

Alicia Rovó

Le fer – trop ou pas assez?

Nous avons résumé les points principaux des profils simplifiés de déficit en fer dans les paragraphes 1 et 2 pour le lecteur pressé. Si le lecteur désire approfondir le sujet, il trouvera des compléments dans les paragraphes 3 et 4 se référant aux problèmes plus complexes rencontrés dans les cas d'anémies.

1. Carence en fer sans anémie

Une jeune femme de 32 ans, mince et sportive, mère de trois enfants, arrive en se plaignant de fatigue et d'abattement. Vous savez qu'à part quelques bagatelles elle a toujours été en bonne santé ces vingt dernières années. Elle a essayé d'améliorer son état en prenant quelques comprimés de fer, mais en vain. Elle voudrait des injections. Résultats de laboratoire: ferritine: 12 µg par litre, hémoglobine: 135 g/l, à part cela, la formule sanguine est normale. Vous administrez 1000 mg de fer-carboxymaltose. Rapidement son état s'améliore. Quand allez-vous contrôler la ferritine pour la prochaine fois? Le procédé est-il défendable? Où en sont les embûches?

Comme vous connaissez déjà la jeune femme depuis 20 ans, ce procédé est en effet défendable. Mais il faut garder quelques considérations à l'esprit.

Valeurs de ferritine faussement élevées: si les valeurs élevées ou normales de ferritine vous paraissent suspectes, il vaut mieux commencer par déterminer les taux de CRP et d'ALAT. Ce n'est qu'une fois obtenu des résultats de laboratoire normaux de ces paramètres que la ferritine «normale» est vraiment normale, car la ferritine augmente avec les inflammations et les maladies hépatiques. L'alcoolisme et les tumeurs peuvent également entraîner des élévations du taux de ferritine.

Vous pouvez décider vous-même, sur une base pragmatique, de commencer par *l'élargissement de l'anamnèse, le status et l'«examen de laboratoire sur profil de fatigue»* (en analysant entre autres la TSH, la glycémie et la GPT etc.) ou d'attendre un défaut de réponse éventuel à un traitement martial. Mais il va de soi qu'il faut éviter absolument la perspective basée uniquement sur une substitution ferrique; il faut rechercher d'autres étiologies au plus tard dès le constat de non réponse.

Dans le cas présent, il est probable que les pertes menstruelles soient en cause. Chez les personnes au-dessus de 50 ans (comprenant également les femmes postménopausées), ainsi que dans les récurrences d'effondrement des taux de fer, il faut rechercher la *source des pertes sanguines occultes*.

2. Carence en fer avec anémie

Si la patiente décrite plus haut présente une anémie, il faut respecter les principes suivants:

- l'optimisation de l'alimentation ne suffit pas – il faut toujours supplémenter en fer;
- la substitution de fer par voie perorale est judicieuse et souvent efficace;
- la substitution intraveineuse est recommandée en cas d'hémorragie chronique, d'intolérance à la thérapie orale, de problèmes d'observance, de malabsorption, de traitement à l'érythropoïétine;

- remarque: en présence d'inflammations chroniques, l'hepcidine inhibe la résorption entérale.

Règles de base du traitement de fer par voie orale

- La prise à jeun est plus efficace, mais malheureusement elle est liée à un accroissement des effets secondaires;
- un seul comprimé à jeun correspond à trois comprimés pendant les repas;
- la nourriture, le thé, le café, le lait inhibent l'absorption de fer;
- le fer est mieux absorbé lors d'anémies sévères;
- le rétablissement du niveau des réserves de fer demande de trois à six mois;
- la dose quotidienne recommandée est de 100 mg de fer; en cas d'intolérance, il faut réduire le dosage quotidien ou hebdomadaire (par exemple: prendre du fer seulement 4 jours par semaine);
- chaque préparation a ses avantages et ses inconvénients.

Traitement de fer parentéral

En cas de carence martiale avec anémie: si le patient est déjà sous traitement, il faut calculer le besoin avant de commencer la nouvelle thérapie. La surcharge en fer est toxique et l'organisme n'est pas en mesure de l'éliminer. La formule du besoin total correspond à (mg de fer): $150 - \text{Hb actuelle (g/l)} \times \text{poids corporel (kg)} \times 0,3$. Si la dose nécessaire calculée se situe au-dessus de 3000 mg, il doit s'agir d'une erreur de calcul.

En cas de carence martiale sans anémie, il n'y a pas de formule à appliquer, mais une règle empirique: si la ferritine se situe au-dessous de 50 µg/l, il faut administrer au patient 1000 mg de «fer» par voie intraveineuse. Chez les patients de moins de 50 kg il faut cependant réduire le dosage, par exemple à 700 mg.

Suivi du traitement:

- Objectif à court terme: absorption du fer et combinaison du fer à l'hémoglobine;
- contrôle par coloration des réticulocytes (CHr >29 pg) dans les cinq à dix jours suivants;
- objectif à moyen terme: correction de l'anémie, contrôle de l'Hb. Montée attendue du niveau: de 10 à 20 g/l en quatre à six semaines;
- objectif à long terme: rétablissement du niveau normal des stocks de fer. Contrôle par ferritine (ou alors par sTfR). Niveau de ferritine souhaité: 100 à 150 µg/l (normalisation du sTfR).

3. Anémie ferriprive et non ferriprive en cas d'inflammation chronique

Ce n'est pas toujours simple. Lorsque l'on suspecte ou que l'on a connaissance d'une inflammation chronique, il faut effectuer un profil martial complet à jeun, comprenant le fer sérique, la ferritine, le coefficient de saturation de la transferrine, le dosage du récepteur soluble de transferrine (sTfR). Dans 30% de ces cas, aucune maladie chronique n'est détectée.

- Configuration A: «troubles métaboliques du fer» = fer sérique faible, ferritine normale ou élevée et sTfR normale.
- Configuration B: «maladie inflammatoire chronique avec ca-

rence en fer » = ferritine entre 20 et 100 microgrammes/l et sTfR élevé, $\log \text{sTfR}/\text{ferritine} > 2,5$; si traitement martial toujours par voie parentérale et fractionnée, par exemple en portions de 200 mg.

4. Carence martiale fonctionnelle

Elle ne fait probablement pas l'objet d'un examen systématique chez chaque médecin de famille, mais il est utile d'en connaître quelques éléments. Ce concept sera présenté ici à l'aide d'un exemple, car il apparaît fréquemment dans la bibliographie ou dans les rapports de spécialistes.

Exemple: un patient avec une anémie normocytaire, normochrome, Hb 80 g/l et ferritine 100 µg/l. On évoque alors une anémie inflammatoire chronique (par ex. en présence d'insuffisance rénale ou de tumeurs). Ces cas demandent de déterminer l'érythropoïétine. La substitution d'EPO est profitable aux patients dont le niveau d'EPO se situe en dessous de 500 U/l. Les signes de sidéropénie fonctionnelle sont: réponse insuffisante à l'administration d'EPO lors du contrôle du résultat; le CHR (contenu en hémoglobine des réticulocytes) pourtant normal initialement, baisse après le début du trai-

tement à l'EPO; simultanément, le taux d'érythrocytes hypochromes augmente (>5%). Cette situation demande d'administrer du fer par perfusion, même si le taux de ferritine est suffisant. Là aussi, il faut fractionner l'apport en fer (ne pas appliquer plus de 200 mg à la fois). L'administration perorale est inefficace.

Examens de laboratoire plus récents, par exemple le CHR: les valeurs inférieures au taux de référence renvoient à une *hypochromie des réticulocytes* et correspondent au MCH des érythrocytes. Dans l'anémie ferriprive et la thalassémie, le CHR présente des valeurs faibles caractéristiques. Lors d'une substitution d'EPO, il représente un excellent paramètre d'évolution.

Correspondance:
Dr Alicia Rovó
Universitätsspital Basel
Hämatologie
Petersgraben 4
4031 Bâle
arovo@uhbs.ch

Vous qui lisez une revue des Editions médicales suisses, saviez-vous que ...

- les Editions médicales suisses sont une coopération entre la Fédération des médecins suisses (FMH) et la plus ancienne maison d'édition et imprimerie au monde (les Editions Schwabe, fondées en 1488)?
- que les EMH sont les éditions de pointe en Suisse dans le domaine des journaux médicaux, avec dix revues spécialisées, des articles paraissant intégralement en ligne et un choix de livre de plus en plus large?
- que toutes les revues paraissant aux EMH sont les organes officiels de publication des sociétés médicales correspondantes?

Aux EMH, les articles sont publiés par des médecins pour des médecins. Des comités de rédaction indépendants constitués de spécialistes réputés assurent la qualité et l'actualité des articles qui couvrent toutes les disciplines médicales. Le choix des thèmes reflète les intérêts divers des médecins et des sociétés médicales et ne se concentre pas sur les aspects commerciaux.

Si vous souhaitez en savoir plus sur les EMH, vous trouverez plus d'informations sous www.emh.ch. Vous y trouverez également les revues publiées en ligne et des outils pratiques pour vos recherches d'articles.

Nous sommes à votre disposition pour répondre personnellement à vos questions:

EMH Editions médicales suisses SA
Farnsburgerstrasse 8
CH-4132 Muttenz

Marketing et communication
Tél. +41 (0)61 467 85 06 / Fax +41 (0)61 467 85 56
marketing@emh.ch

EMH Editions médicales suisses – des publications à la pointe de la médecine