

Conduite à tenir devant une anémie aiguë aux urgences (hors Sd hémorragique Hors Drépanocytose)

DIAGNOSTIC

Critères d'anémie : pâleur, asthénie, dyspnée d'effort, changement de comportement (nrs)

Critères de mauvaise tolérance (interrogatoire fondamental):

- Retentissement "aigu" sur activités quotidiennes (ne se lève plus de son lit, refuse d'aller à l'école, n'arrive plus à têter, non réveillable etc..)
- Retentissement hémodynamique (dyspnée, cyanose, tachycardie, hypoTA...)
- Retentissement neurologique (sommolence, tb de conscience, convulsions, etc..)



Anamnèse et signes cliniques accompagnateurs à rechercher :

- Orientant vers hémolyse: Ictère conjonctival, urines foncées (faire BU à la recherche Sang), splénomégalie
- Prise alimentaire (fèves) ou Mdts, contexte infectieux, ATCD familiaux et origine ethnique

CAT

ATTENTION risque de désamorçage si bilan prélevé trop important !!!!!

Bilan biologique minimal

- NFP + rétic + frottis obligatoire; Groupage si possible (2 deter) + RAI + Coombs direct obligatoire
- +/- iono complet +Bilan Hépatique+Bili+ LDH
- + goutte épaisse si voyage
- + BU (hémoglobinurie)

3: Commander le sang

1: pose VVP

2: Perfusion

4: Compléter bilan JUSTE avant la transfusion (si état le permet)

Remplissage : SSI

20 ml/kg 20 mn

ou

Perfusion : B27

2l/m2/24h

- Transfusion GR en urgence (15 à 20 ml/kg) :
- Contact EFS indispensable si Coombs +
- Si choc non contrôlé, culot O- disponible banque de sang

- Haptoglobine + iono complet +Bilan Hépatique+Bili+ LDH (si non fait)
- Electrophorèse Hb (1 ml EDTA)
- G6PD et PK (+ hexokinase) +4°C, envoi TA
- Fragilité membranaire (étude EMA par cytométrie de flux 1 à 2.5 ml EDTA) conserver à +4°C, et envoi avant 72h à TA,)

Conduite à tenir devant une anémie aiguë aux urgences

