

LE DEMANDEUR (REQUERANT)					
Nom, prénom du professionnel de santé		Mail sécurisé			
Téléphone		Etablissement Service			
Nom, prénom du médecin traitant, si différent du médecin requérant (avec précision de la ville)					
LE PATIENT a-t-il été informé de la demande de télé-expertise?				OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Nom d'usage		Nom de naissance			
Prénom		Né(e) le	Sexe		

**MOTIF DE TELE-EXPERTISE :** Cocher le ou les motifs parmi la liste ci-après :

Merci de bien tenir compte des définitions et demandes d'examen complémentaires à réaliser AU PREALABLE et à joindre OBLIGATOIREMENT à la demande télé-expertise et préciser antécédents et traitement (ordonnance)

(Les notes explicatives en exposant **x** = annexe 1 et le référentiel = annexe 2 permettent d'expliquer la démarche diagnostique)

**En cas d'urgence :** un médecin hématologue est joignable au téléphone via le 02 98 22 33 95 de 9h à 17h00 ou via le standard 02 98 22 33 33 en dehors de ces horaires.

**I-CYTOPENIE**

**ANEMIE : Hémoglobine Hb**

**Définition :** -Hb < 13 g/dL pour l'homme ;  
-Hb < 12 g/dL pour la femme et l'enfant > 2 ans  
-Pendant la grossesse :  
Premier et dernier trimestre: < 11 g/dL.  
Deuxième trimestre : < 10 g/dL.

➤ **Examens complémentaires :**

- ☞ DFG + clairance selon MDRD et Cockcroft
- ☞ gamma GT, phosphatases alcalines, SGOT, SGPT.
- ☞ TSH
- ☞ TCMH, réticulocytes,
- ☞ frottis sanguin et érythrocytaire (frottis à demander au cytologiste).

- Selon VGM et TCMH :

-> **si microcytose** = VGM < 82 fL (et / ou hypochromie = TCMH < 27 pg<sup>1</sup>):

☞ ferritinémie + coefficient de saturation de la transferrine CST<sup>2</sup> + CRP, fibrinogénémie<sup>2</sup>.

-> **si macrocytose** = VGM > 98 fL :

☞ dosage vitaminémie B12 et dosage des folates intra-érythrocytaires<sup>3</sup>.

- -> **si normocytaire** = VGM entre 82 et 98 fL :

Eliminer un syndrome inflammatoire et/ou une carence martiale, une insuffisance rénale, thyroïdienne, hépatique (alcoolisme, hypertension portale = HTP), ou une hémodilution<sup>4</sup>.

- Si ANEMIE REGENERATIVE (réticulocytes > 120 Giga/l),

-> rechercher une hémolyse par

- ☞ dosage du taux d'haptoglobine,
- ☞ bilirubinémie totale et conjuguée (calcul de la bilirubinémie libre),
- ☞ taux de LDH, et test de Coombs direct érythrocytaire si pas de cause évidente d'hémolyse<sup>5</sup>.

-> Si pas d'hémolyse : **consultation spécialisée pour bilan médullaire.**

**NEUTROPENIE : Polynucléaires neutrophiles PNN**

**Définition :** PNN < 1, 5 Giga/L (si neutropénie inexpliquée, contrôler dans les 15 jours).

- Neutropénie ethnique : neutropénie < 0, 8 Giga/L.  
NB Risque infectieux majeur si PNN < 0, 5 Giga/L

-> si PNN < 1, 0 Giga/L : **Avis hématologique nécessaire**

**THROMBOPENIE :**

**Définition :** Plaquettes < 150 Giga/L.

☞ prélever à nouveau sur tube citraté : pour éliminer une pseudo-thrombopénie avec agrégats plaquettaires,

-> si plaquettes < 100 Giga/L : **Avis hématologique nécessaire**

NB Risque hémorragique majeur si plaquettes < 30 Giga/L

**MONOCYTOPENIE :**

**Définition :** monocytes < 0,2 Giga/L.

**Lymphopénie<sup>6</sup>:**

**Définition :** lymphocytes < 1,5 Giga/L et < 1 G/L chez sujet de plus de 70 ans.

- Eliminer d'abord une corticothérapie ou un traitement immunosuppresseur, récent ou ancien.

-> si lymphocytes < 1, 0 Giga/L persistante ou si chez le sujet âgé le taux de lymphocytes est < 0, 8 Giga/L persistant : **Avis hématologique nécessaire**

**II- HYPERCYTOSE**

**POLYGLOBULIE :**

**Définition :** Polyglobulie Hb > 16,5 g/dL chez l'homme ou hématocrite<sup>7</sup> (Ht) > 49 % et Hb > 16,0 g/dL ou Ht > 48 % chez la femme

- Eliminer une fausse polyglobulie par hémococoncentration<sup>8</sup> (déshydratation extra-cellulaire).

- Eliminer une polyglobulie secondaire par tabagisme chronique (carboxyhémoglobinémie<sup>9</sup> HbCO > 3%)

ou par syndrome d'apnée du sommeil<sup>10</sup>; par insuffisance respiratoire chronique (SaO2 < 92%).

## **POLYNUCLEOSE NEUTROPHILE :**

**Définition :** PNN > 7, 0 Giga/L. L'avis hématologique concerne la polynucléose neutrophile **persistante**.

Éliminer d'abord une polynucléose neutrophile secondaire par tabagisme chronique (carboxyhémoglobinémie HbCO > 3%); par syndrome inflammatoire chronique (fibrinogénémie > 4 g/L), infections bactériennes à pyogènes, démargination cortico-induite.

-> si PNN > 7, 0 Giga/L persistante + myélémie > 2% à deux hémogrammes successifs : **Avis hématologique nécessaire**

## **POLYNUCLEOSE EOSINOPHILE**

**Définition :** PNE > 0, 5 Giga/L = éosinophilie

Éliminer une éosinophilie secondaire par consommation médicamenteuse, allergie ou atonie ; par parasitose (helminthiase). Les deux principales étiologies sont parasitaires et allergiques.

-> si éosinophilie > 1, 5 Giga/L chronique ≥ 6 mois : **Avis hématologique nécessaire**

## **MONOCYTOSE :**

**Définition :** monocytes > 1,0 Giga/L

Éliminer une monocytose secondaire <sup>11</sup> par syndrome inflammatoire chronique

-> si monocytose > 1, 5 Giga/L chronique ≥ 6 mois : **Avis hématologique nécessaire**

## **HYPERLYMPHOCYTOSE :**

**Définition :** lymphocytes > 4,0 Giga/L, de façon persistante (**contrôler à 2 mois**).

➤ Nécessité d'une étude du frottis sanguin pour analyse de la morphologie lymphocytaire : (lymphocyte hyperbasophile polymorphe témoignant d'une réaction mononucléosique ou lymphocytose mature monomorphe orientant vers une hémopathie lymphoïde).

Éliminer un syndrome mononucléosique .

-> si suspicion d'une hémopathie lymphoïde : (polyadénopathie, complications infectieuses, hyperlymphocytose chronique, morphologie lymphocytaire au frottis lymphocytaire, ombres de Gumprecht spécifique de LLC) : **Avis hématologique nécessaire**

## **HYPERPLAQUETTOSE :**

**Définition :** plaquettes > 400 Giga/L.

En pratique, on explore les hyperplaquettes > 450 Giga/L.

Éliminer une hyperplaquettose secondaire <sup>12</sup>

-> si suspicion d'hyperplaquettose primitive : (hyperplaquettose chronique sans cause secondaire, hypercytose associée, tout événement thrombotique veineux, superficiel ou profond, tout événement thrombotique artériel associé) : **Avis hématologique nécessaire**

## **III - TROUBLE DE L'HEMOSTASE**

➤ Fournir un hémogramme et un bilan de coagulation : Temps de Quick, TCA, fibrinogénémie

↳ Réaliser un interrogatoire visant la valence hémorragique et thrombotique du tableau clinique.

↳ Est-ce un bilan d'hémostase pré-opératoire ? Informer sur les prises médicamenteuses.

↳ Définir le caractère familial ou pas.

Au besoin, consultation d'Hémostase dans « L'Unité Hémostase Clinique et Hémophilie » Tel : 02 98 22 36 50.

## **IV IMMUNOGLOBULINE MONOCLONALE**

Mise en évidence d'une **immunoglobuline monoclonale** sur une électrophorèse des protéines sériques (EPS).

➤ **préciser le contexte :** EPS demandée à titre systématique ou dans le cadre d'un syndrome sédiminaire (VS très accélérée, dissociée de la CRP qui est normale et de la fibrinogénémie qui est normale, sans réel syndrome inflammatoire).

➤ **Examens complémentaires :**

↳ immunofixation des immunoglobulines sériques pour préciser le type de la chaîne lourde et chaîne légère

↳ hémogramme à la recherche d'une anémie.

↳ radiographies ou low-dose TDM osseux <sup>13</sup> ou recherche d'une symptomatologie osseuse clinique

↳ créatininémie, DFG selon MDRD et Cockcroft, évaluation de la protéinurie des 24 H

○ Si la protéinurie des 24 H > 150 mg/24 H (en dehors de la grossesse), réaliser une électrophorèse des protéines urinaires et une recherche de Protéinurie de Bence Jones PBJ

↳ ionogramme sanguin avec calcémie et calcémie corrigée.

↳ Albuminémie.

**Si GMSI** (Gammopathie Monoclonale de Signification Indéterminée) :

- surveillance des complications infectieuses <sup>14</sup> (germes encapsulés), osseuses (augmentation du risque osseux fracturaire), thrombotiques veineux.

- Éliminer une GMSI de signification clinique : éruption cutanée, néphropathie, neuropathie périphérique, manifestations oculaires, immunodéficience, trouble de l'hémostase.

## **V ADENOPATHIE**

### **ADENOPATHIE SUPERFICIELLE LOCALISEE :**

recherche d'une porte d'entrée dans le territoire de drainage <sup>15</sup>

➤ Si adénopathie chronique inexpliquée ≥ 1 mois : exploration ganglionnaire (adénogramme ou ponction cytologique initial; biopsie ganglionnaire en fonction).

### **POLYADENOPATHIE :**

➤ réaliser un hémogramme.

➤ Si polyadénopathie chronique inexpliquée: exploration ganglionnaire (adénogramme ou ponction cytologique initial ; biopsie ganglionnaire en fonction).

### **ADENOPATHIE PROFONDE, MEDIASTINALE OU RETROPERITONEALE:**

➤ rechercher une adénopathie superficielle,

➤ réaliser un hémogramme et une biologie hépatique,

➤ rechercher un syndrome inflammatoire.

➤ Si pas d'orientation, réaliser une biopsie ganglionnaire profonde, transpéritonéale en radiologie interventionnelle ou biopsie chirurgicale.

## **VI AUTRES**

**Autres :** hématologie générale ou onco-hématologie. Précisez :