



HAL
open science

Oedèmes, ecchymoses et anémie : un diagnostic au poil. Edema, ecchymoses and anemia

Patrick Lamhien, Sarah Mattioni, Arthur Michon, Olivier Steichen

► To cite this version:

Patrick Lamhien, Sarah Mattioni, Arthur Michon, Olivier Steichen. Oedèmes, ecchymoses et anémie : un diagnostic au poil. Edema, ecchymoses and anemia. La Revue de Médecine Interne, 2016, 37 (6), pp.437-438. 10.1016/j.revmed.2015.09.007 . hal-02504686

HAL Id: hal-02504686

<https://hal.sorbonne-universite.fr/hal-02504686v1>

Submitted on 10 Mar 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Elsevier Editorial System(tm) for La Revue de Medecine Interne
Manuscript Draft

Manuscript Number:

Title: Oedèmes, ecchymoses et anémie : un diagnostic au poil. Edema, ecchymoses and anemia

Article Type: Image

Keywords:

Scorbut; anémie; œdème; ecchymose; poil.

Scurvy; anemia, edema; ecchymosis; hair.

Corresponding Author: Dr. Olivier Steichen, Ph.D., M.D.

Corresponding Author's Institution: AP-HP, hôpital Tenon

First Author: Patrick Lamhien

Order of Authors: Patrick Lamhien; Sarah Mattioni; Arthur Michon; Olivier Steichen, Ph.D., M.D.

Oedèmes, ecchymoses et anémie : un diagnostic au poil

Edema, ecchymoses and anemia

P. Lamhien¹, S. Mattioni¹, A. Michon¹, O. Steichen^{1,2}

¹ AP-HP, hôpital Tenon, service de médecine interne, F-75020 Paris, France ;

² Sorbonne Universités, UPMC Univ Paris 06, faculté de médecine, 7-75006 Paris, France.

Auteur correspondant : Olivier Steichen

Service de médecine interne, hôpital Tenon

4 rue de la Chine, 75020 Paris, France

Tel : 01 56 01 60 77 ; Fax 01 56 01 70 82

Mél : olivier.steichen@tnn.aphp.fr

Mots clés

1 Scorbut ; anémie ; œdème ; ecchymose ; poil.
2
3
4

5
6 Keywords
7

8 Scurvy ; anemia, edema ; ecchymosis ; hair.
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

1. Histoire

Une femme de 61 ans était hospitalisée pour altération de l'état général et anémie. Cette patiente célibataire vivait seule et avait une activité physique régulière. Elle ne fumait pas, ne consommait pas d'alcool et n'avait pas d'antécédent notable. Ses œdèmes des membres inférieurs sur 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 et des ecchymoses aux membres inférieurs (Figure 1.A). La NFS à l'arrivée montrait : hémoglobine à 4,9 g/dL, VGM 84fL, réticulocytes 158 G/L, leucocytes 8,3 G/L, plaquettes 316 G/L. L'hémostase était normale.

2. Diagnostic

Des poils en tire bouchon (Figure 1.B) suggérant un scorbut.

3. 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.

1 La vitamine C était < 0,7 mg/L (N 5-15 mg/L). Il existait une carence en folates à 2,1 µg/L (N 2,5-
2 18 µg/L) et en vitamine D < 7 ng/ml (N 30-100 ng/ml), la ferritinémie était normale à 215 µg/L. La
3 supplémentation en vitamine C et folates a permis une amélioration de l'hémoglobine à 7,4 g/dL à
4 la sortie 5 jours plus tard. La consultation de suivi à 1 mois après une diversification du régime
5 alimentaire associée à une supplémentation orale en vitamine C, B9 et D, montrait une amélioration
6 franche de l'état général, une diminution importante des oedèmes des membres inférieurs et la
7 disparition des ecchymoses et poils en tir bouchon. L'hémoglobine était à 11,1 g/dL.
8
9

10 Il n'existe ni synthèse ni stockage de la vitamine C dans l'organisme. Un apport quotidien d'origine
11 alimentaire est donc nécessaire, essentiellement par les fruits et légumes frais. La prévention du
12 scorbut demande un régime alimentaire équilibré, riche en fruits et légumes. La consommation de 5
13 fruits et légumes par jour correspond à 150 à 200 mg de vitamine C par jour pour des apports
14 recommandés à 110 mg/j [1].
15
16
17

18 Plusieurs études trouvent une prévalence de carence en vitamine C variant entre 5 et 14% dans la
19 population générale, pour des seuils d'ascorbatémie différents. Des études réalisées dans des
20 populations hospitalisées ou défavorisées montrent une prévalence plus importante [1] :

- 21 - 46% des hommes et 35% des femmes d'une population défavorisée du Royaume-Uni ;
- 22 - 72% des SDF de la région parisienne en 1999 ;
- 23 - 16,9% des patients d'un service de médecine interne de Seine-Saint-Denis en 1997.

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

- 25 - diminution des apports : souvent liée au mode de vie (personnes âgées, hommes seuls, éthyliques,
26 régimes alimentaires volontairement restrictifs) ;
 - 27 - diminution de l'absorption : maladie de Crohn, maladie de Whipple, maladie coeliaque ;
 - 28 - augmentation des besoins : croissance, grossesse, allaitement, diabète.
- 29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

1 La vitamine C joue un rôle important dans la synthèse du collagène et favorise l'absorption du fer.

2
3 Le diagnostic du scorbut est surtout clinique. Après un interrogatoire alimentaire minutieux, il faut
4
5 chercher les manifestations cliniques suivantes [1,2] :

6
7
8 - signes généraux : asthénie, anorexie, amaigrissement ;

9
10
11 - syndrome hémorragique par fragilité capillaire : purpura pétéchial des membres et du tronc centré
12
13 sur les follicules pileux, ecchymoses, hématomes, hémorragies intramusculaires avec syndrome des
14
15 loges, hémarthroses, hémorragies digestives ;

16
17
18 - signes stomatologiques moins fréquents mais caractéristiques : gingivite hypertrophique et
19
20 hémorragique, aggravée par un mauvais état dentaire, absente en cas d'édentation, parodontolyse
21
22 avec mobilité puis chute de dents ;

23
24
25 - signes cutanés : hyperkératose folliculaire, poils en tire-bouchon, œdèmes des membres inférieurs,
26
27 alopécie

28
29
30 - signes articulaires : arthralgies, myalgies, hémarthroses.

31
32
33
34
35 L'anomalie biologique la plus fréquente est une anémie hypochrome, normocytaire ou
36
37 macrocytaire, multifactorielle, le plus souvent modérée mais parfois profonde [1,3] :

38
39
40 - carences associées en fer et en folates : la vitamine C est nécessaire à l'absorption du fer et les
41
42 folates ont la même origine alimentaire que la vitamine C ;

43
44 - hémorragies (ecchymoses diffuses) ;

45
46
47 - hémolyse intravasculaire.

48
49
50
51
52 Les autres manifestations biologiques possibles sont la leucopénie, l'hypoalbuminémie et

53
54 l'hypocholestérolémie. L'ascorbatémie est inférieure à 2 mg/l, voire indosable (N 5-15 mg/l). Le

55
56
57 diagnostic est confirmé si les symptômes disparaissent sous supplémentation vitaminique.

58
59
60
61
62
63
64
65

1 Le traitement consiste en l'administration d'un gramme de vitamine C par jour en plusieurs prises
2 orales pour une durée de 15 jours ou par voie parentérale en cas de malabsorption. Le syndrome
3 hémorragique disparaît en 48 heures et l'amélioration de l'état général se fait en 15 jours [1,3,4].
4
5
6
7
8
9

10 **Déclaration d'intérêts**

11
12
13
14
15 Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.
16
17
18
19
20
21

22 **Références**

- 23
24
25 [1] Fain O. Carences en vitamine C. Rev Med Interne 2004;25:872–80.
26
27 doi:10.1016/j.revmed.2004.03.009.
28
29
30 [2] Khonsari H, Grandière-Perez L, Caumes E. Le scorbut n'a pas disparu : histoire d'une maladie
31
32 réémergente. Rev Med Interne 2005;26:885–90. doi:10.1016/j.revmed.2005.03.007.
33
34
35 [3] Hirschmann JV, Raugi GJ. Adult scurvy. J Am Acad Dermatol 1999;41:895–906; quiz 907–10.
36
37
38 [4] Smith A, Di Primio G, Humphrey-Murto S. Scurvy in the developed world. CMAJ
39
40 2011;183:E752–5. doi:10.1503/cmaj.091938.
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

*Figure
[Click here to download high resolution image](#)

