



## ÉDITORIAL

**La macrocytose est un signe d'appel fréquemment rencontré dans l'hémogramme, en particulier chez la personne âgée. Confirmée, elle nécessite une exploration clinico-biologique. En dehors de l'imprégnation alcoolique qui peut être confirmée si nécessaire par le dosage des CDT, les carences en vitamine B12 et en folates, objectivées aussi par dosage, sont les principales étiologies. Ce numéro de LabInfo se focalise sur la vitamine B12 et les explorations complémentaires plus spécialisées qui permettent d'arriver au diagnostic étiologique de la carence.**

# Vitamine B12

## LA CARENCE EN VITAMINE B12

### INDISPENSABLE À L'HÉMATOPOÏÈSE

La vitamine B12 (cobalamine) est impliquée dans un grand nombre de réactions enzymatiques intracellulaires menant à la synthèse de l'ADN et de la méthionine, donc à la multiplication cellulaire. Elle est nécessaire à l'hématopoïèse.

L'apport est exclusivement alimentaire d'origine animale. Les aliments courants les plus riches sont la viande, le foie, les œufs et le lait. Une alimentation équilibrée couvre en principe les besoins physiologiques.

La vitamine B12 est libérée des protéines alimentaires sous l'effet des sucs gastriques de l'intestin grêle. Associée au facteur intrinsèque dans le duodénum, elle est absorbée au niveau de l'iléon. Les réserves de vitamine B12 sont essentiellement hépatiques et suffisantes pour une durée de 2 à 4 ans.

La prévalence de la carence en vitamine B12 est d'environ 15 à 20 % dans la population générale. Chez le sujet âgé et/ou institutionnalisé, elle atteint 30 à 40 %.

### MANIFESTATIONS CLINIQUES

Fréquent et potentiellement grave, le déficit en vitamine B12 s'installe de manière insidieuse. Ses manifestations cliniques sont très polymorphes et de sévérité variable.

MANIFESTATIONS	PRINCIPAUX SYMPTÔMES/SYNDROMES
Hématologiques	Anémie macrocytaire mégalo-blastique : thrombopénie, leucopénie, pancytopenie, hémolyse intramédullaire
Neuropsychiatriques	Sclérose combinée de la moelle : polynévrite, ataxie, signe de Babinski Signes cognitifs : dépression, troubles du sommeil
Digestives	Glossite de Hunter, douleurs abdominales, troubles fonctionnels intestinaux
Gynéco-obstétricales	Atrophie de la muqueuse vaginale, infections chroniques vaginales (surtout mycoses) et/ou urinaires Hypofertilité et fausses couches à répétition

#### Document édité par SAS LABSTER.

335, rue du Chêne Vert - 31670 Labège  
Tél. : 05 61 55 91 08 - Fax : 05 61 00 17 99  
Société fondée par R. Fabre, J. Canarelli,  
J-F. Roubache, B. Rousset-Rouvière et B. Sébé.  
Directeur de la publication : R. Fabre.  
Comité de rédaction : A. Leriche, A. Millaret, F. Pfaff,  
J. Peretti, D. Taourel, P. de Welle.  
Imprimé par l'imprimerie Ménard 2721 La Lauragaise  
31670 Labège • Parution octobre 2015  
Numéro ISSN : 2104 - 2136

L'anémie macrocytaire mégalo-blastique est l'anomalie la plus fréquente mais le tableau neurologique peut aussi survenir sans aucune perturbation de l'hémogramme. Les manifestations neuropsychiatriques ont moins de chance de s'améliorer si l'atteinte est ancienne, d'où l'importance d'un diagnostic précoce et d'une supplémentation dans les plus brefs délais.



# FICHE PRATIQUE

## PRINCIPALES ÉTIOLOGIES CHEZ L'ADULTE

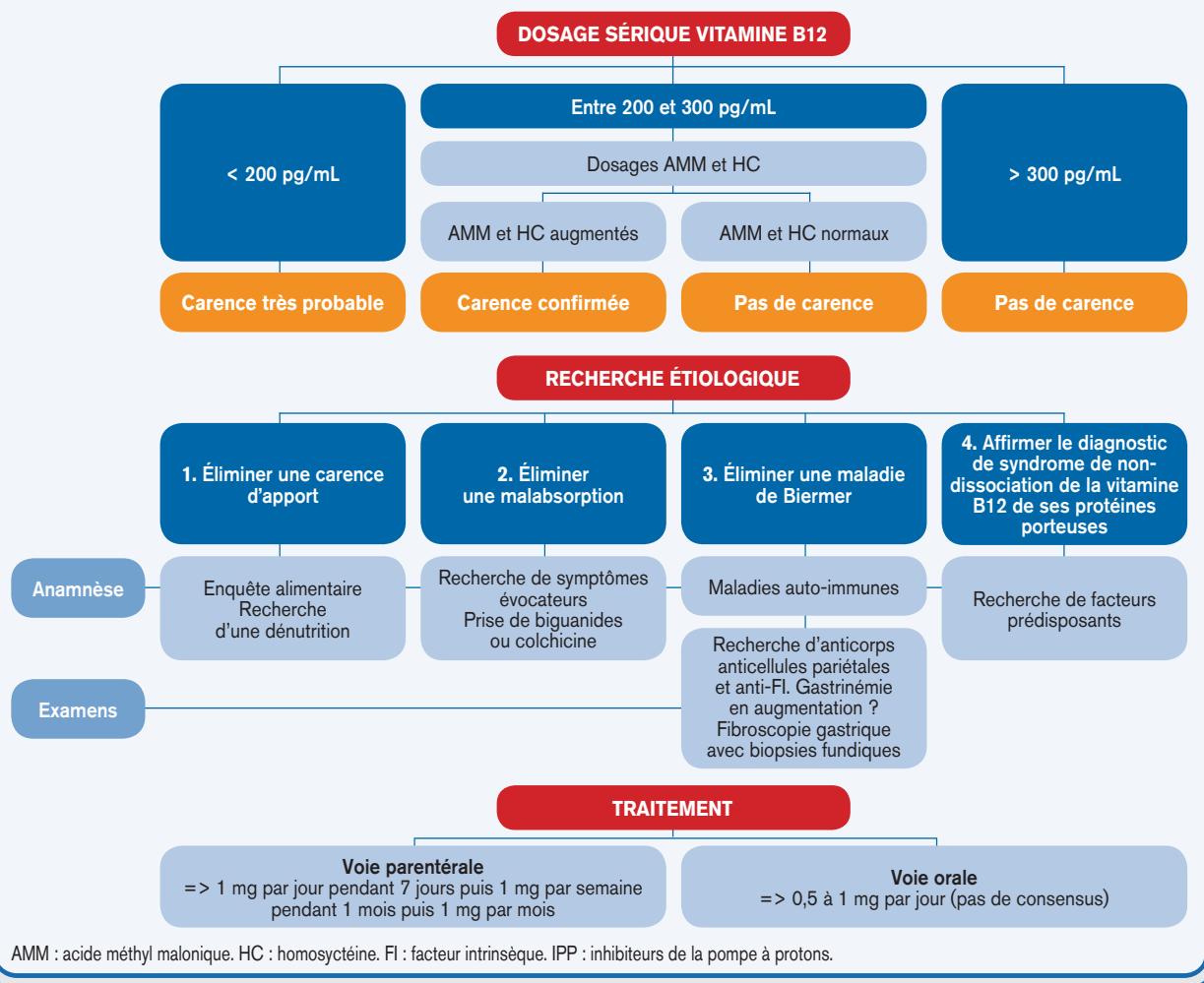
- Syndrome de non-dissociation de la vitamine B12 de ses protéines porteuses qui se caractérise par une incapacité à libérer la vitamine B12 des protéines alimentaires et/ou des protéines intestinales de transport alors que l'absorption de la vitamine B12 « non liée » est normale.
- Maladie de Biermer, gastrite auto-immune relativement fréquente (prévalence intéressant surtout les femmes, survenant à tout âge et volontiers associée à d'autres maladies auto-immunes). Elle se traduit par la présence d'anticorps dirigés contre les cellules pariétales gastriques et contre le facteur intrinsèque.
- Dans une moindre mesure, la malabsorption et la carence d'apport font également partie des étiologies possibles.

## FACTEURS DE RISQUE

- Patients d'âge gériatrique.
- Patients souffrant de certaines maladies auto-immunes (thyroïdites, maladie de Basedow, vitiligo).
- Patients avec des troubles intestinaux (malabsorption, chirurgie d'exérèse gastrique/iléale).
- Prise de biguanides au long cours.
- Consommation chronique d'alcool.
- Régime végétarien et végétalien, par manque d'apport chronique.

## DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE D'UNE CARENCE EN VITAMINE B12

### SIGNES ÉVOCATEURS HÉMORRAGIQUES, NEUROPSYCHIATRIQUES, DIGESTIFS...



## RÉFÉRENCES

- > « Conduite à tenir devant une carence en vitamine B12 (cobalamine) », G. Le Guenno, D. Quilliot, Nutrition clinique et métabolisme, février 2014.
- > « Métabolisme de la vitamine B12 et de l'acide folique », Laboratoire d'hématologie du CHU d'Angers, octobre 2011 - <http://hematocell.fr/index.php/enseignement-de-lhematologie-cellulaire/globules-rouges-et-leur-pathologie/51-metabolisme-de-la-vitamine-b12-et-de-lacide-folique>
- > « Signes et symptômes de la carence en vitamine B12 : revue critique de la littérature », E. André et coll., Médecine thérapeutique, vol 16, numéro 1, janvier-février-mars 2010.
- > « Métabolisme de la vitamine B12 : apport, absorption, transport, réserves, rôle physiologique, méthodes d'exploration », Faculté de médecine de Tours, 2010.