

Stratégie de Diagnostic Biologique de la carence martiale chez l'insuffisant cardiaque

Auteurs : N. Ould Bessi, A. Lamrani, W. Aksas, N. Ferrat, A. Djouadi, A. Chikouche

Laboratoire de Biochimie, Centre Pierre et Marie Curie, Département de Pharmacie, Faculté de Médecine, Université Alger 1. Algérie

Introduction

La carence martiale, avec ou sans anémie, est une comorbidité fréquente de l'insuffisance cardiaque : elle augmente la morbidité en termes de ré-hospitalisation, réduction de la tolérance à l'exercice et d'altération de la qualité de vie. Elle est aussi responsable de l'augmentation de la mortalité.

Etant donné que la carence martiale est la carence nutritionnelle la plus fréquente dans le monde affectant plus du tiers de la population mondiale, et au vu de ses effets délétères chez l'insuffisant cardiaque, il devient nécessaire de la dépister précocement chez ces patients.

Méthodes

Les paramètres du bilan martial comprennent le fer circulant (Fer sérique et coefficient de saturation de la Transferrine); le fer fonctionnel hématopoïétique (par les paramètres de routine de la numération sanguine ou si possible par le récepteur soluble de la transferrine), le fer de réserve (par la ferritinémie) et si nécessaire, les systèmes de régulation du métabolisme du fer.

Selon les recommandations de l'HF ESC 2016 (5), la carence martiale chez les insuffisants cardiaques est définie comme suit : Ferritinémie <100µg/L, en faveur d'une carence martiale absolue ou une Ferritinémie entre 100-299µg/L avec CST<20% en faveur d'une carence martiale fonctionnelle.

Comme la ferritine est une protéine de l'inflammation au cours de laquelle ses taux augmentent significativement, il était impératif d'établir un algorithme de diagnostic de la carence martiale chez l'insuffisant cardiaque.

Résultats

Nous avons établi un algorithme de diagnostic de la CM basé sur la définition de la HF-ESC GUIDELINES 2016 ; Cependant, nous avons constaté que l'application de cette définition seule sans prendre en considération l'état inflammatoire du patient pouvait nous faire passer à côté d'une CMA (réserves basses) masquée par des taux de ferritine normaux induits ou d'une CMF (Ferritine > 300µg/l avec CST < 20%), ce qui justifie le dosage de la CRP pour les patients ayant une ferritinémie entre 100-299µg/l avec CST ≥ 20% et les patients ayant une ferritinémie ≥300µg/l.

Conclusion

Afin de pallier à ce problème, il serait utile d'associer au dosage de la ferritine, le dosage du récepteur soluble de la transferrine, étant donné qu'il est moins vulnérable face aux interférences (inflammation, rhabdomyolyse...) et qu'il reflète aussi bien les besoins tissulaires en fer que les taux de fer fonctionnel.

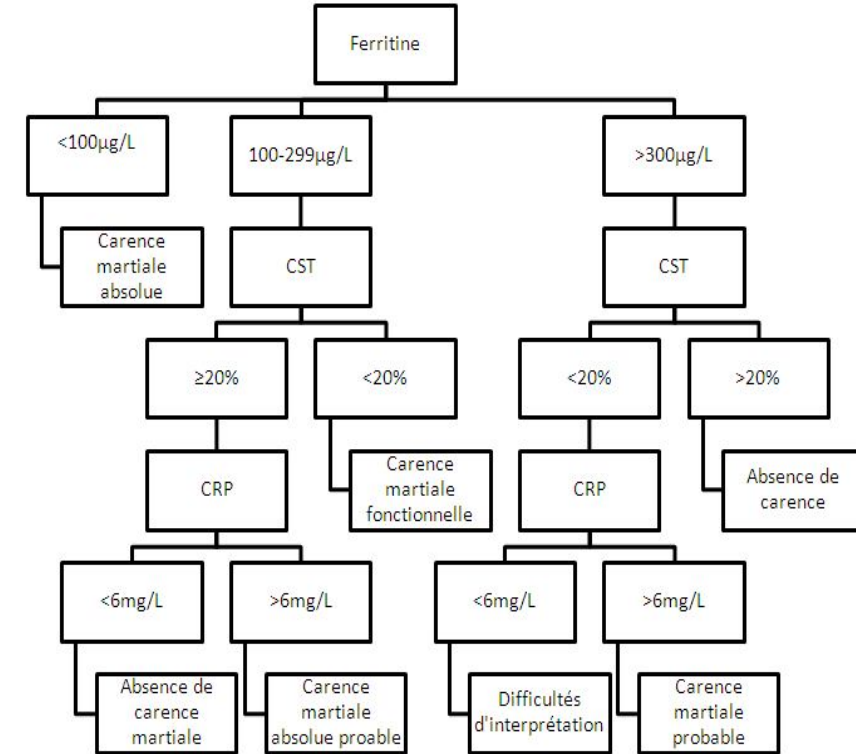


Figure : Algorithme du diagnostic biologique de la carence martiale chez l'insuffisant cardiaque