



## Cas Clinique

## Pancytopenie Révélatrice d'une Maladie de Biermer chez une Patiente Ivoirienne : À Propos d'un Cas

### *Pancytopenia Revealing Biermer's Disease in an Ivorian Patient: A Case Report*

Keita Maxime<sup>1</sup>, Moustapha Mahamat Bahar<sup>1</sup>, Kamara Ismael<sup>1</sup>, Koné Daouda<sup>2</sup>, Atiméré Yao Nicaise<sup>2</sup>, Tolo Diebkilé Aissata<sup>1</sup>

**Affiliations**

1- Service d'hématologie clinique du CHU de Treichville, Abidjan (Côte d'Ivoire)

2- Service d'hématologie clinique du CHU de Yopougon, Abidjan (Côte d'Ivoire) / Service d'hématologie clinique du CHU du Point G, Bamako (Mali)

**Auteur correspondant :** Dr Keita Maxime

Service d'hématologie clinique du CHU de Treichville, Abidjan (Côte d'Ivoire)

Tel: +225-07-78-22-47-17 / +223-90-47-55-10

Mail : [maximekeita70@gmail.com](mailto:maximekeita70@gmail.com)

**Mots clés :** Maladie de Biermer ; pancytopenie ; vitamine B12 ; déficit en facteur intrinsèque.

**Keywords :** Biermer's disease; pancytopenia; vitamin B12; intrinsic factor deficiency.

**RÉSUMÉ**

La maladie de Biermer, parfois appelée anémie pernicieuse, se caractérise par un déficit en vitamine B12 avec présence d'une gastropathie atrophique et de divers auto-anticorps dont des anticorps dirigés contre le facteur intrinsèque. C'est une forme d'anémie très rare dans nos contrées, mais qui se caractérise par un grand polymorphisme clinique se traduisant par des manifestations à la fois anémiques, neurologiques et digestives. De ce fait, ce diagnostic n'est pas souvent évoqué en première intention en Afrique et surtout s'il y a d'autres anomalies associées à l'hémogramme, d'où son retard diagnostique et de prise en charge. Nous décrivons le cas d'une patiente de 51 ans diagnostiquée après 6 mois de parcours d'une anémie de Biermer. Ce cas montre qu'il faut évoquer une maladie de Biermer devant toute pancytopenie avec macrocytose chez le sujet noir.

**ABSTRACT**

Biermer's disease, sometimes called pernicious anemia, is characterized by vitamin B12 deficiency with atrophic gastropathy and various autoantibodies including antibodies to intrinsic factor. This is a rare form of anemia that is characterized by a large clinical polymorphism comprising anemic, neurological and digestive manifestations. This is very often overlooked by practitioners in Africa, especially when there are other abnormalities associated in the blood count, hence the delay in diagnosis and management. In this paper, we describe the case of a 51-year-old ivorian women who was diagnosed as Biermer's anemia after 6 months of follow-up. This case shows that Biermer's disease should be evoked in front of any pancytopenia with macrocytosis in a black african subject

**INTRODUCTION**

La maladie de Biermer, parfois appelée anémie pernicieuse, se caractérise par un déficit en vitamine B12 avec présence d'une gastropathie atrophique et de divers auto-anticorps dont des anticorps dirigés contre le facteur intrinsèque. C'est une forme d'anémie très rare dans nos contrées, mais qui se caractérise par un grand polymorphisme clinique se traduisant par des manifestations à la fois anémiques, neurologiques et digestives. De ce fait, ce diagnostic n'est pas souvent évoqué en première intention en Afrique et surtout s'il y a d'autres anomalies associées à l'hémogramme, d'où son retard diagnostique et de prise en charge. Nous décrivons le cas d'une patiente de 51 ans diagnostiquée après 6 mois de parcours d'une anémie de Biermer. Ce cas montre qu'il faut évoquer une maladie de Biermer devant toute pancytopenie avec macrocytose chez le sujet noir.

**OBSERVATION**

Mme AR, âgé de 51 ans, pharmacienne de profession, résidant à Abidjan (Cocody 2 plateau) d'ethnie Abron aux antécédents de gastrite chronique à Helicobacter Pylori traité, avec notion de prise de phytothérapie de façon intermittente est adressé au mois de mars 2023 pour exploration et prise en charge d'une pancytopenie chronique.

L'anamnèse a retrouvé une patiente symptomatique depuis Octobre 2022, avec notamment des signes neurosensoriels d'anémie (céphalées et de vertiges) d'installation progressive pour lesquels elle aurait fait une automédication antipaludique. Au fil du temps, en plus des signes neurosensoriels s'ajouta une asthénie physique et des épisodes d'épigastralgie avec reflux. L'hémogramme obtenu à l'issue d'une consultation a

trouvé une anémie modérée. La patiente a été mise sous traitement martial avec un pansement gastrique.

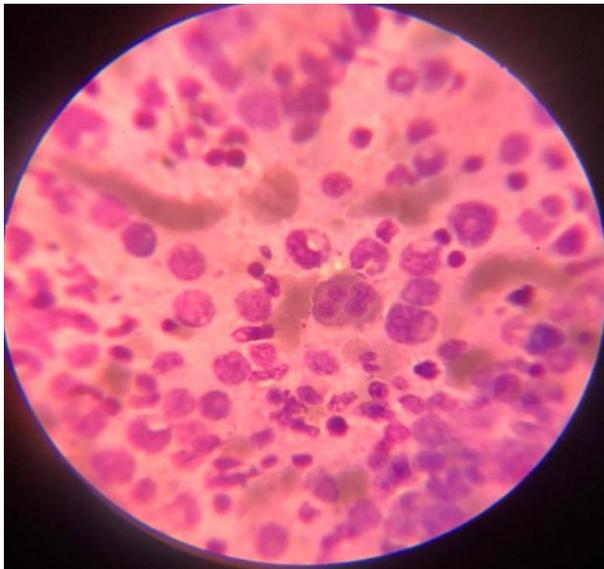
Un mois après l'initiation de la prise de fer, la patiente ne constatait pas d'amélioration clinique, plutôt l'apparition de palpitations avec dyspnée au moindre effort, de paresthésies au niveau des extrémités (doigts et pieds), de crampes avec sensation de fourmillement aux membres inférieurs, ainsi qu'une brûlure de la langue au contact des aliments chauds et épicés sans notion de saignement cutanéomuqueux ni de foyer infectieux, d'où une nouvelle consultation. L'hémogramme réalisé a montré une anémie sévère, motif de sa référence dans le service pour prise en charge.

L'examen clinique a retrouvé un état général moyen (OMS 2), un syndrome anémique (une pâleur conjonctivale, tachycardie et de polypnée superficielle) et une sensibilité épigastrique. la patiente n'avait pas de glossite de Hunter ni de syndrome hémorragique.

Le bilan hématologique a montré les résultats suivants :

- Taux d'hémoglobine = 4,4 g/dl VGM=102 fl ; Plaquettes = 98.000/mm<sup>3</sup> ; GB = 3100/mm<sup>3</sup> avec PNN=960/mm<sup>3</sup>.
- Taux de reticulocyte: 66.000/mm<sup>3</sup>.
- Myélogramme : mégaloblastose (asynchronisme nucléocytoplasmique).
- Dosage de la vitamine B12 sérique : bas a un titre à inférieur à 74 pmol/l.
- Présence d'auto anticorps anti cellules pariétales de l'estomac avec un titre à 40.
- Présence d'anticorps anti facteur intrinsèque (FI) avec un titre supérieur à 480U/ml.

La fibroscopie œsogastroduodénale (FOGD) avec biopsie gastrique a montré une gastrique atrophique chronique avec incontinence cardiaque sans signe de malignité.



**Fig 1:** image d'une mégaloblastose médullaire avec asynchronisme nucléocytoplasmique.

Sur le plan thérapeutique, la patiente a reçu une dose de 1000 UI de vitamine B12 un jour sur deux. Au bout d'un mois, on a obtenu une correction des cytopénies avec disparitions des manifestations cliniques. Ce traitement a

comportait en outre une supplémentation en acide folique et un pansement gastrique par un inhibiteur de la pompe à protons (IPP).

## DISCUSSION

Une carence en vitamine B12 entraîne un déficit en dérivés particuliers du folate, eux-mêmes coenzymes indispensables de plusieurs voies métaboliques et notamment de la thymidylate synthase. C'est le défaut de cette enzyme qui empêche la synthèse en ADN, donnant ainsi aux cellules sanguines et médullaires leur aspect particulier. L'hématopoïèse mégaloblastique d'origine carencielle se manifeste initialement par une macrocytose asymptomatique, puis par une anémie et finalement par une pancytopenie[1].

Ce cas clinique nous a fait penser à différentes causes de pancytopenies. Cependant en plus du tableau clinique, le caractère arégénératif objectivé par la réticulocytose et la macrocytose étaient des éléments importants qui nous ont fait évoquer une cause carencielle. Le dosage de la vitamine B12 nous a permis d'orienter le diagnostic et qui a été confirmé par la présence des auto anticorps anti cellules pariétales et ceux dirigés contre le facteur intrinsèque.

C'est une des causes d'anémie sous diagnostiquée en Afrique Subsaharienne du fait de la méconnaissance de certaines subtilités de présentation de cette affection par des praticiens non avertis et de l'insuffisance du plateau techniques [2]. Une remarque faite par plusieurs auteurs concernant la maladie Biermer est qu'elle survient chez les patients avec un âge plus jeune en Afrique contrairement au sujet caucasien. Le traitement de la maladie de Biermer repose sur la vitamine B12 administrée en intramusculaire sous forme de cyanocobalamine. Son efficacité est démontrée sur la totalité des signes et manifestations cliniques, avec une bonne récupération des cytopénies.

## CONCLUSION

Cette observation rappelle que l'anémie pernicieuse de Biermer doit être évoquée systématiquement notamment s'il y a une macrocytose associée à cause de la diversité des causes de pancytopenie. Nous rappelons également son délai diagnostic long surtout lorsque l'anémie est associée à d'autres cytopénies pouvant faire évoquer des hémopathies malignes.

## DÉCLARATIONS

**Conflit d'intérêt :** Aucun

**Financement :** Aucun

**Contributions des auteurs**

Keita Maxime, Moustapha Mahamat Bahar, Kamara Ismael, Koné Daouda, Atiméré Yao Nicaise ont participé à la prise en charge de la patiente et à la rédaction de l'article ;

Tolo Diebkilé Aissata, chef du département d'hématologie clinique du CHU de Treichville a assuré l'encadrement scientifique et la correction.



**RÉFÉRENCES**

- 1- Hoffman R, Benz EJ, Siberstein LE, et al. Hematology: Basic principles and practice 6st edition. Elsevier, 2013.
- 2- Diop M M 1 2 Berthe A 1 2Andrès E 4Toure S 1Reimund J M 1. L'anémie de Biermer et ses présentations déroulantes : mise au point avec un focus chez le sujet noir
- 3- Bizzaro N, Antico A. Diagnosis and classification of pernicious anemia. Autoimmun Rev 2014 ; 13 : 565-8.
- 4- Van Loon M. Severe pernicious anemia in a 8-year-old African girl. Ann Trop Pediatr 2009 ; 29 : 231-4.
- 5- Diop MM, Berthe A, Diousse P, et al. Thrombose veineuse révélant une maladie de Biermer, rôle de l'hyperhomocystéinémie. A propos de deux observations et revue de la littérature. Rev Int Sc Med 2013