

PRISE EN CHARGE DE L'ANEMIE FERRIPRIVE CHEZ LA PERSONNE AGEE

Dr Stéphane Nahon

Dr Emeline Clair

Groupe Hospitalier Intercommunal Le Raincy-Montfermeil

CONFLITS D'INTÉRÊT

- Stéphane Nahon: **Vifor**
- Emeline Clair: **aucun**

Objectifs pédagogiques

- Connaître les facteurs de risque associés à l'anémie ferriprive
- Définir les stratégies diagnostiques adaptées
- Connaître les particularités thérapeutiques



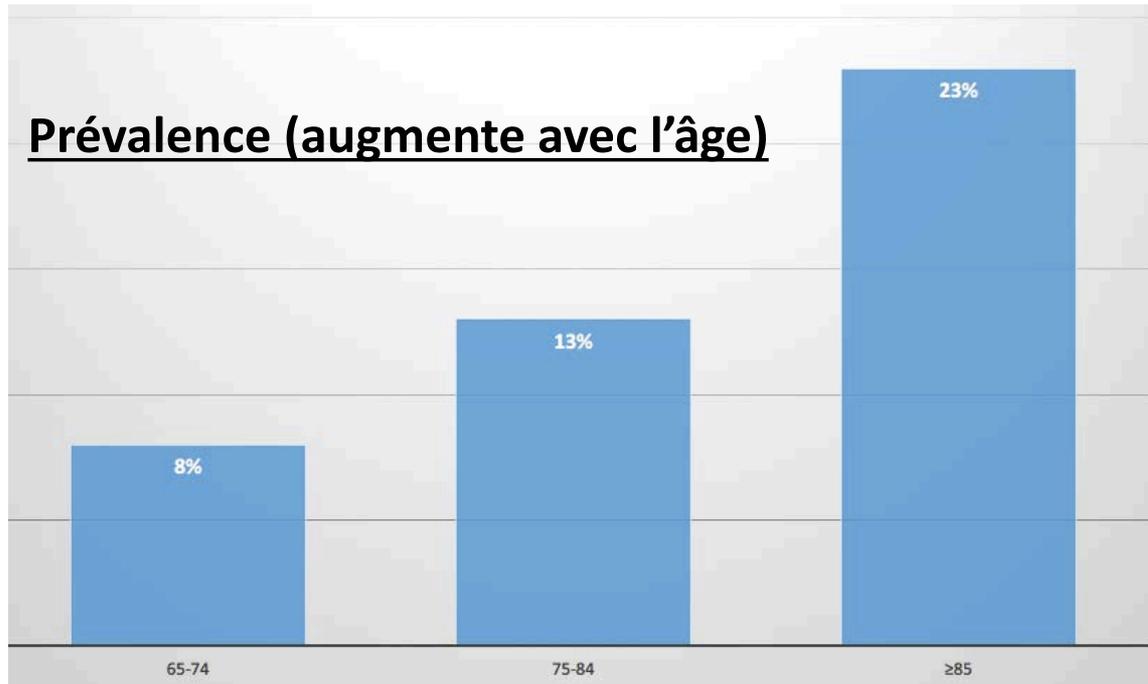
Définition l'anémie ferriprive

- Hb <13 g/dL chez l'homme
- Hb < 12 g/dL chez la femme

Type d'anémie par carence martiale (Hb < 12 g/dL (femme)/13 g/dL (homme) et CST < 20 %)	Ferritine ($\mu\text{g/mL}$)	CRP (mg/L)
AF au sens de carence en fer absolue	< 30	< 5
Anémie inflammatoire (carence martiale fonctionnelle)	> 100	≥ 5
Anémie mixte	Entre 30 et 100	≥ 5

- Seuil de 50-75 $\mu\text{g/mL}$: bonne sensibilité et bonne spécificité

Fréquence de l'anémie



- 40 à 50 % chez les patients hospitalisés ou en institution
- Anémie ferriprive 12%



Spécificité des symptômes cliniques

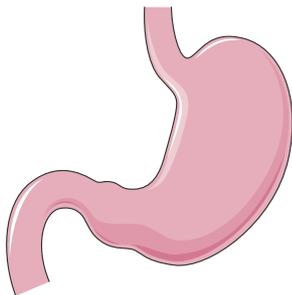
- Asthénie
- Altération des capacités fonctionnelles et cognitives
- Augmentation des chutes
- Altération de la qualité de vie

Insuffisance cardiaque et anémie ferriprive

- Majoration d'une insuffisance cardiaque chronique
- Taux de NT-proBNP corrélé au degré de carence en fer
- Carence martiale facteur indépendant de mortalité
- Contenu en fer et l'expression RsTS des cardiomyocytes diminués chez les patients présentant une ICC
- Carence martiale: **cible thérapeutique** potentielle ICC

Causes de l'anémie ferriprive

- Carence d'apport
- Malabsorption: AVT (maladie cœliaque de l'adulte); gastrite atrophique (achlorhydrie)
- Saignement digestif +++

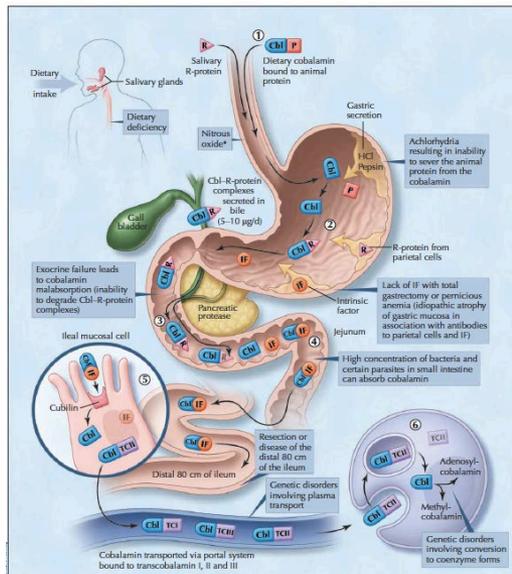




Achlorhydrie et carence vitaminique

- **Achlorhydrie et l'hypochlorhydrie:** carence en fer
- Non-dissociation de la cobalamine (B12) de ses protéines porteuses (personne âgée)

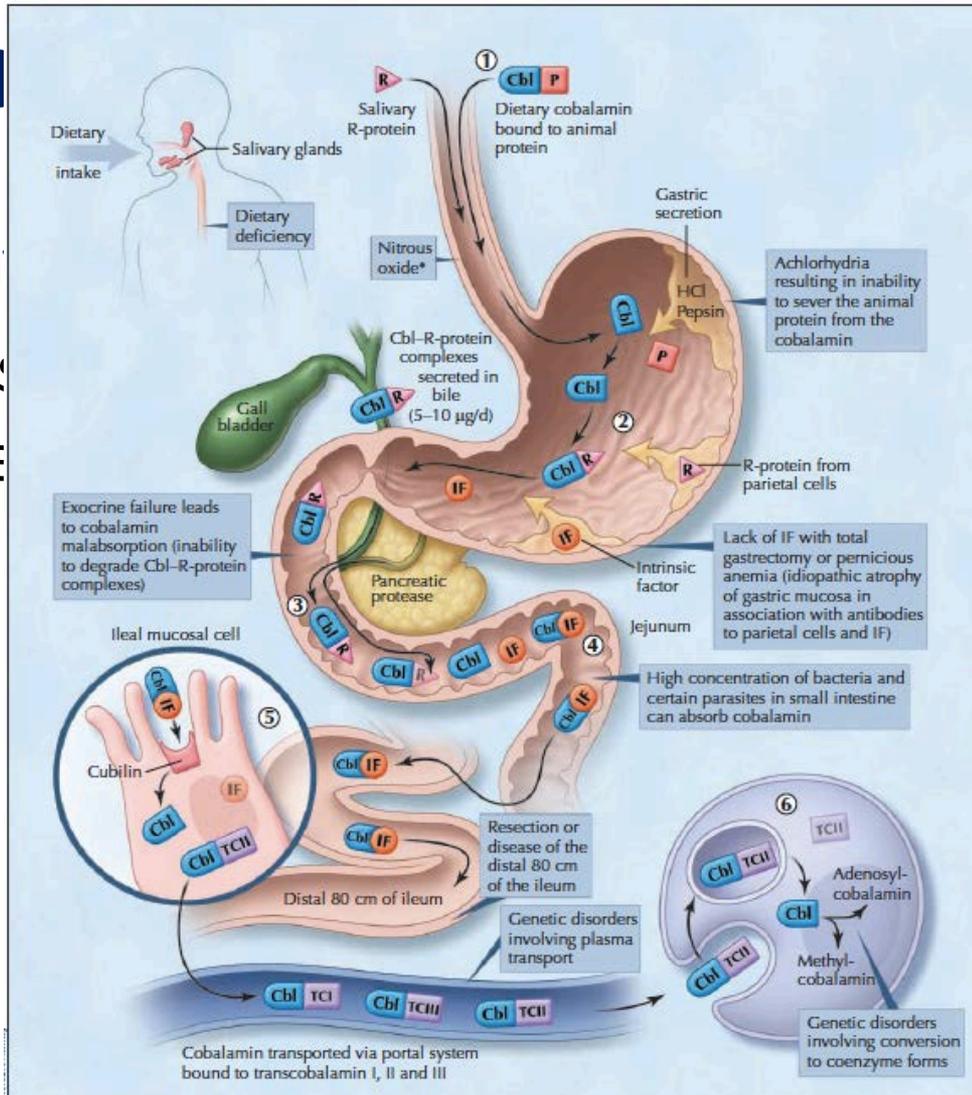
Carence en B12 + carence en Fer





Achl

- Achlorhydria
- Non-digestion of animal protein



nique

nce en fer
de ses

nce en Fer

Quel bilan morphologique ?

- Stratégie dépend de l'état général du patient
- **L'âge n'est pas une limite !**
- **Age physiologique \neq âge chronologique**
- **Bénéfice/risque**
 - Risques liés à l'endoscopie (perforation après 80 ans)
 - Risques liés à l'anesthésie générale
- Traitement curatif ?
- Evaluation gériatrique si besoin



Anémie ferriprive: Hb <12 g/dL F/13g/dL H,
Ferritine < 75 µg/L

Traitement substitutif par fer oral et/ou IV + Evaluation gériatrique globale

1

EOGD +
coloscopie

Cause de saignement identifiée

Traitement spécifique

Scénario 1
Anesthésie générale possible
Pas de contre-indication

Quel bilan endoscopique ?

**Tableau II. Rentabilité diagnostique
 des explorations endoscopiques bidirectionnelles**

1 ^{er} auteur (réf.)	Joosten [27]	Wilcox [28]	Gordon [29]	Coban [30]	Nahon [5]
Patients (n)	96	52	170	106	111
Âge moyen (m ± DS)	84 ± 6	66 ± 13	69	> 65	82,3 ± 6,4
Lésions colorectales	32 %	25 %	30 %	27,1 %	39 %
Cancer colorectal	14 %	21 %	9 %	7,5 %	28 %
Lésions œsogastroduodénales	49 %	19 %	41 %	57,3 %	40 %
Rentabilité diagnostique	54 %	44 %	59 %	84,4 %	76 %
Lésions synchrones	9 %	–	0 %	–	11 %



Quel bilan endoscopique ?

Tableau II. Rentabilité diagnostique des explorations endoscopiques bidirectionnelles

1 ^{er} auteur (réf.)	Joosten [27]	Wilcox [28]	Gordon [29]	Coban [30]	Nahon [5]
Patients (n)	96	52	170	106	111
Âge moyen (m ± DS)	84 ± 6	66 ± 13	69	> 65	82,3 ± 6,4
Lésions colorectales	32 %	25 %	30 %	27,1 %	39 %
Cancer colorectal	14 %	21 %	9 %	7,5 %	28 %
Lésions œsogastroduodénales	49 %	19 %	41 %	57,3 %	40 %
Rentabilité diagnostique	54 %	44 %	59 %	84,4 %	76 %
Lésions synchrones	9 %	–	0 %	–	11 %

**Anémie ferriprive: Hb <12 g/dL F/13g/dL H,
Ferritine < 75 µg/L**

Traitement substitutif par fer oral et/ou IV + Evaluation gériatrique globale

1

EOGD +
coloscopie

Cause de saignement identifiée

2

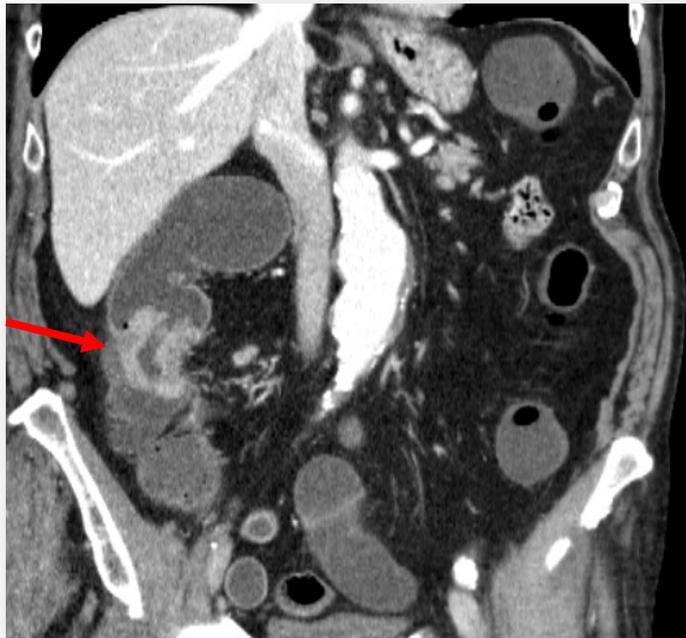
EOGD + coloscanner
+/-
rectosigmoïdoscopie

Pas de cause de saignement

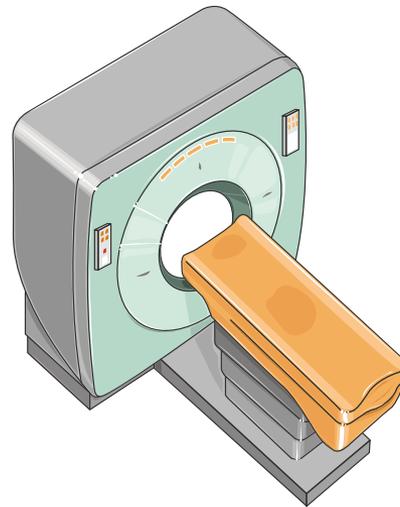
Scénario 2

- AG temporairement impossible
- Patient sous AVK

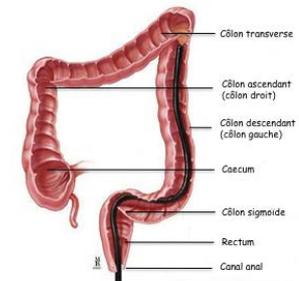
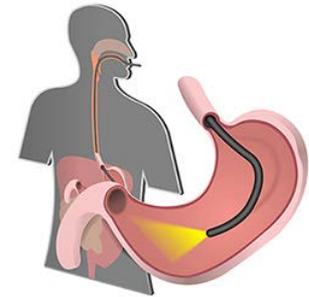
EOGD + Coloscanner à l'eau +RS



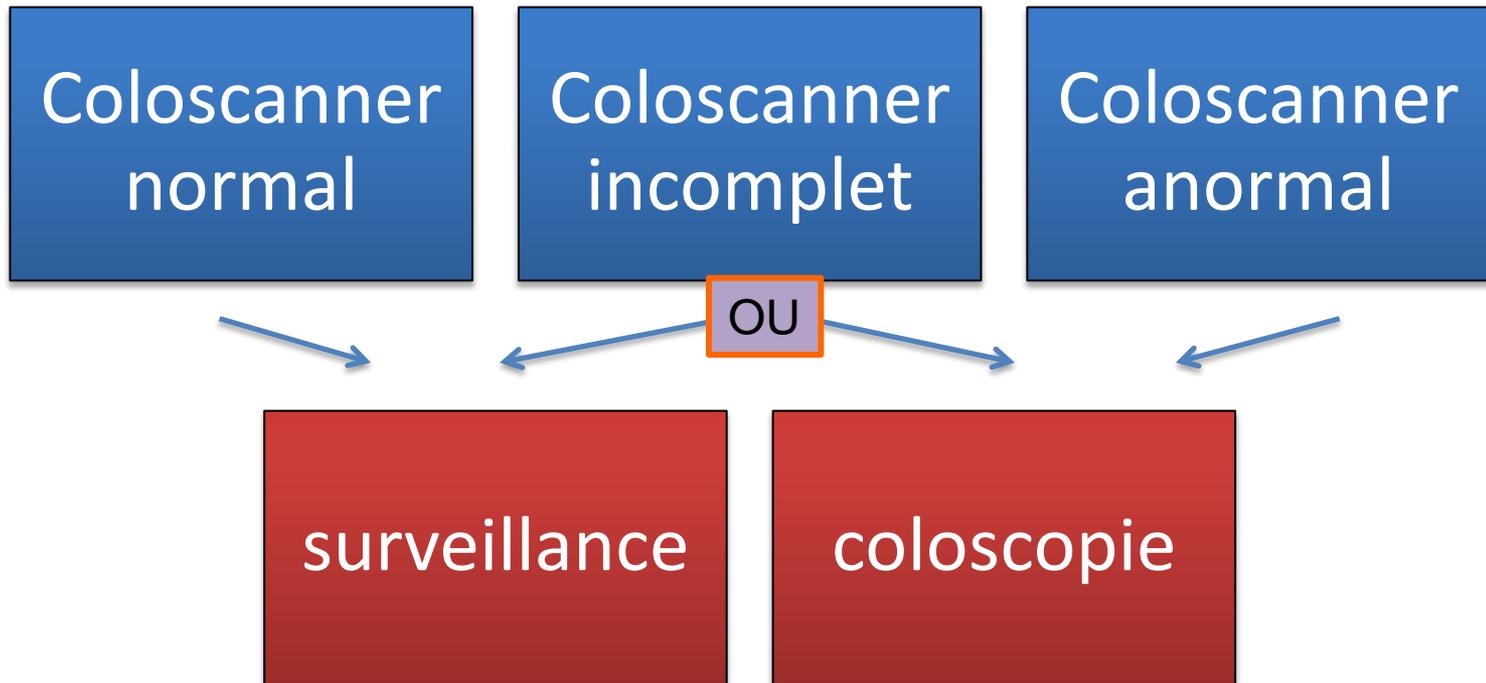
Sténose du colon droit



+



Méthodologie



Coloscanner

Coloscanner
« rentable »

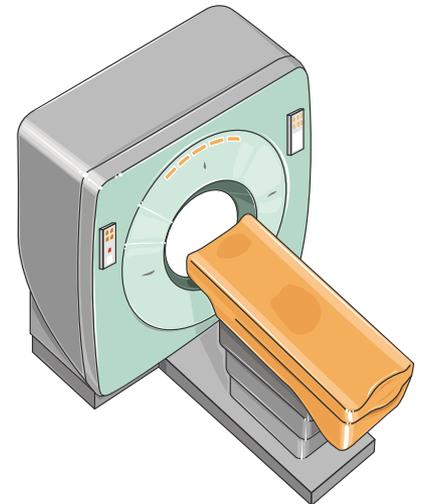
63%

- Anormal et confirmé par la coloscopie : N= 21
- Normal et suivi > 6 mois : N=31

Coloscanner
« non rentable »

37%

- Incomplet : N= 7
- Normal et suivi < 6 mois : N=15
- Non confirmé par la coloscopie: N=7
- Normal et découverte d'une pathologie : N=1



**Anémie ferriprive: Hb <12 g/dL F/13g/dL H,
Ferritine < 75 µg/L**

Traitement substitutif par fer oral et/ou IV + Evaluation gériatrique globale

1

EOGD +
coloscopie

2

EOGD + coloscanner
+/-
rectosigmoïdoscopie

Pas de cause de saignement

Que faire en l'absence de cause identifiée ?

Que faire en l'absence de cause identifiée ?

- Correction de la carence et simple surveillance ?
- Poursuivre les explorations ?



Carence en fer/traitement

Fer oral

- Moins bonne tolérance
- Dose réduite



Fer IV

- AMM identique quelque soit l'âge
- A proposer en alternative à la transfusion sanguine

Devenir à long terme après une première exploration négative

- Aucune cause dans 10 à 40 % des cas
- Taux de récurrence anémie: entre 11 % et 30 %
- L'âge n'est pas un facteur favorisant
- 114 patients suivis pendant 65 mois
 - 4% si anémie corrigée de façon persistante vs 54 % si une anémie récidivante à l'arrêt du fer
 - pathologie significative (CCR, ulcère gastrique, angiodysplasies, adénocarcinome duodénal)

**Anémie ferriprive: Hb <12 g/dL F/13g/dL H,
Ferritine < 75 µg/L**

Traitement substitutif par fer oral et/ou IV + Evaluation gériatrique globale

1

2

3

EOGD +
coloscopie

EOGD + coloscanner
+/-
rectosigmoïdoscopie

Traitement symptomatique
et simple surveillance

Cause de saignement identifiée

Pas de cause de saignement

Traitement spécifique

Surveillance NFS ferritine

Récidive ou persistance de l'AF

Anémie corrigée

VCE

+

-

Traitement spécifique
(entéroscopie...)

Surveillance NFS
ferritine

Quelle(s) investigation(s) en cas de récurrence ou de persistance de l'anémie ?

- Savoir refaire une EOGD et/ou coloscopie si préparation inadéquate
- VCE (troubles de la déglutition)
 - Patients > 75 ans
 - Lésion dans 63% des cas
 - 73% d'angiodyplasies



Quelles investigations en cas de récurrence ou de persistance de l'anémie ?

- **Entérocopie** guidée par la VCE
 - Rarement à visée diagnostique
- Coagulation au plasma argon
- Biopsie d'une lésion identifiée par un entéroscanner

Conclusion

- Chercher et corriger une carence en fer chez la personne âgée (fréquence et présentation atypique)
- Bilan endoscopique bidirectionnel en première ligne
- Si coloscopie ou AG impossible: colo-scanner à l'eau
- Cancer du colon: une des premières causes
- Si bilan négatif: fer + surveillance
- Si récurrence ou non correction de l'anémie: explorations de deuxième lignes (VCE)



LES CINQ POINTS FORTS

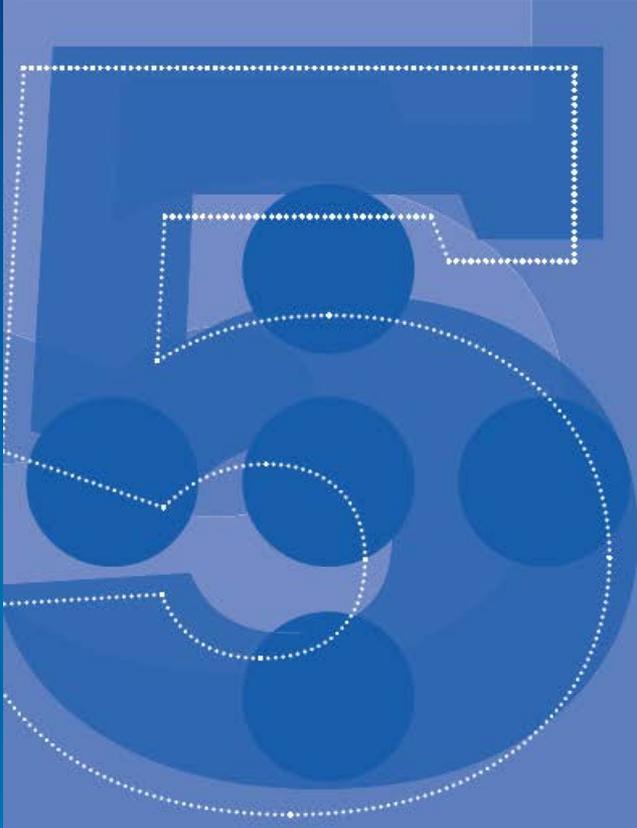
L'anémie ferriprive est fréquente chez les personnes âgées. C'est un facteur indépendant de mortalité.

L'anémie ferriprive peut être révélée par la décompensation d'une autre pathologie chronique, notamment cardiaque.

Si l'état du patient le permet, après une éventuelle évaluation gériatrique, une endoscopie digestive haute et basse doit être réalisée.

Après une exploration endoscopique digestive haute et basse négative, le pronostic est favorable avec un taux de récurrence de l'anémie < 30 % après un traitement par fer. Une surveillance clinico-biologique est nécessaire.

En absence de correction ou en cas de récurrence de l'anémie, une exploration du grêle par vidéocapsule à la recherche d'angiodysplasies est recommandée.



Alternatives à la coloscopie

- Si anesthésie générale transitoirement impossible
- Préparation inadéquate ou impossible

**Anémie ferriprive: Hb <12 g/dL F/13g/dL H,
Ferritine < 75 µg/L**

Traitement substitutif par fer oral et/ou IV + Evaluation gériatrique globale

1

2

3

EOGD +
coloscopie

EOGD + coloscanner
+/-
rectosigmoïdoscopie

Traitement symptomatique
et simple surveillance

Cause de saignement identifiée

Pas de cause de saignement

Traitement spécifique

Surveillance NFS ferritine

Récidive ou persistance de l'AF

Anémie corrigée

VCE

+

-

Traitement spécifique
(entéroscopie...)

Surveillance NFS
ferritine