



PRISE EN CHARGE DE L'ANÉMIE FERRIPRIVE

Dr Jean-Michel ROUILLON (Carcassonne)

Relecteur : Dr Stéphane NAHON (Montfermeil)



PRISE EN CHARGE DE L'ANÉMIE FERRIPRIVE

LES POINTS IMPORTANTS

L'anémie ferriprive est la première cause d'anémie dans le monde. Une carence en fer résulte d'un des trois mécanismes suivants:

- 1) une carence d'apport (rare dans les pays occidentaux),
- 2) une malabsorption ou enfin
- 3) un saignement chronique principalement du tube digestif.

Chez les femmes en période d'activité génitale, on s'assurera avant d'envisager une exploration endoscopique, de l'absence de méno/métrorragies. En dehors de cette situation, on proposera une endoscopie haute et basse (endoscopie œso-gastro-duodénale et une coloscopie).

DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE

Le diagnostic de carence en fer repose sur le **seul dosage** de la ferritine. On retiendra les seuils de 20-30 ng/ml chez l'homme et la femme non ménopausée et 50 ng/ml après 75 ans.

ENQUÊTE ÉTIOLOGIQUE

Après avoir éliminé une **carence d'apport**, un saignement d'origine gynécologique (exceptionnellement urinaire), une enquête digestive est nécessaire.

On recherchera tout d'abord une **malabsorption du fer**. Une partie importante du fer alimentaire doit être réduit sous l'action combinée des ions H⁺ et de l'acide ascorbique puis ensuite est absorbé au niveau des villosités duodénales ; le fer lié à la myoglobine est, quant à lui, absorbé directement au niveau duodéal. Ainsi une **atrophie fundique** (notamment la maladie de **Biermer**) peut être à l'origine d'une anémie ferriprive et d'une carence en vitamine B12. La **maladie coéliqua** représente quant à elle la première cause d'**atrophie villositaire** duodénale.

Après avoir éliminé une malabsorption, on recherchera un saignement digestif par une endoscopie haute et basse (EOGD+coloscopie), en cas de contre-indication temporaire on pourra recourir à un colo-scanner. Les pathologies les plus fréquentes à l'origine d'une AF au niveau du tractus digestif supérieur sont : les pathologies ulcéreuses, les tumeurs et les angiodysplasies ; au niveau du côlon, il s'agit du cancer (notamment du côlon droit), des polypes >20 mm, des angiodysplasies, des colites et des saignements d'origine hémorroïdaires. Dans près de 30% des cas, aucune lésion n'est identifiée et se pose alors la question d'une exploration du grêle par vidéocapsule.

TRAITEMENT

Il est tout d'abord étiologique.

Une supplémentation est à envisager dans toutes les situations tout d'abord par du fer par voie orale et en cas d'intolérance ou d'inefficacité une supplémentation par du fer injectable est justifiée. En cas de carence en fer en situation inflammatoire (notamment les MICI) le fer oral est inefficace et du fer par voie injectable est préconisé.