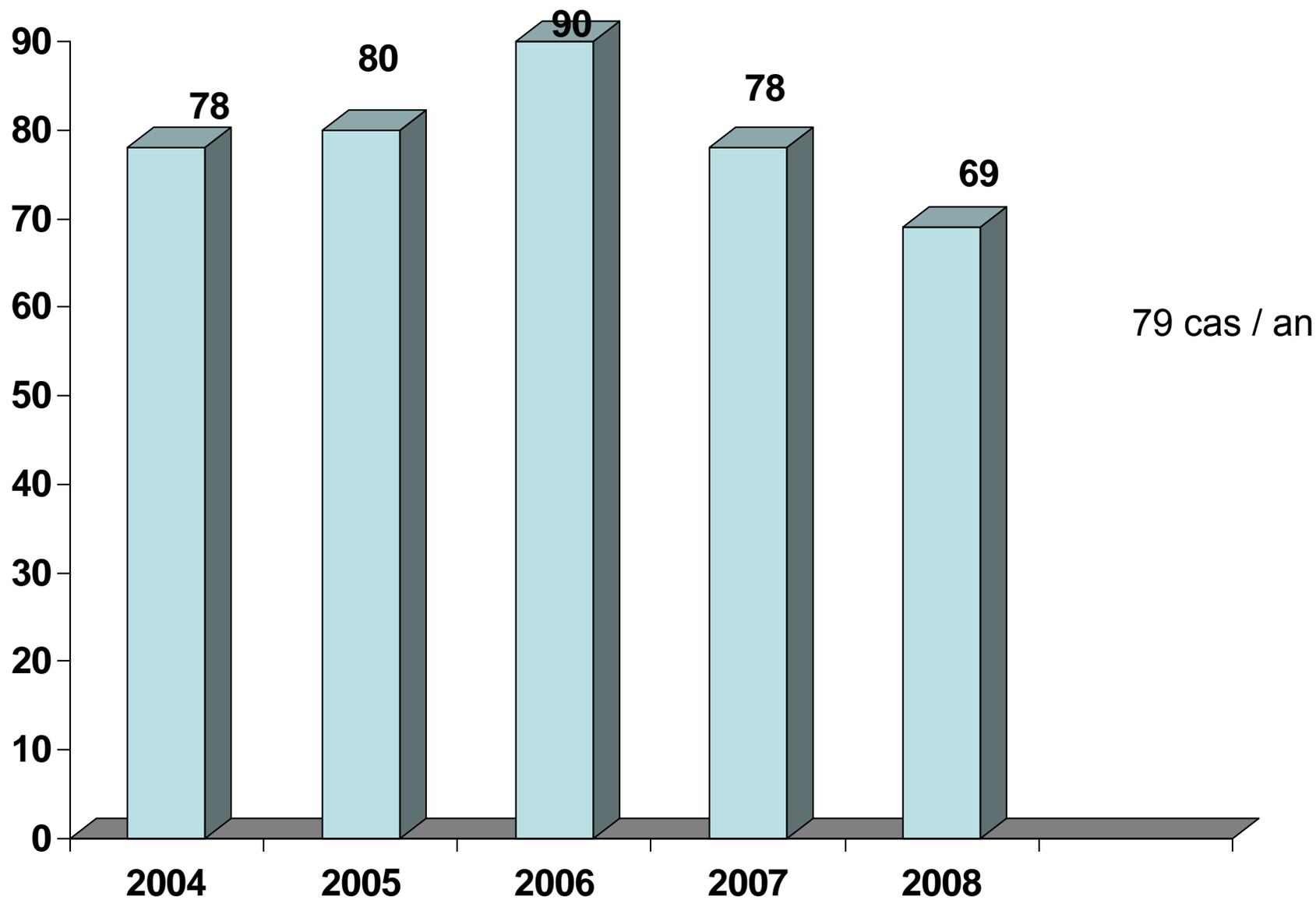
- Confirmé par le test thérapeutique à la VIT B12

- Dosage vitaminique et étude isotopiques: NF

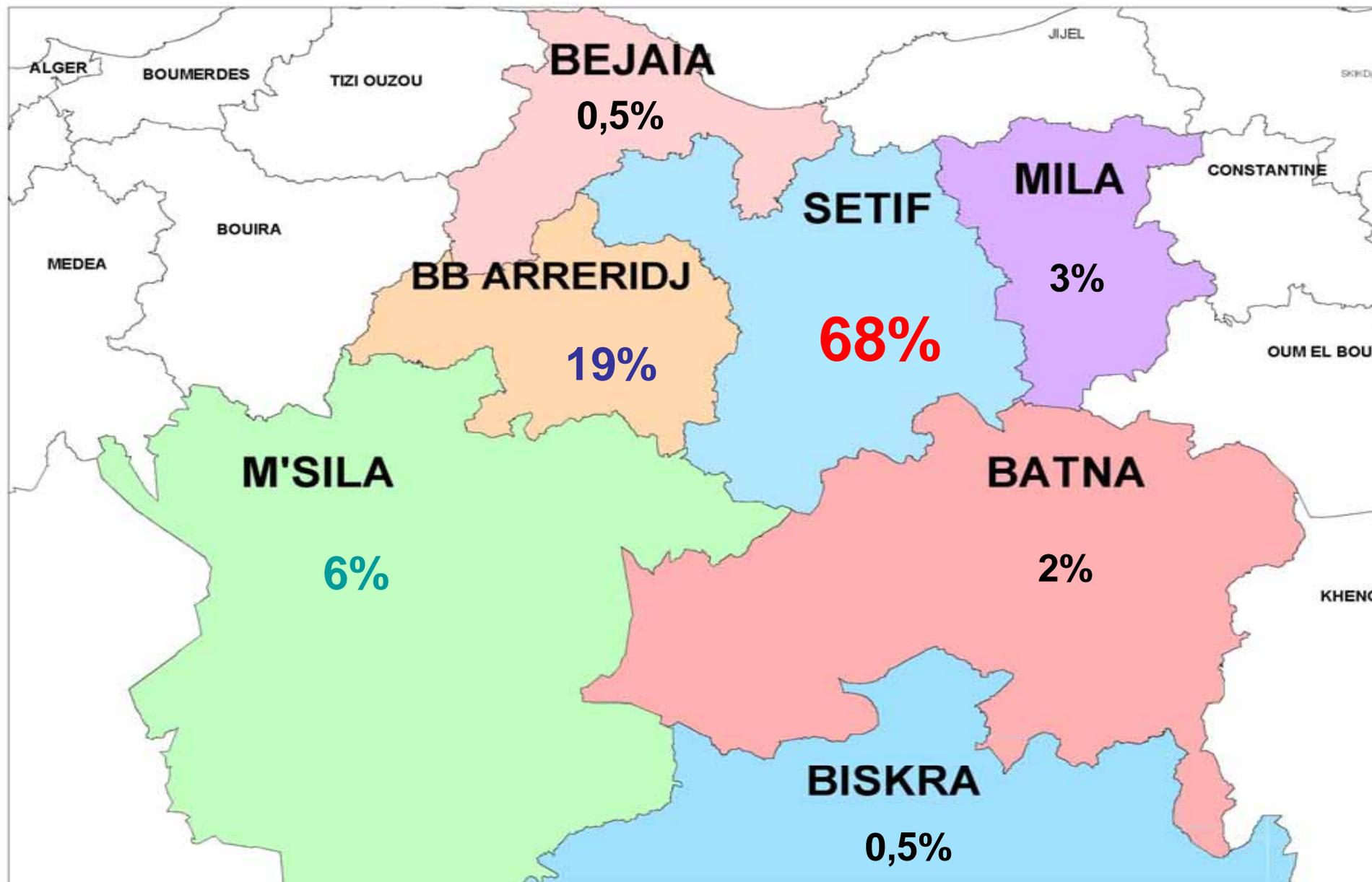
- Fibroscopie gastrique a été pratiquée selon les possibilités.

# RESULTATS

# REPARTITION / ANNEE



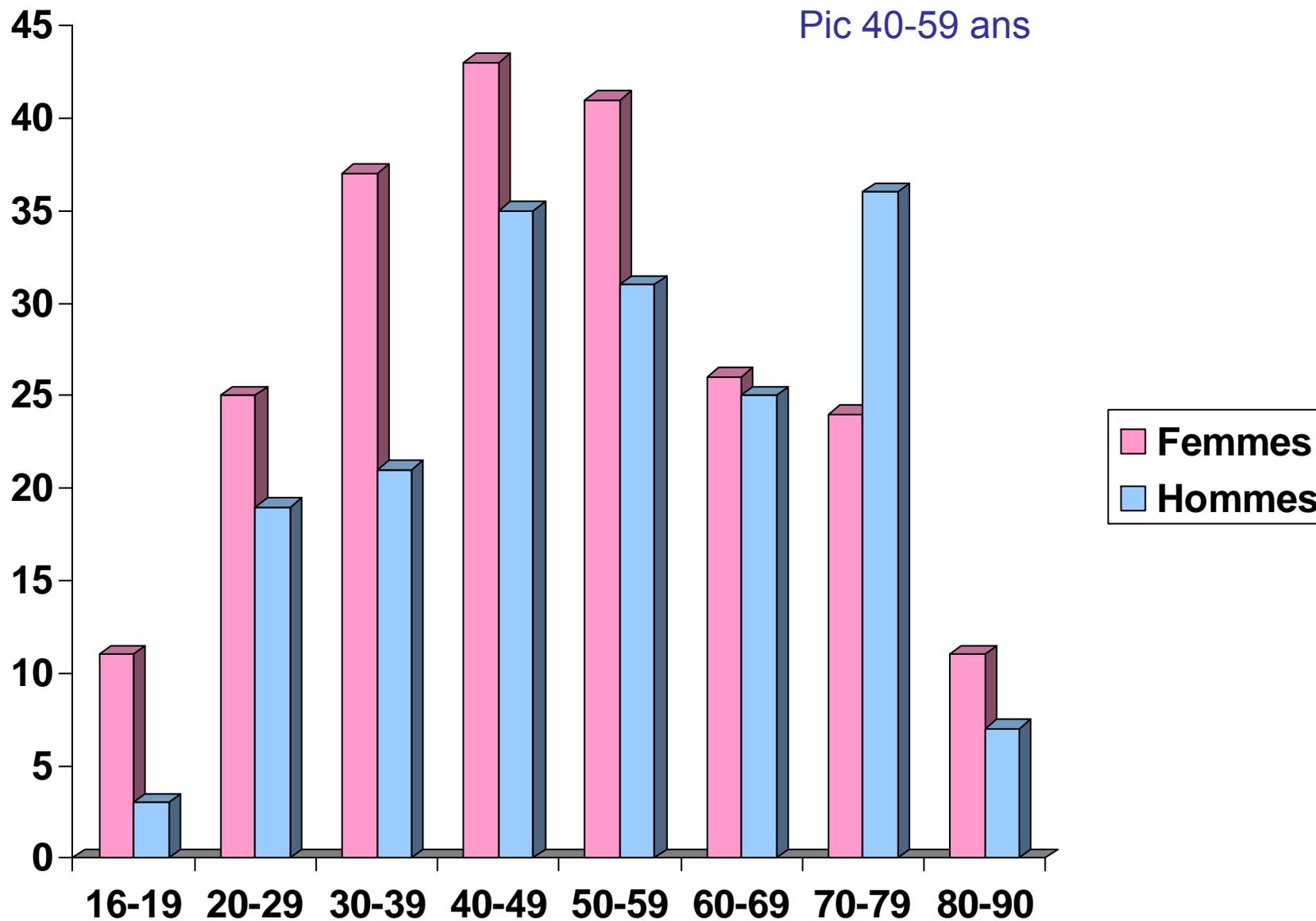
# REPARTITION GEOGRAPHIQUE



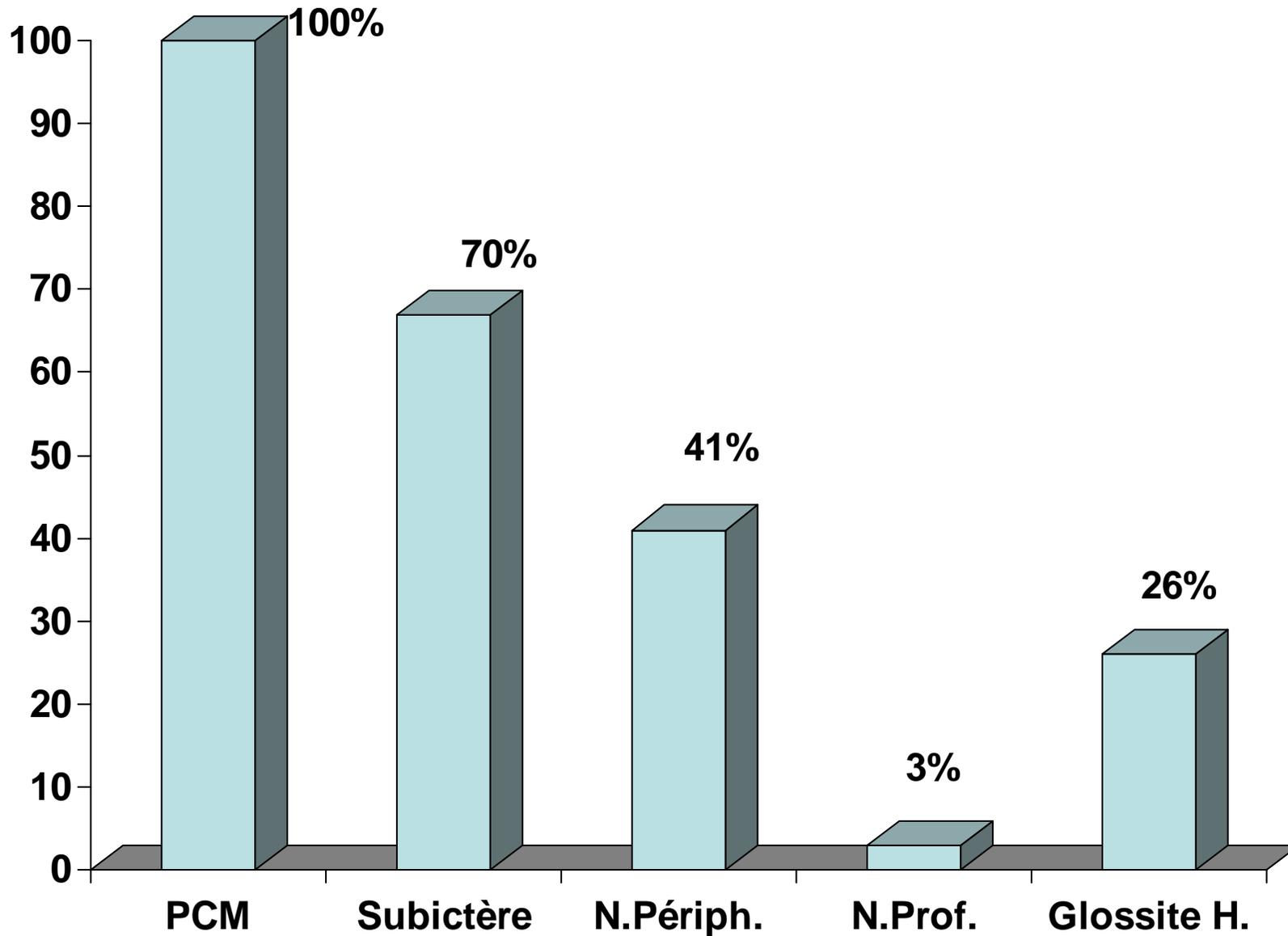
# REPARTITION SELON L'AGE ET LE SEXE

Prédominance féminine à chaque tranche d'âge

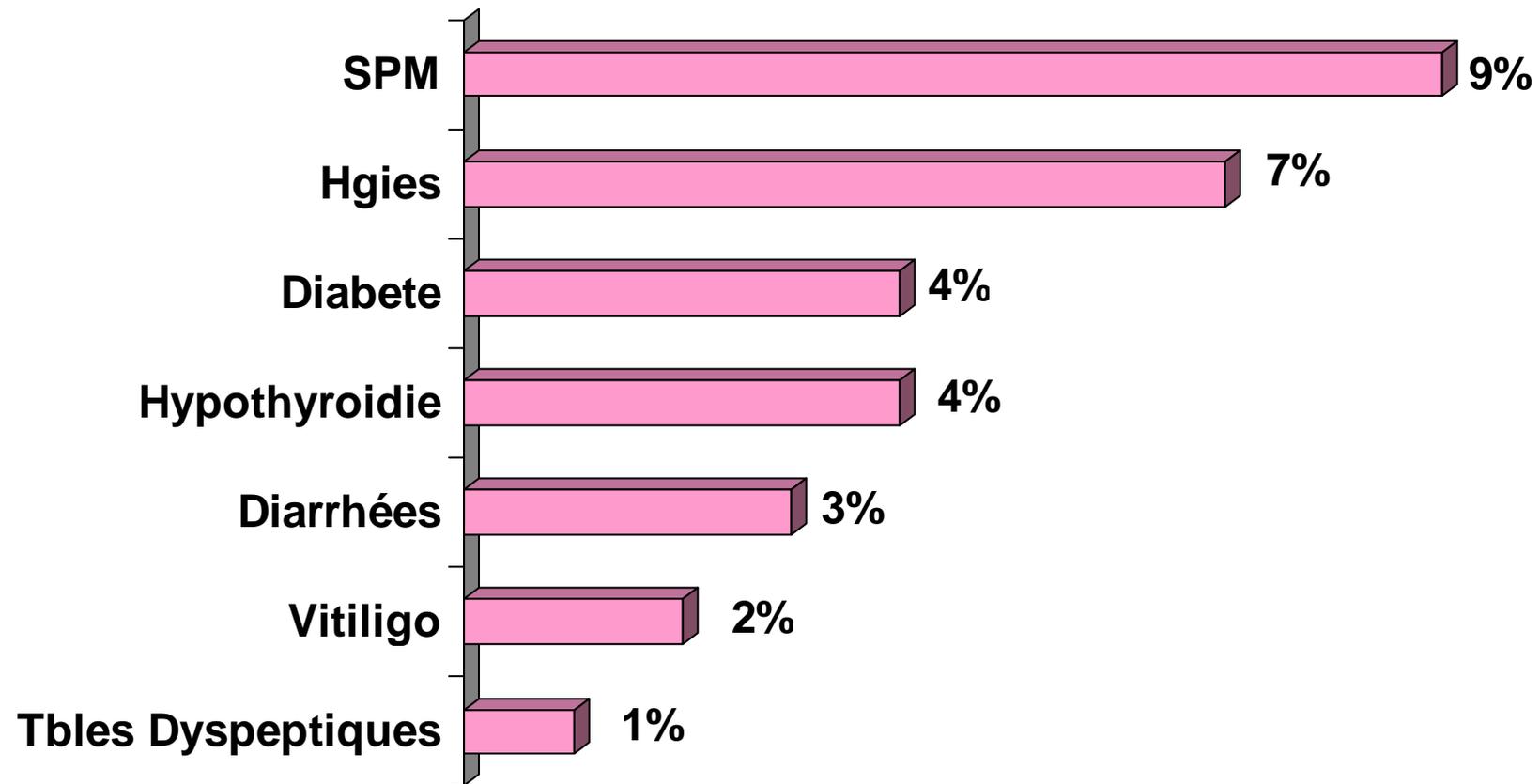
Pic 40-59 ans



# MANIFESTATIONS CLINIQUES (1)

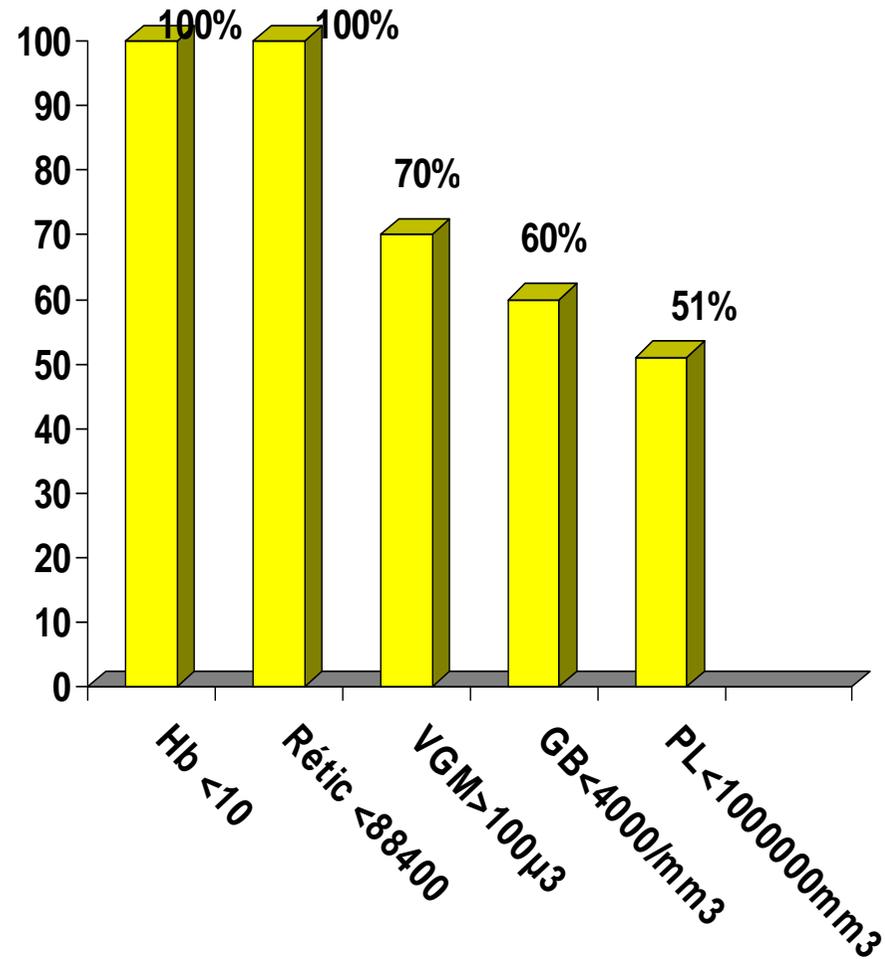


# MANIFESTATIONS CLINIQUES (2)



# HEMOGRAMME

- % Hb moyen:  
**5,8** (1-10)
- % Rétic moyen :  
**19289** (00-88400)
- % VGM moyen:  
**107,19** (84- 133)
- % GB moyen:  
**4613** (900-17000)
- % PLaq moyen:  
**235000** (23000-320000)



---

<u>Frottis de sang</u>	Nbre	%
Macrocytose +++	15	4
Macrocytose ++	272	70
Macrocytose +	64	16
Double population (M+m)	37	10
PN polysegmentés	mentionnés chez 56 pts	

---

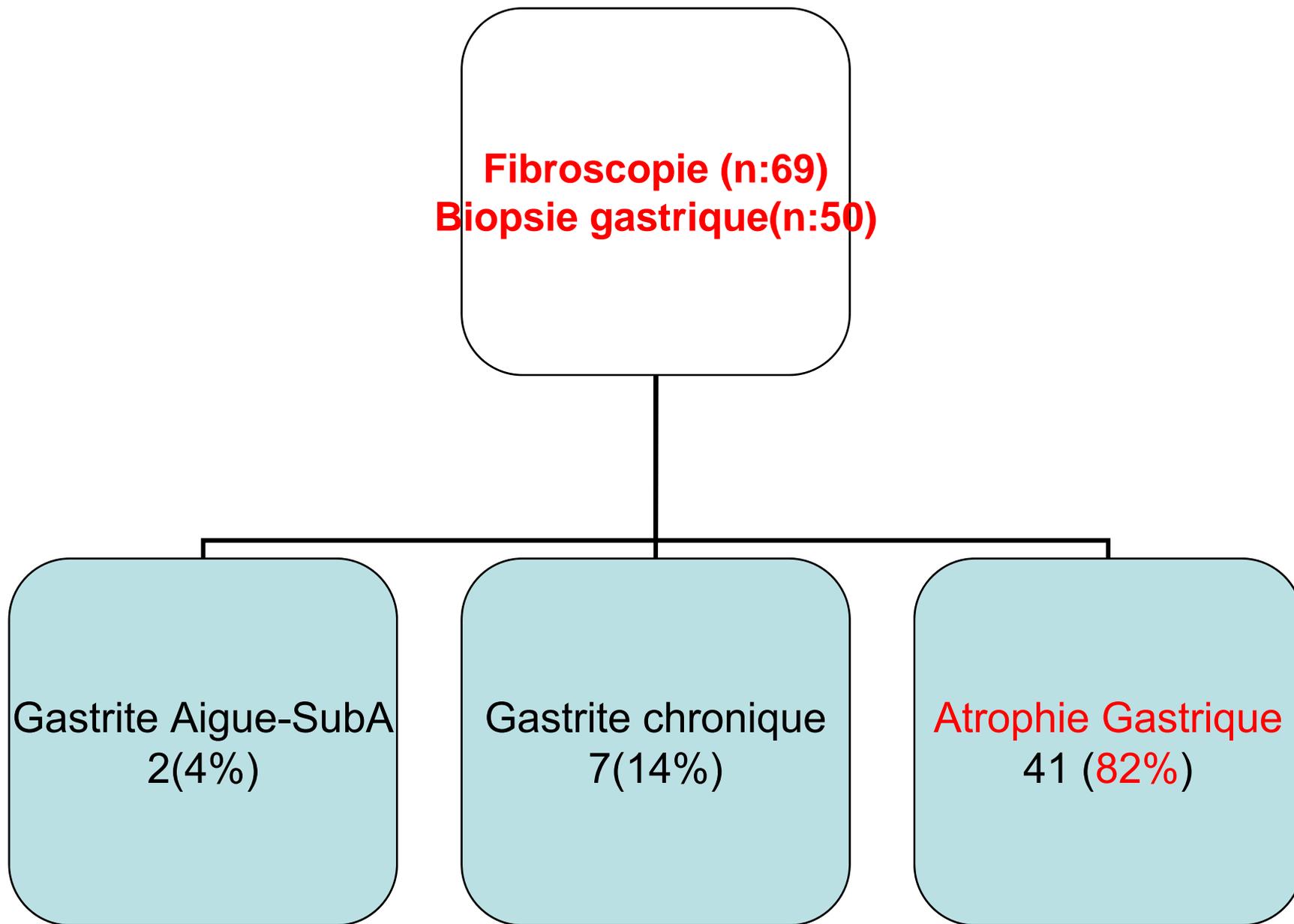
**Myélogramme** → MO mégaloblastique : 70%

Signes de dysérythropoïèse: 30%

Taux moyen des EB: 64% ( 25- 83)

## **Biochimie**

- Biluribine ind (n:54) > 10mg/l: 25cas (46%)
- LDH (n: 40) > 350UI/l: 38cas (95%)
- Fer sérique (n:117) bas: 33cas (28%)



Hélicobacter Pylori: positif chez 17 patients

## Causes de la carence en vitamine B12

	Nombre	%
<b>Gastrectomie</b>	8	<b>2</b>
<b>Diarrhées</b>	11	<b>3</b>
<b>Résection iléale</b>	1	<b>0,2</b>
<b>Tbles auto-immuns(Biermer)</b>	41	<b>10</b>
<b>Synd. de maldigestion de la vitB12 ou Biermer</b>	334	<b>85</b>

# TRAITEMENT

→ Transfusion Sanguine:

99 patients (Hb < 6 gr /dl) ≈ 2 fl/ patients (1-4).

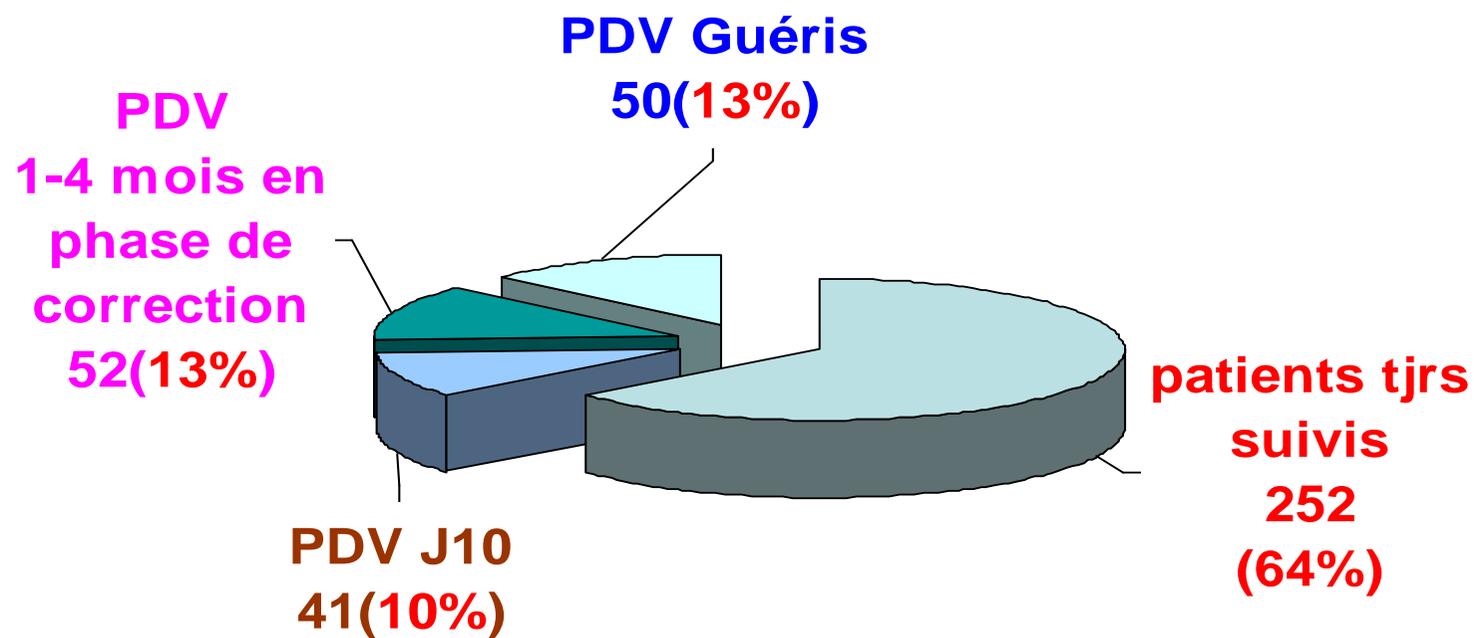
→ Après un test thérapeutique positif ⇒ vit B12 IM:  
100µg /J pd 2 mois puis 100µg/mois à vie.

→ Parallèlement : administration du fer à J10 et au cours de l'évolution en cas de carence en fer.

→ Traitement de l'HP: trithérapie( ATB+ IPP)

→ Correction de l'hémogramme (Hb-GB-PI): 1-2 mois.

# DEVENIR DES PATIENTS



# COMMENTAIRES

- Cette étude met en évidence une **égalité** de fréquence entre la carence en **vitamine B12** et en **foldine**, cela est en rapport avec la **supplémentation en folates chez les femmes en activité génitale** (programme national).
- La **carence en fer** occupe toujours la **1<sup>ère</sup> place**.
- La fréquence féminine et le pic dans la tranche d'âge à 40-59 ans rejoint les données de la littérature [1,2].

- Le syndrome neuroanémique est fréquent et classique [1,2].
- Cependant les signes digestifs (glossite de Hunter) à 26% sont différents de ceux de la littérature qui retrouvent un taux à 50%, cela est probablement sous estimé dans notre étude [1,2, 4].
- L'appréciation des autres signes cliniques est variable d'une étude à l'autre [2,3].
- Quant aux troubles auto-immuns, ils sont classiquement associés à la maladie de Biermer [1,2].

- L'anémie en général sévère → / retard mis à consulter [1,2].
- La cause de la malabsorption de la vitamine B12 est connue dans 15% des cas.
- Et dans 85% des cas, la cause serait soit une maladie de Biermer soit une non dissociation de la vitamine B12 de ses protéines porteuses (dont la fréquence serait > 60%) → cela interpelle sur la nécessité du dosage sérique de la vitamine B12 (%vitB12 moins sévère ds la non dissociation) [1,2 ].

- Le test thérapeutique à la vitamine B12 reste d'actualité dans les structures où les dosages sériques des facteurs antipernicieux ne sont pas pratiqués.
- Le traitement de la carence martiale est justifié.
- La recherche de l'HP est récente et explique le faible nombre.
- Les résultats thérapeutiques de la carence en vitamine B12 sont spectaculaires. Néanmoins, l'introduction de la Vit B12 PO est recommandée par beaucoup d'auteurs [1, 2, 4, 5].
- Les recommandations de contrôle fibroscopique sont primordiales.

# CONCLUSION

- Le diagnostic des anémies mégaloblastiques est facile, cependant les examens spécifiques et les dosages des facteurs antipernicieux sont nécessaires.
- La carence en Vitamine B12 n'est pas rare.
- L'introduction de vitamine B12 PO est une option thérapeutique pratique pour le patient.

# BIBLIOGRAPHIE

- 1- Andrès.E, Federici.L, Kaltenbach.G. Carence en vitamine B12 : données d'intérêt pour l'hématologue. Hématologie.Vol. 13, n° 3, 2007 : 186-192
- 2- Andrès E, Affenberger S, Vinzio S et col. Carences en vitamine B12 chez l'adulte : étiologies, manifestations cliniques et traitement. Rev Med Interne 2005 ; 26 : 938-46.
- 3- Federici L, Loukili NH, Zimmer J et col. Manifestations hématologiques de la carence en vitamine B12 : données personnelles et revue de la littérature. Rev Med Interne 2007.
- 4- Lane LA, Rojas-Fernandez C. Treatment of vitamin B12 deficiency anemia : oral versus parenteral therapy. Ann Pharmacother 2002 ; 36 : 1268-72.
- 5- Kaltenbach G, Noblet-Dick M, Andrès E et al. Réponse précoce au traitement oral par vitamine B12 chez des sujets âgés hypovitaminiques. Ann Med Interne 2003 ; 154 : 91-5.