

Anémie: est-ce si simple?

Dans la pratique, on est tellement souvent confronté au diagnostic d'anémie ferriprive, que l'on oublie souvent la complexité potentielle du diagnostic différentiel. Cette stratégie est donc utile pour ouvrir notre esprit aux multiples possibilités diagnostiques. Une piste simple pour mieux analyser ce problème, c'est de doser plus souvent les réticulocytes!

Vous lirez dans le texte de la stratégie qu'il convient de faire un examen clinique soigneux, à la recherche de glossite, de koïlonychie (!), ou de stomatite angulaire, entre autres. J'aimerais rappeler que l'examen doit aussi comprendre la prise de la *tension artérielle orthostatique*! Deux fois, j'ai vu à domicile des patientes âgées qui se «sentaient faibles». Etendues, l'examen était normal, et l'on aurait pu facilement banaliser le problème. En leur demandant de sortir du lit et

de se lever, ces deux patientes ont rapidement vu leurs tensions artérielles chuter et ont perdu connaissance. Il s'agissait chez ces patientes d'une anémie par spoliation sévère, nécessitant des hospitalisations en urgence (ulcères gastro-duodénaux non symptomatiques).

Lors d'anémies ferriprives, si fréquentes chez les femmes réglées, la discussion reste ouverte sur le *taux minimal de ferritine* à maintenir pour le confort des patientes (éviter les symptômes de fatigue ou de dysthymie). Une recherche faite par les généralistes vaudois montre, de façon claire, qu'il est souhaitable d'obtenir un taux de ferritine au-dessus de 40 µg/l. Il est malheureusement fréquent que les patientes supportent mal les comprimés de fer. L'avènement du saccharate de fer permet des traitements par mini-perfusions sans risques d'allergie: la recette est dans la stratégie.

Quand on nous dit qu'il y a de grands progrès en médecine, c'est parfois vrai!

François Mottu

Apropos

Continuity of Care

“A sustained partnership between patients and clinicians» is held by the Institute of Medicine (IOM) to be a critical element of primary care. This sustained partnership is commonly called *continuity of care*. It is a cornerstone for realizing other aspects of primary care, as defined by the IOM, including integration of care, accountability for a large majority of personal health care needs, and practicing in the context of family and community. The ability of patients and clinicians to achieve this sustained partnership is under attack. Health care system changes are resulting in forced discontinuity of care. This disruption differentially affects vulnerable patients. If the trend is not reversed soon, a generation of patients and clinicians will live without the everyday experience of longitudinal, trusting, healing relationships. Not knowing the possibilities inherent in these relationships, we will not make the best decisions about individual health care or systems redesign ...”

Kurt C. Stange, MD, PhD, Editor, Departments of Family Medicine, Epidemiology & Biostatistics, and Sociology, and the Comprehensive Cancer Center, Case Western Reserve University, Cleveland, Ohio

Aus dem Editorial von *Annals of Family Medicine*, Heft 3 (Stange KC. In this Issue: Continuity of Care. Ann Fam Med 2003;1:130-1.)

Annals of Family Medicine ist unter <http://www.annfammed.org/> im Volltext online abrufbar.

BK