

Exploration d'une anémie ferriprive d'origine digestive en 2012

FMC-HGE

Christophe Cellier, Elia Samaha
HEGP, Paris



Objectifs pédagogiques

- Savoir définir une anémie ferriprive orientant vers une affection digestive
- Connaitre l'arbre décisionnel pour explorer une anémie ferriprive (entéro TDM, entéroIRM, vidéocapsule endoscopique, entéroskopie).

Conflits d'intérêt

- Vifor Pharma

Introduction

- Anémie ferriprive Selon l' OMS:
 - Hb < 13 g/dl chez l' homme
 - Hb < 12 g/dl chez la femme.
- 15 à 30% de la population mondiale
- Mécanismes:
 - Perte excessive de fer
 - Déficit d' absorption
 - Carence d' apport

*Zhu A, Dig Dis Sci 2010
Gasche C, Gut. 2004.
Rapport d' évaluation. HAS 2011*

Définir une anémie ferriprive orientant vers une affection digestive

- Ferritinémie (< 15 µg/l) / Microcytose (<80 fl)
- Fer sérique inutile.
- CST utile ? (si inflammation MICI)

Cas particuliers:

- Ferritine normale ou faussement augmentée
- Microcytose parfois absente
- Cause centrale

Zhu A, Dig Dis Sci 2010

Gasche C, Gut. 2004.

Rapport d'évaluation. HAS 2011

Anémie ferriprive: situation fréquente en pathologie digestive

- **Saignements digestifs**
- **Cancer digestif**
- **MICI (> 50%)**
- **Malabsorption , M Coeliaque (50%)**

Zhu A, Dig Dis Sci 2010

Gasche C, Gut. 2004.

Rapport d'évaluation. HAS 2011

Les différentes causes d'anémie ferriprive d'origine digestive

- Contexte:
 - Hommes et femmes ménopausées: pertes digestives ++
 - Femmes en âge de procréer: causes gynécologiques ++
 - Enfants et adolescents: carence d'apport ou malabsorption ++
- Symptômes digestifs (melena, diarrhée, douleurs abdominales etc): élément d'orientation important

Arbre décisionnel pour explorer une anémie ferriprive d'origine digestive Examens de première intention

Homme < 40 ans et femmes avant ménopause :

- FOGD + Biopsies duodénales et gastriques
 - → Rentabilité de 15 à 30%
 - Infection H Pylori: recherche en cas d'anémie ferriprive
 - Maladie Coeliaque: anémie ferriprive isolée: 10%
- Biopsies duodénales et **bulbaires**

Green BT, J Clin Gastroenterol. 2004

Carter D, Dig Dis Sci. 2008

Green PH, Cellier C, NEJM 2007

Consensus Maastricht 2011

Arbre décisionnel pour explorer une anémie ferriprive d'origine digestive Examens de première intention

Homme < 40 ans et femmes avant ménopause:

- FOGD + Biopsies duodénales et gastriques:
négative
- **COLOSCOPIE** si symptômes digestifs ou si
persistance de l'anémie
- → 7% de cause basse (2,7% de cancers)

Arbre décisionnel pour explorer une anémie ferriprive d'origine digestive Examens de première intention

Homme >40 ans et femmes après ménopause:

- FOGD + Biopsies duodénales et gastriques: -
- COLOSCOPIE (iléoscopie)

**Qualité de la préparation colique et
conditions d'examen à préciser sur le
CR d'endoscopie**

Causes d'anémie ferriprive d'origine digestive chez les sujets de plus de 65 ans

Causes :	%
Ulcère gastro-duodéal	26
Erosions gastriques et œsophagite	24
Cancer gastrique ou œsophagien	7
Polype gastrique	3
Cancer colo-rectal	8
Polype colo-rectal	6
Diverticule	3
Malformation vasculaire	2
Colites	2
Hémorroïdes	6
Inconnue	16



87%
F+Colo

Arbre décisionnel pour explorer une anémie ferriprive d'origine digestive Examens de seconde intention

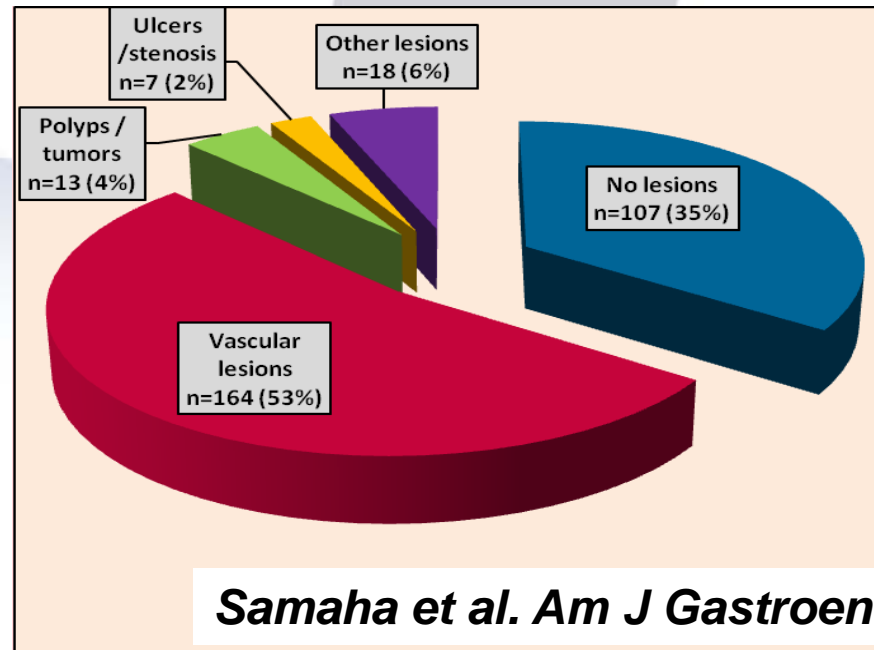
Si FOGD + Coloscopie normales: Quels examens?

- Radiologie ?
- **Entéroscopie par vidéocapsule = examen de référence (HAS)**
- Enteroscopie (ballon) ?



Arbre décisionnel pour explorer une anémie ferriprive d'origine digestive Examens de seconde intention

- Série HEGP:
 - 261 SDOI dont 119 anémies ferriprives
 - 309 EDB



01:06:22

22 Feb 08

MP



PillCam® SB

Rentabilité diagnostique de la VCE

- VCE vs transit du grêle (42% vs. 6%)
- VCE vs autres techniques d'imagerie (sujets > 65 ans), 58% vs. 28% ($P < 0,001$)
- VCE vs entéroscopie poussée (63% vs. 28%)

Bénéfice coût-efficacité / aux autres techniques d'imagerie

VPN > 95%

*Marmo R, Eur J GastroenterolHepatol. 2007
Milano A, Gastrointestinal Endosc 2011
Deleusse A et al, Gastroenterology 2007*

Rentabilité diagnostique de la VCE chez la femme jeune avec anémie ferriprive

- Femmes pré-ménopausées = 15%
vs.
- Femmes ménopausées = 34%
(P=0,035)
- Seul facteur prédictif: besoin transfusionnel

Lorenceau-Savale C. Gut 2010

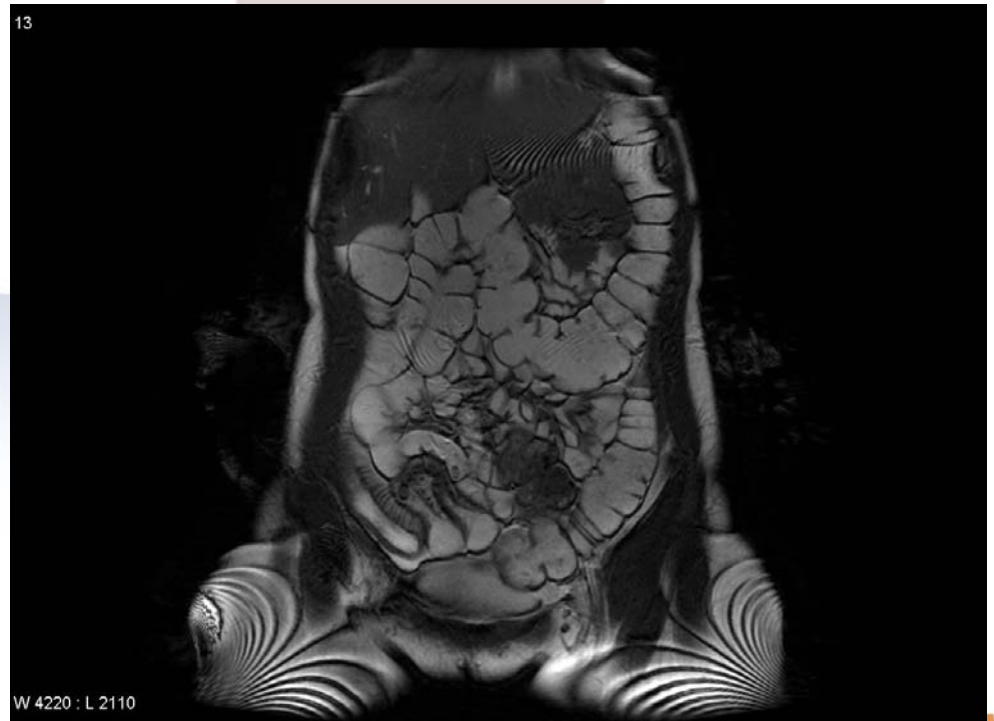
Radiologique du grêle et anémie

- **Transit du grêle / entéroclyse**
rentabilité diagnostique : 0 - 10 %
- **EntéroTDM**
meilleure rentabilité diagnostique
tumeurs, Crohn , Meckel
- **Entéro IRM: Crohn, tumeur**
- **Scintigraphie au pertechnetate de Technetium 99m:**
Suspicion de diverticule de Meckel (Se=87%)

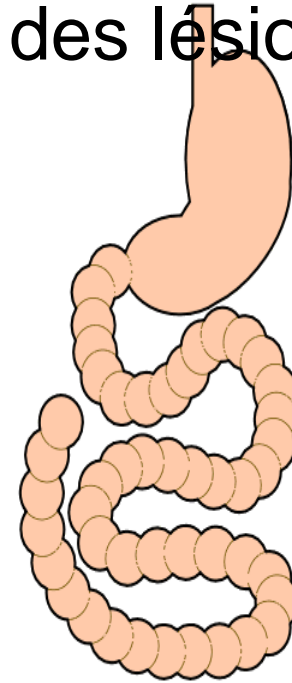


**TDM: Maladie
de Crohn**

IRM: Maladie de Crohn



Entéroscopie: examen de troisième ligne Confirmation et traitement des lésions



Que faire si tout est négatif ?

- Surveillance ?
- Nouveau bilan endoscopique haut et bas → 90% des causes ?
- Une deuxième vidéocapsule de l'intestin grêle
- Entérocopie haute et basse ?

Origine des lésions digestives identifiées lors du suivi de patients avec un saignement digestif persistant malgré une endoscopie haute, basse et une capsule du grêle

<i>Site des lésions</i>	<i>N (%)</i>
Estomac	6 (29)
Ulcère de Cameron	
Varices fundiques	
Ectasies antrales	
Duodénum	4 (19)
Ulcère peptique	
Angiodysplasie	
Ulcère de Dieulafoy	
Jéjuno-iléon	2 (9)
Colon	9 (43)
Angiodysplasies	
Cancers	

Total : 21 lésions dont 19 (90,4%) accessibles à une nouvelle endoscopie classique haute et basse

05:36:14

11 Sep 08

RM

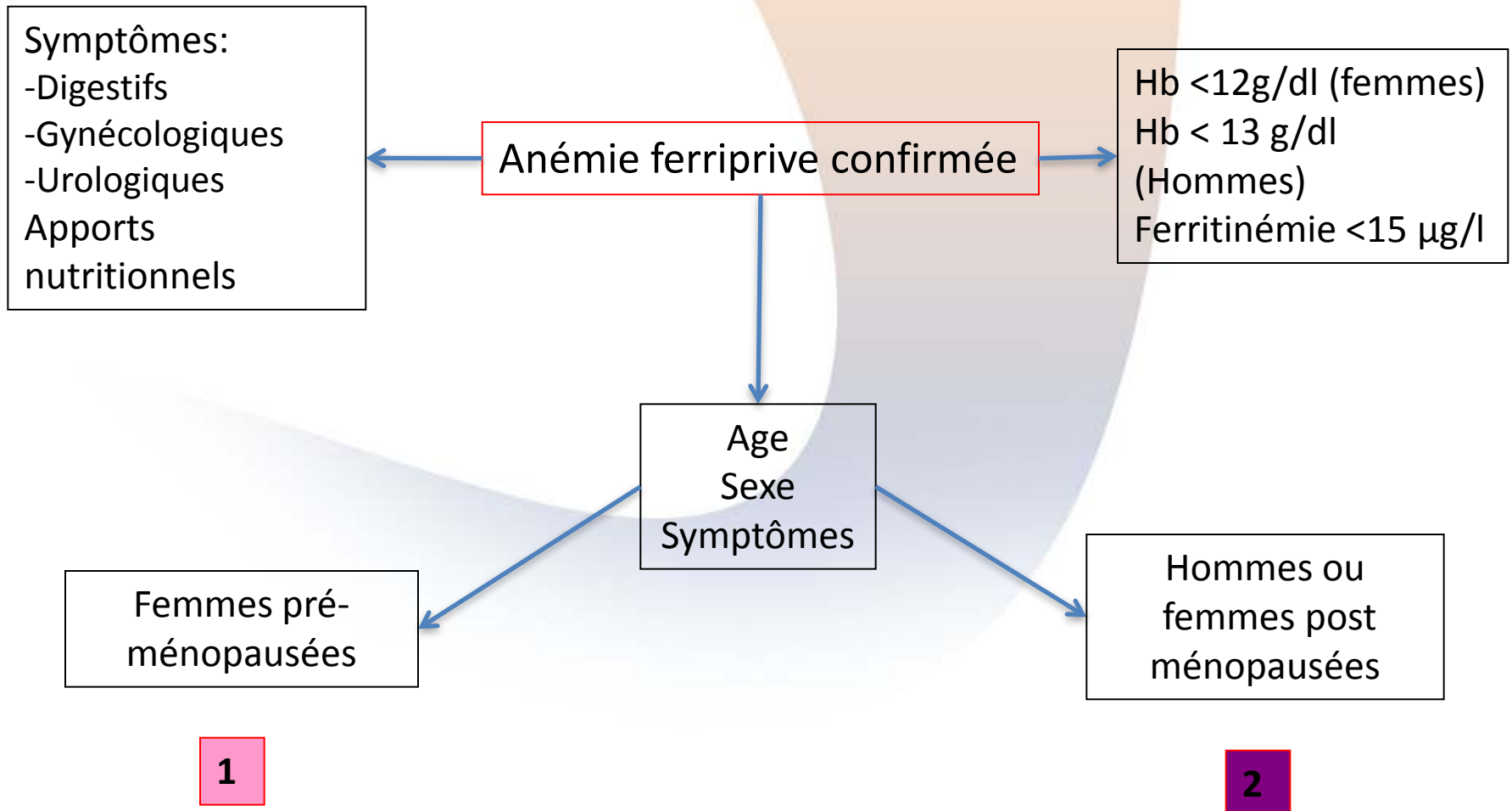


PillCam® SB

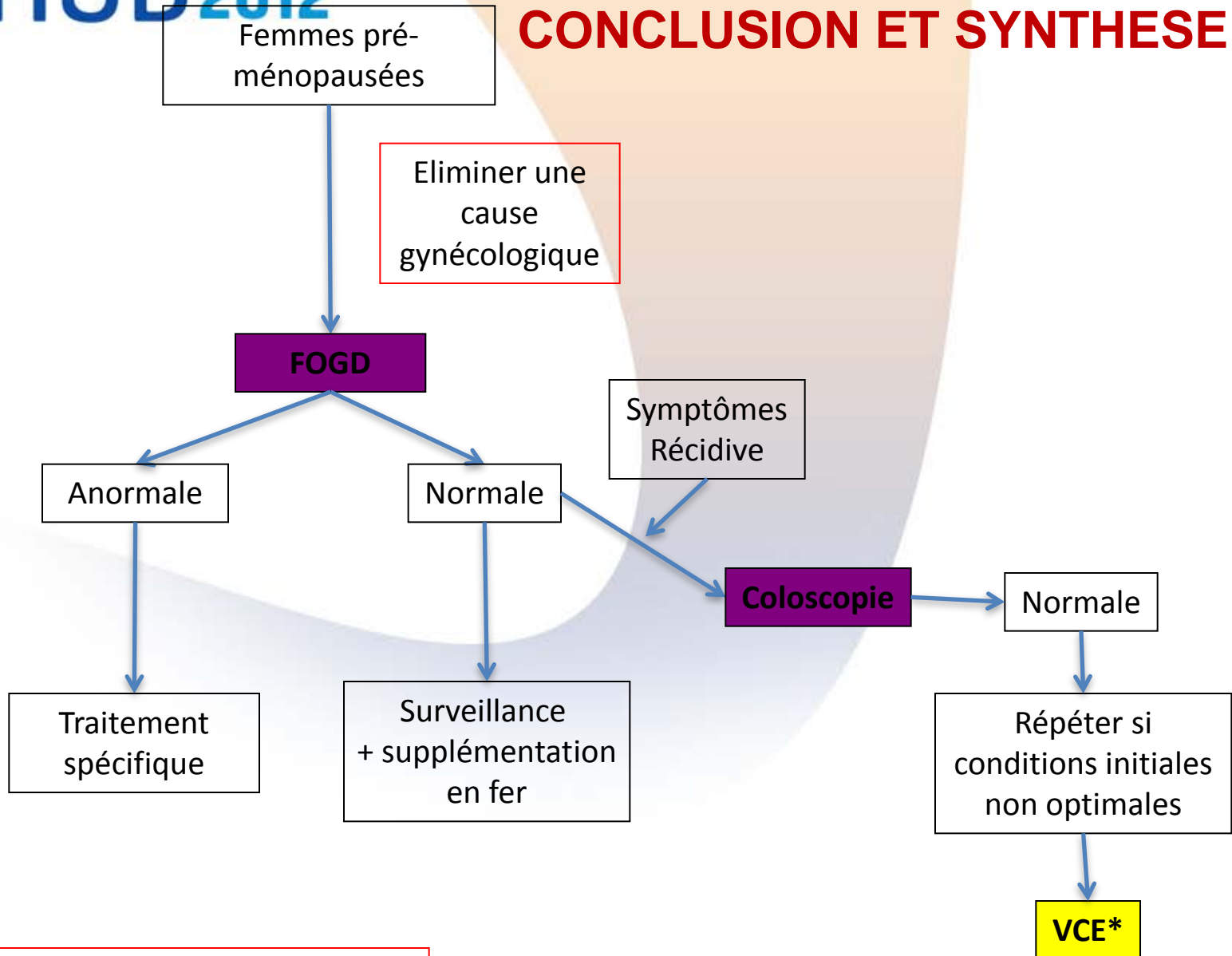
Suivi à long terme

- Absence de récurrence dans 80% des cas → simple surveillance clinique
- Si angiodysplasies multiples de l'intestin grêle non traitables par endoscopie ou multi-récurrentes → apport régulier en fer par voie orale ou mieux par voie parentérale
- D'autres traitements plus spécifiques (Sandostatine, Thalidomide, Bévacizumab) peuvent être utiles

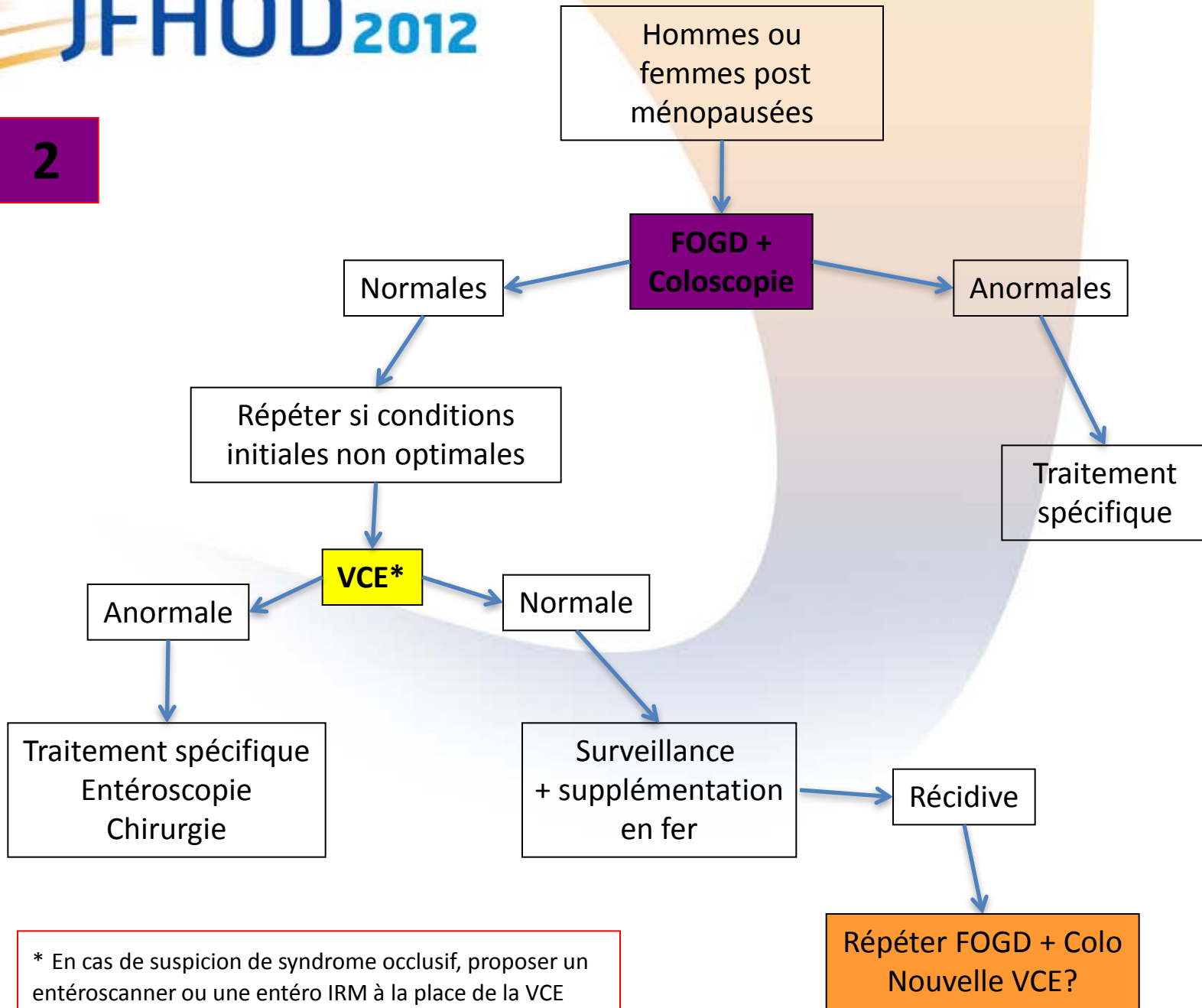
CONCLUSION ET SYNTHÈSE



1



* En cas de suspicion de syndrome occlusif, proposer un entéroscanner ou une entéro IRM à la place de la VCE



* En cas de suspicion de syndrome occlusif, proposer un entéroscanner ou une entéro IRM à la place de la VCE

Tale Home message: anémie ferriprive digestive

- La gastroscopie avec biopsies duodénales et gastriques et l' iléo-coloscopie détectent l' origine dans de 90 % des cas.
- En l' absence de signe obstructif, la vidéocapsule du grêle est l' examen de référence de deuxième ligne.
- En cas de suspicion clinique de sténose du grêle, l' entéro-scanner ou l' entéro-IRM permettent la détection de lésions inflammatoires ou tumorales.
- L' entéroscopie optique est réservée au traitement ou à la confirmation d' une lésion de l' intestin grêle visualisée par vidéo-capsule ou par un examen radiologique.
- Lorsque tout est négatif, et que l' anémie persiste, il ne faut pas hésiter à réaliser une nouvelle endoscopie haute et basse.

Merci à la FMC-HGE et de votre attention

