



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Image

Des ecchymoses diffuses

Diffuse ecchymoses

P. Lamhien^a, S. Mattioni^a, A. Michon^a, O. Steichen^{a,b,*}

^a Service de médecine interne, hôpital Tenon, AP-HP, 4, rue de la Chine, 75020 Paris, France

^b Sorbonne universités, UPMC, université Paris 06, faculté de médecine, 75005 Paris, France



INFORMATION

Historique de l'article :

Disponible sur Internet le 9 mars 2016

Mots clés :

Scorbut
Anémie
Œdème
Ecchymose

Keywords:

Scurvy
Anemia
Edema
Ecchymosis

1. L'histoire

Une femme, âgée de 61 ans, était hospitalisée pour amaigrissement, asthénie et anémie. Elle vivait seule et avait une activité physique régulière. Elle ne fumait pas, ne consommait pas d'alcool et n'avait pas d'antécédent notable. Les œdèmes des membres inférieurs liés à une insuffisance veineuse, habituellement très limités, s'étaient nettement aggravés depuis un mois, remontant jusqu'à l'abdomen de façon symétrique. L'examen trouvait une pâleur cutanéomuqueuse, des gingivorragies au brossage des dents, des lésions cutanées (Fig. 1A) et des poils anormaux (Fig. 1B). Le taux d'hémoglobine était à 4,9 g/dL, le VGM à 84 fl, les réticulocytes à 158 G/L, les leucocytes à 8,3 G/L et les plaquettes à 316 G/L. L'hémostase était normale.

2. Le diagnostic

Un scorbut.

3. Les commentaires

La patiente avait modifié son régime alimentaire suite à un voyage au Népal deux ans auparavant. Elle avait été marquée par le mode de vie parcimonieux avec un *dahl* traditionnel à chaque repas : riz, légumes et lentilles. À son retour, la patiente avait choisi de se limiter également au même plat à chaque repas, mais en choisissant du riz en sauce et du poisson, avec du thé comme seule boisson. La vitamine C était <0,7 mg/L (N : 5–15 mg/L), les folates à 2,1 µg/L (N : 2,5–18 µg/L), la vitamine D <7 ng/mL (N : 30–100 ng/mL) et la ferritinémie normale à 215 µg/L. La supplémentation en vitamine C et folates permettait une amélioration de l'hémoglobine à 7,4 g/dL, 5 jours plus tard. La consultation de suivi à 1 mois, après une diversification du régime alimentaire associée à une supplémentation orale en vitamines C, B9 et D, montrait une amélioration franche de l'état général, une diminution importante des œdèmes des membres inférieurs et la disparition des ecchymoses et des poils en tire-bouchon. L'hémoglobine était à 11,1 g/dL.

Il n'existe ni synthèse ni stockage de la vitamine C dans l'organisme. Un apport quotidien d'origine alimentaire est donc nécessaire, essentiellement par les fruits et légumes frais. La prévention du scorbut est basée sur un régime alimentaire équilibré,

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : olivier.steichen@aphp.fr (O. Steichen).

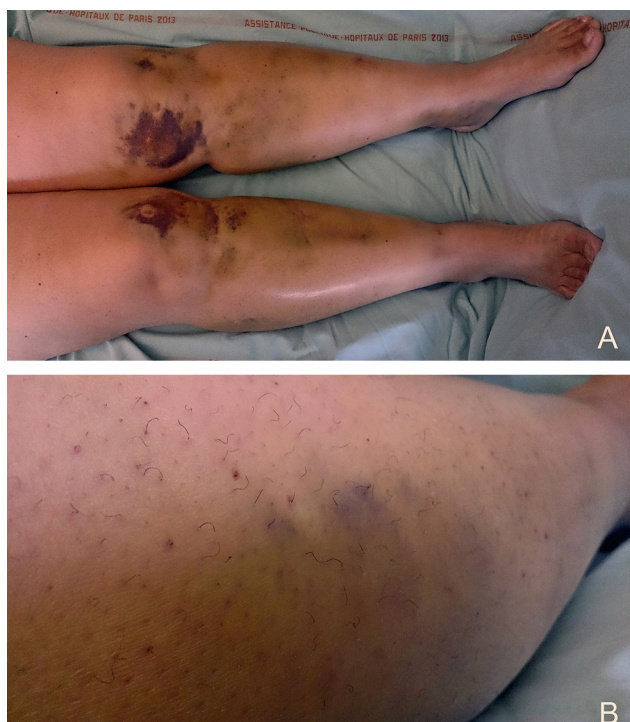


Fig. 1. Ecchymoses des membres inférieurs (A) et poils en tire-bouchon (B).

riche en fruits et légumes. La consommation de 5 fruits et légumes par jour correspond à 150 à 200 mg de vitamine C par jour pour des apports recommandés à 110 mg/j [1]. Plusieurs études trouvent une prévalence de carence en vitamine C variant entre 5 et 14% dans la population générale, pour des seuils d'ascorbatémie différents. Des études réalisées dans des populations hospitalisées ou défavorisées montrent une prévalence plus importante [1] :

- 46% des hommes et 35% des femmes d'une population défavorisée du Royaume-Uni ;
- 72% des sans domicile fixe de la région parisienne en 1999 ;
- 16,9% des patients d'un service de médecine interne de Seine-Saint-Denis en 1997.

Les circonstances favorisant la carence en vitamine C sont [1,2] :

- diminution des apports : souvent liée au mode de vie (personnes âgées, hommes seuls, éthyliques, régimes alimentaires volontairement restrictifs) ;
- diminution de l'absorption : maladie de Crohn, maladie de Whipple, maladie cœliaque ;

- augmentation des besoins : croissance, grossesse, allaitement, diabète.

La vitamine C joue un rôle important dans la synthèse du collagène et favorise l'absorption du fer. Le diagnostic du scorbut est surtout clinique. Après un interrogatoire alimentaire minutieux, il faut chercher les manifestations cliniques suivantes [1,2] :

- signes généraux : asthénie, anorexie, amaigrissement ;
- syndrome hémorragique par fragilité capillaire : purpura pétié- chial des membres et du tronc centré sur les follicules pileux, ecchymoses, hématomes, hémorragies intramusculaires avec syndrome des loges, hémarthroses, hémorragies digestives ;
- signes stomatologiques moins fréquents mais caractéristiques : gingivite hypertrophique et hémorragique, aggravée par un mauvais état dentaire, absente en cas d'édentation, parodontolyse avec mobilité puis chute de dents ;
- signes cutanés : hyperkératose folliculaire, poils en tire-bouchon, œdèmes des membres inférieurs, alopecie ;
- signes articulaires : arthralgies, myalgies, hémarthroses.

L'anomalie biologique la plus fréquente est une anémie hypo- chrome, normocytaire ou macrocytaire, multifactorielle, le plus souvent modérée mais parfois profonde [1,3] associant une carence en fer et en folates. En effet, la vitamine C est nécessaire à l'absorption du fer et les folates ont la même origine alimentaire que la vitamine C. Les autres manifestations biologiques possibles sont une hémolyse intravasculaire, une leucopénie, une hypo- albuminémie et une hypocholestérolémie. L'ascorbatémie est inférieure à 2 mg/L (n : 5–15 mg/L), voire indosable. Le diagnostic est confirmé si les symptômes disparaissent sous supplémentation vitaminique.

Le traitement consiste en l'administration d'un gramme de vita- mine C par jour en plusieurs prises orales pour une durée de 15 jours ou par voie parentérale en cas de malabsorption. L'amélioration de l'état général se fait en 48 heures et le syndrome hémorragique disparaît en 15 jours [1,3,4].

Déclaration de lien d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Fain O. Carences en vitamine C. *Rev Med Interne* 2004;25:872–80.
- [2] Khonsari H, Grandière-Perez L, Caumes E. Le scorbut n'a pas disparu : histoire d'une maladie réémergente. *Rev Med Interne* 2005;26:885–90.
- [3] Hirschmann JV, Raugi GJ. Adult scurvy. *J Am Acad Dermatol* 1999;41:895–906 [quiz 907–10].
- [4] Smith A, Di Primio G, Humphrey-Murto S. Scurvy in the developed world. *CMAJ* 2011;183:E752–5.