

ERYTHROBLASTOPENIES

Insuffisance médullaire touchant **exclusivement la lignée érythroblastique** et respectant les lignées granuleuses et mégacaryocytaires.

- ↳ Responsable d'une anémie profonde
- ↳ Foyers ectopiques d'érythropoïèse extra-médullaire possibles.
- ↳ Deux formes :
 - ↳ Forme aiguë exceptionnelle
 - ↳ Forme chronique

A - FORMES AIGUES

- ↪ Installation aigue en 10 jours
- ↪ Evolution courte en 3 à 6 mois
- ↪ Régression spontanée fréquente
- ↪ Etiologies :
 - ☞ Viroses (parvovirus B9...)
 - ☞ Prises thérapeutiques :
 - ☞ Piqûres d'acariens
 - ☞ Insuffisance rénale aigue
 - ☞ Grossesse

Bismuth, Arsenic
Diphenylhydantoines
Anti-tuberculeux
Thiophénicol

B - FORMES CHRONIQUES

1) Clinique :

↪ Syndrome anémique progressif

2) Biologique :

↪ NFS : Anémie normochrome, normocytaire, arégénérative +++
Leucocytes et plaquettes normaux

↪ Moelle : Lignée érythroblastique déficitaire ou absente
Moelle de densité cellulaire normale
Autres lignées médullaires normales

↪ BOM : confirmation de ces données

↪ Fer sérique élevé sans signe d'hémolyse

↪ Étude cinétique du * Fer 59 +++
Épuration plasmatique du fer très lente
Absence d'incorporation globulaire
Absence de fixation médullaire,
Fixation hépatique rapide

3) Étiologies :

a - Forme congénitale : Syndrome de Blakfan-Diamond

- ↪ Caractère familial
- ↪ Apparition dès les 1ères semaines de la vie
- ↪ Prépondérance féminine
- ↪ Morphologie : cheveux clairs, hypertélorisme
- ↪ Corticothérapie à fortes doses : RC 70 à 80%

b - Formes acquises :

b-1- Acquises secondaires :

- ↪ **Tumeurs thymiques +++** : 50% des cas
 - Bénignité fréquente
 - ☞ Association : myasthénie, hypogammaglobulinémie, protéines monoclonales, AAN.
- ↪ Hémopathies :
 - ☞ LLC, lymphomes
 - ☞ AHAI, AH corpusculaires
- ↪ Cancers
- ↪ Collagénoses : PR, LED...
- ↪ Prises thérapeutiques (QS)

b-2- Acquises primitives Forme primitive de l'homme de 50 ans ☞ rare