

ANÉMIE

CONTEXTE

Terrain favorisant : carence martiale préalable, carence en vitamine B12 ou en folate préalable, antécédent d'anémie, envahissement médullaire, lésion tumorale hémorragique, traitement préalable par myélotoxiques, association de plusieurs cytotoxiques, insuffisance rénale, sexe féminin, inflammation, radiothérapie associée, dénutrition.

Classe thérapeutique : chimiothérapies, anticancéreux

Mécanisme d'action :

En lien avec le traitement :

- Toxicité médullaire de la chimiothérapie par action directe sur les cellules souches hématopoïétiques en voie de différenciation.
- Les cytotoxiques favorisent aussi les saignements, et ainsi l'anémie.
- Des anémies hémolytiques rares ont été décrites sous divers médicaments anticancéreux (gemcitabine, ipilimumab).

En lien avec la maladie tumorale :

Carence martiale, anémie inflammatoire, carence en vitamine B12 ou en folate, séquestration splénique.

DIAGNOSTIC

Signes cliniques : pâleur cutanéomuqueuse, asthénie, dyspnée, tachycardie, signe spécifique de l'étiologie (saignement extériorisé, signe de carence martiale, signe d'hémolyse...).

Histoire naturelle (Délai d'apparition, Durée, Récurrence) : apparition en générale lentement progressive, de 8 à 21 jours après le début de la chimiothérapie et jusqu'à plusieurs mois après (toxicité cumulative).

Echelle de sévérité (référence : CTCAE V4) :

- **Grade 1 :** hémoglobine entre 10 et 12 g/dL
- **Grade 2 :** hémoglobine entre 8 et 10 g/dL
- **Grade 3 :** hémoglobine < 8 g/dL
- **Grade 4 :** pronostic vital engagé, intervention en urgence

Complications propres : asthénie majeure, dyspnée, décompensation cardiaque

PRISE EN CHARGE

Traitement symptomatique :

Si dyspnée, des compensations cardiaques, asthénie majeure ou tout autre évènement aigu grave lié à l'anémie, indication à transfusion de concentrés érythrocytaires selon les seuils suivants conseillés :

- 10 g/dL chez le patient âgé ou présentant une comorbidité (pathologie coronarienne, localisation broncho-pulmonaire),
- 9 g/dL si l'anémie est associée à une mauvaise tolérance clinique.
- 7 g/dL chez le patient cliniquement stable
- 6 g/dL chez le patient atteint d'anémie chronique
- L'objectif biologique chez le patient symptomatique est une hémoglobine à 12 g/dL.

Agent Stimulant l'Erythropoïèse (ASE) :

En raison de leur risque thrombotique surtout lorsqu'ils sont utilisés de façon concomitante à la dexaméthasone, l'utilisation des ASE n'est conseillé qu'en cas de maladie cancéreuse contrôlée. Lorsqu'un traitement par ASE est instauré, il est nécessaire de vérifier que la thrombo-prophylaxie soit adaptée au niveau de risque thromboembolique, et de surveiller l'efficacité thérapeutique (taux d'hémoglobine).

En l'absence de risque d'hyperviscosité, l'utilisation des ASE se discute notamment :

- chez les patients ayant un taux d'Hb < 8-9 g/dL, en particulier ceux ayant une pathologie cardiaque ;
- chez les sujets âgés ayant un taux d'Hb < 10 g/dL ou chez les sujets âgés ayant une anémie fortement symptomatique.

Ils ne doivent pas être utilisés dans les autres situations et ils doivent être arrêtés lorsque l'Hb est > 12 g/dL.

Fer injectable : en cas de carence martiale, le fer injectable (hydroxide ferrique) est associé aux ASE : 100mg en IV une fois par semaine pendant 6 semaines, puis une fois toutes les deux semaines, jusqu'à obtention d'une ferritinémie > 1000 µg/L (reprise à ferritinémie < 500 µg/L).

Traitement étiologique : adaptation éventuelle de la stratégie thérapeutique (posologie, espacement des cures, changements éventuels de ligne thérapeutique)

Mesures préventives : prescription de la chimiothérapie lorsque le taux d'hémoglobine est adéquat (en général > 10g/dl).