

ANÉMIE FERRIPRIVE CHEZ L'ADULTE : DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

Anémie ferriprive chez l'adulte : diagnostic

Anémie Baisse de l'hémoglobine (Hb)

- Femme : Hb < 12 g/dL
- Homme : Hb < 13 g/dL (< 12 g/dL au-delà de 75 ans)
- Femme enceinte : Hb < 11 g/dL (10,5 g/dL au 2ème semestre et *post partum*)



Carence en fer Baisse de la ferritine +++ (Spécificité > 95 %)

- Femme : ferritine < 20 µg/L – Homme : ferritine < 30 µg/L
- Homme ou femme de plus de 65 ans : ferritine < 60 µg/L
- Syndrome inflammatoire, cytolyse, hémolyse, insuffisance cardiaque ou rénale : ferritine < 100µg/L (doute entre 100 et 200 µg/L : voir ci-dessous)

Syndrome inflammatoire, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale avec ferritine entre 100 et 200 µg/L : comment affirmer la carence en fer ?

Test	Avantages/inconvénients
CST < 16 % Rapport RST/log ferritine > 2 Test de charge en fer <i>per os</i> * et ↗ Hb de 1 g/dL	Coût faible mais spécificité < 70 % Spécificité > 95 % mais coût élevé, méthode de dosage du RST non standardisée Mal évalué

CST : coefficient de saturation de la transferrine RST : récepteur soluble de la transferrine

*Exemple : sulfate de fer 325 mg x 3/j pendant 14 jours

Diagnostic étiologique de la carence en fer chez l'adulte

Femme réglée	Femme ménopausée ou homme
<ul style="list-style-type: none"> • Pas d'exploration digestive sauf symptômes digestifs ou antécédent familial de cancer colorectal ou recherche de sang dans les selles positive (à faire si âge > 40 ans) ou anémie récidivante sévère. • Consultation en gynécologie si ménorragies et/ou métrorragies. • AC anti-transglutaminase + dosage IgA : si Hb < 10 g/dL ou anémie chronique. 	<p>Coloscopie totale* et fibroscopie œso-gastroduodénale systématiques +++</p> <p>Capsule vidéo-endoscopique si coloscopie et fibroscopie normales et rechute de l'anémie après traitement.</p> <p>*Alternative : coloscanner si sujet âgé ou fragile</p>

Anémie ferriprive chez l'adulte : traitement et suivi

Corrections nutritionnelles

Fer hémiquemieux absorbé (viandes, poissons)
Légumineuses, céréales = essentiel du fer absorbé. Éviter grande quantité de tannins avec l'alimentation (thé, compléments alimentaires...)

Traitement étiologique

Traitement d'un saignement digestif ou d'une malabsorption
+/- éradication *Helicobacter pylori*

Correction des pertes gynécologiques si nécessaire: progestatifs dans deuxième partie du cycle ou contraception macroprogestative ou dispositif intra-utérin avec progestérone.

Fer par voie orale

- Systématique, au moins trois mois, au moins 130 mg de fer élément/j
- Avertir coloration noire des selles (arrêt 10 j avant coloscopie)
- Diminuer posologie et changer de sel de fer si intolérance : sulfate ferreux, fumarate ferreux, ascorbate ferreux.

Fer intraveineux : uniquement si échec du fer *per os*
Risque exceptionnel d'anaphylaxie ou de bronchospasme graves ou d'hypophosphorémie

Risque de « tatouage » si extravasation

NB : transfusion rarement indiquée

Si transfusion, fer IV inutile : une poche de sang apporte environ 200 mg de fer

Produit	Administration	Avantages	Inconvénients
Carboxymaltose ferrique	<ul style="list-style-type: none"> • 500 mg en 15 min si poids < 50 kg ou anémie modérée • 1000 mg en 30 min si poids > 50 kg et anémie sévère • Maximum 1000 mg/semaine 	Perfusion rapide en hôpital de jour	Coût élevé
Hydroxy ferrique saccharose	300 mg par perfusion maximum, durée 2H, intervalle de 48H minimum ; maximum 900 mg/semaine	Coût faible	Toxicité veineuse assez fréquente, perfusions longues.

Surveillance

- NFS à 7 à 14 jours si anémie sévère
- NFS à 1 mois si anémie moyenne ou saignement persistant
- NFS ferritine à 3 mois et arrêt fer si ferritine > 50 µg/L (100 µg/L si > 65 ans)