The background of the slide is a dense field of red blood cells, rendered in a realistic, slightly blurred style. The cells are bright red and have a biconcave disc shape. They are scattered across the frame, with some in sharp focus and others blurred, creating a sense of depth and movement. The overall color palette is a rich, warm red.

Anémie ferriprive

du médecin traitant au gastro-entérologue...

Dr Paul BASILE

L'anémie ferriprive



- **S'assurer du diagnostic**
un peu de physio...



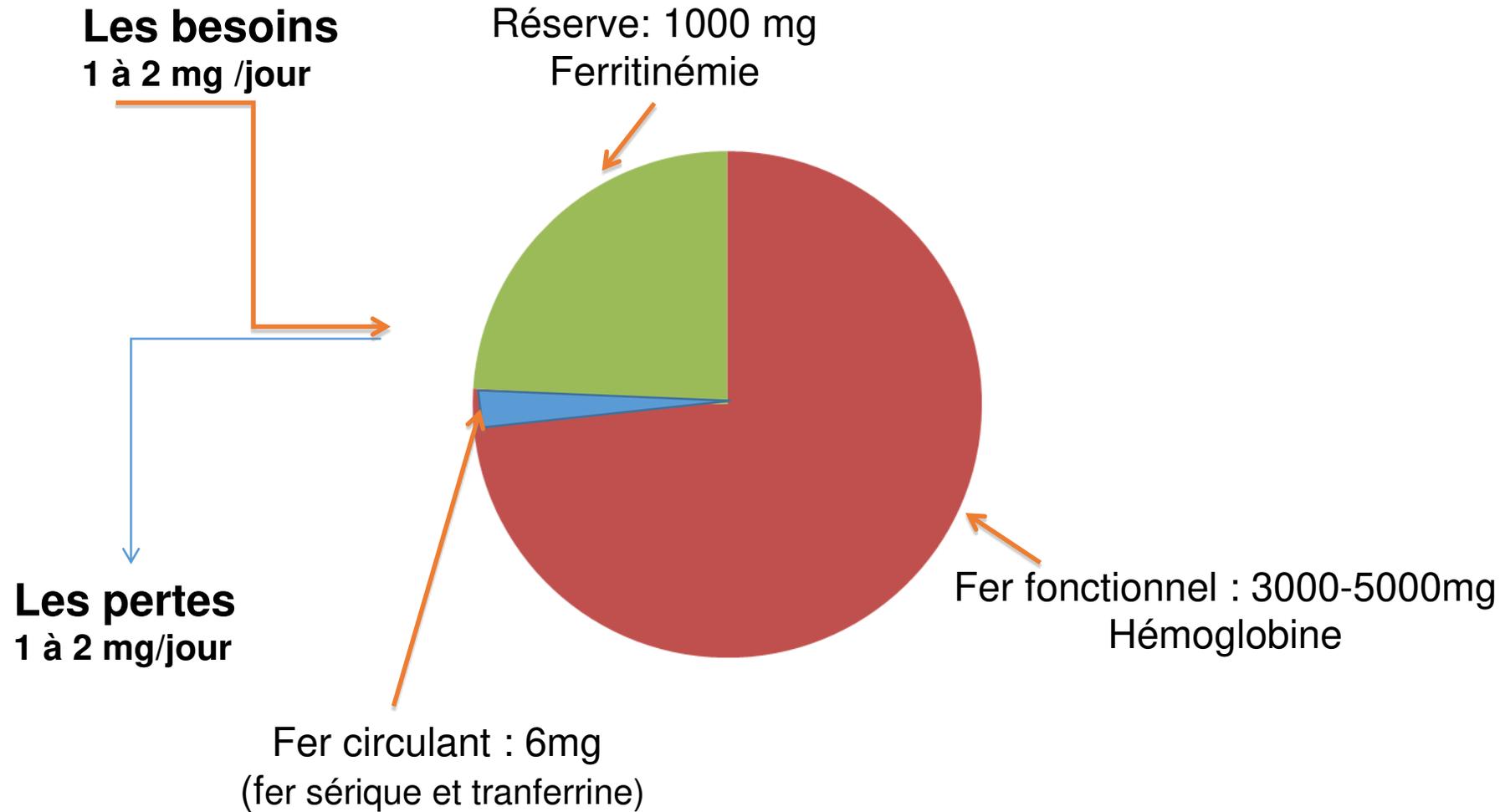
- **Trouver la cause**
quand c'est pas facile, c'est pas facile...



- **Traiter la carence**
on doit y arriver...

S'assurer du diagnostic

Le fer dans l'organisme



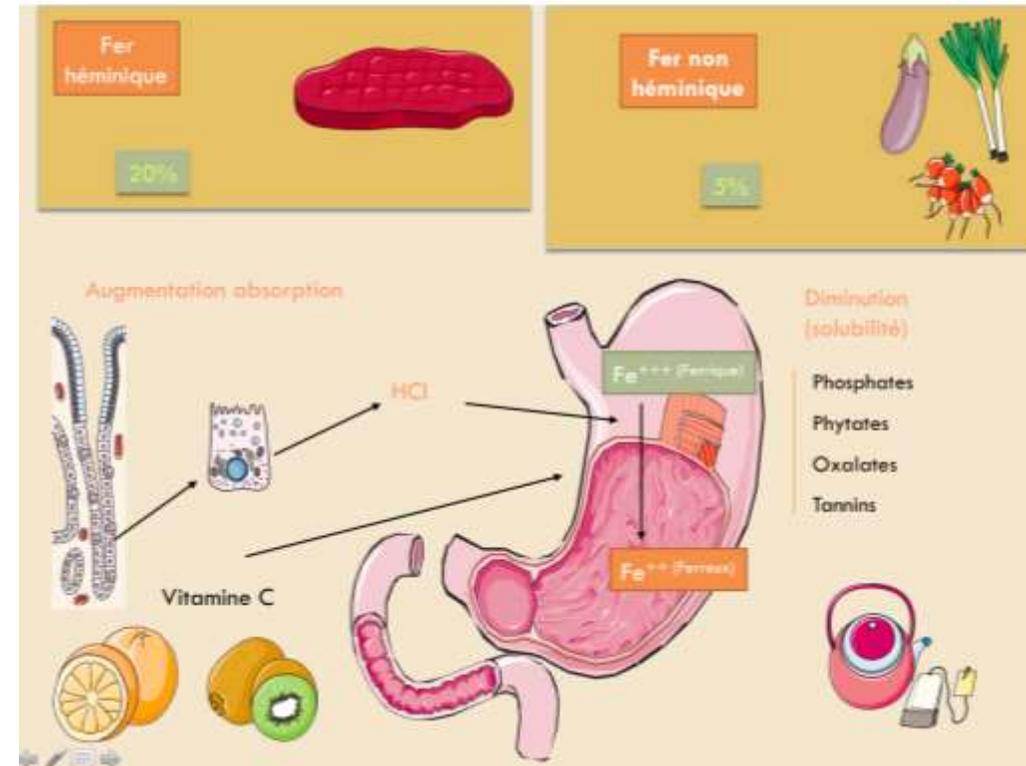
Mécanismes de la carence martiale



- Carence d'apports (régime inadapté, malabsorption duodénale...)
- Augmentation des besoins (croissance, grossesse...)
- Majoration des pertes (saignement gynécologique/digestif, dons du sang...)

Homéostasie du fer

- pas de mécanisme de régulation des pertes
- la régulation se fait via l'absorption intestinale et la gestion des stocks (foie/macrophages)
- Les pertes quotidiennes « physiologiques » :
 - 1 à 2 mg/j (desquamation intestinale)
 - 20 à 40 mg pour un cycle menstruel
 - déficit maternel en fer : 700 à 1200 mg pour une grossesse
 - 10 ml de sang = 5 mg de fer



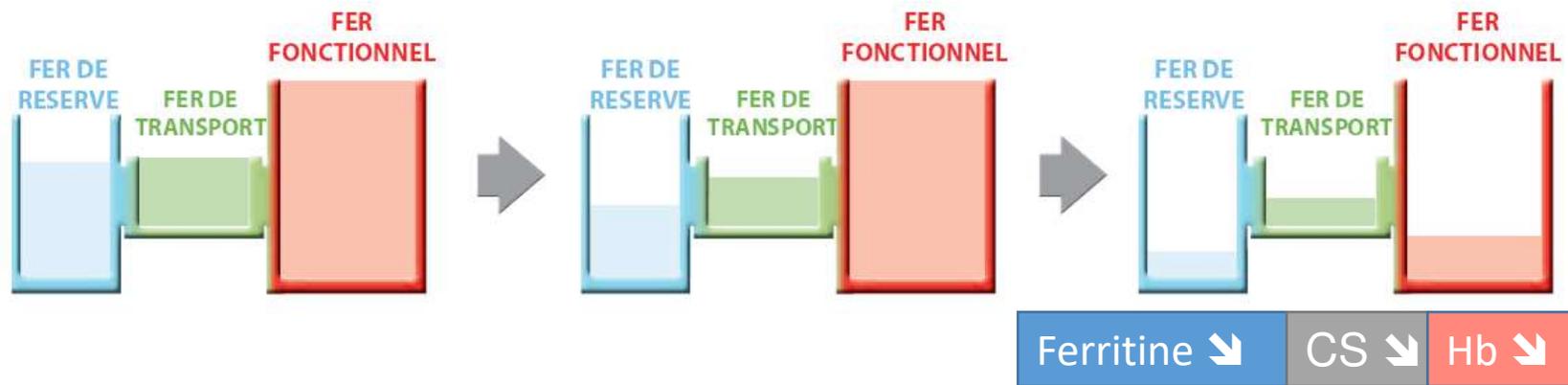
S'assurer du diagnostic

Est ce VRAIMENT une anémie FERRIPRIVE ?

S'assurer du diagnostic

Carence martiale absolue :

Baisse des réserves en fer et biodisponibilité du fer insuffisante pour assurer une érythropoïèse normale.

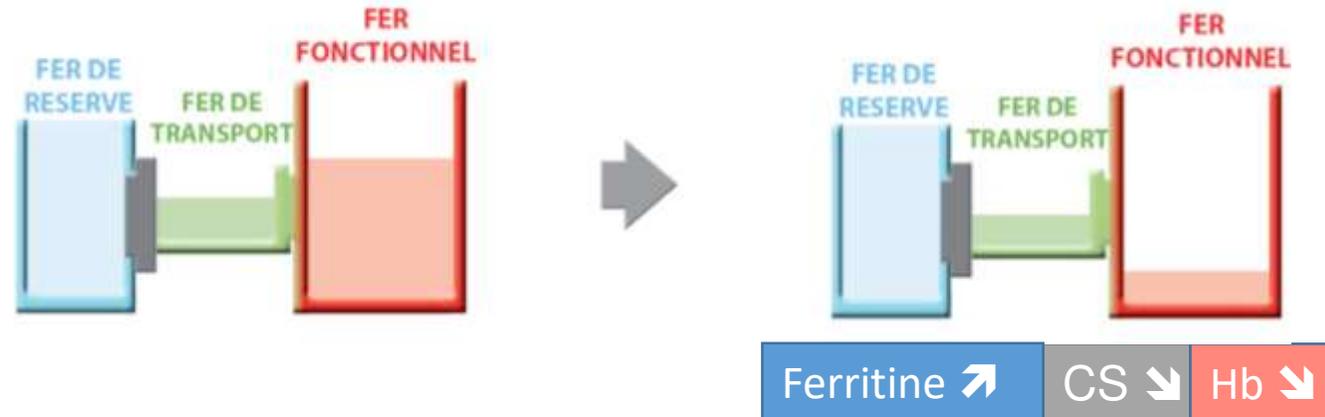


Diminution de la Ferritine par mobilisation des réserves

S'assurer du diagnostic

Carence martiale fonctionnelle :

Insuffisance de mobilisation du fer pour l'érythropoïèse à partir des lieux de stockage et de transport, quelle que soit l'état des réserves tissulaires.



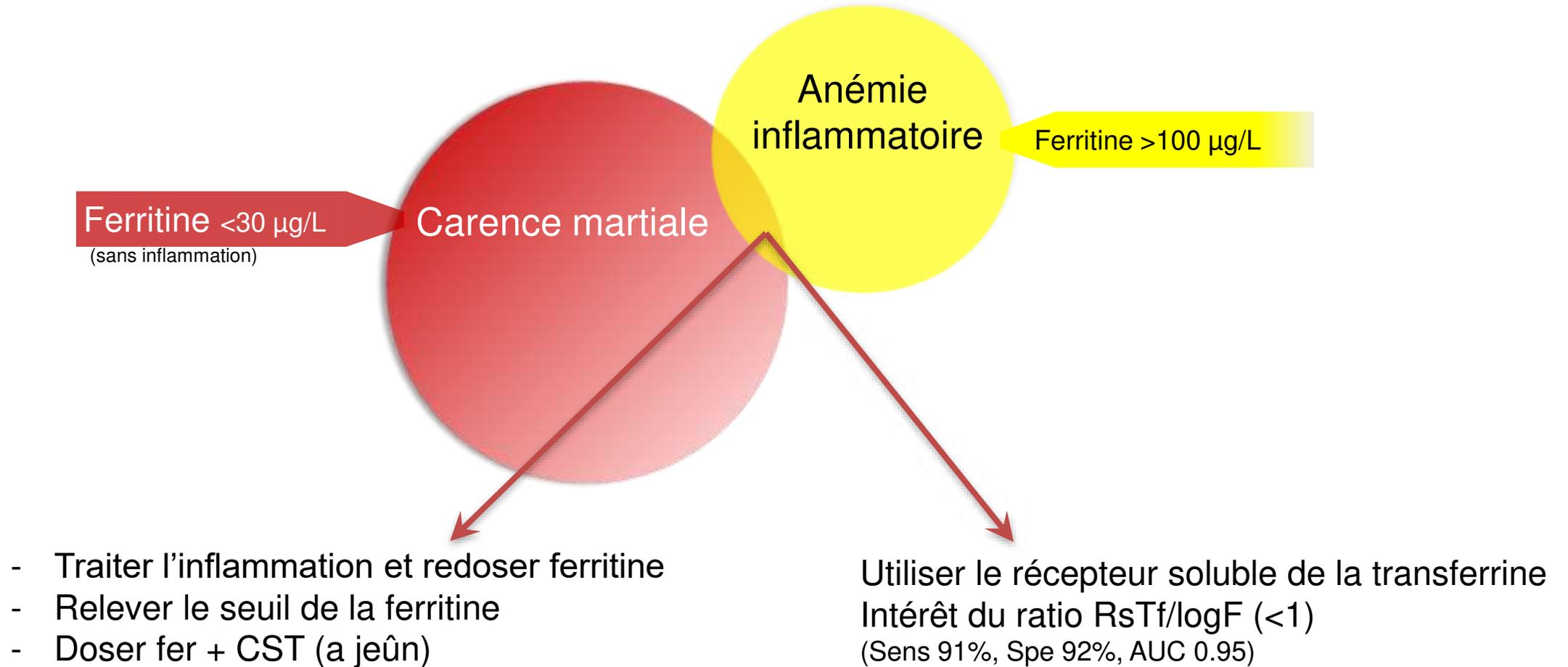
Diminution de la quantité de fer dans les compartiments fonctionnel et de transport par séquestration du fer dans les réserves

L'anémie ferriprive : quel(s) dosage(s) ?

Pour rechercher une carence en fer, le SEUL marqueur à doser est la ferritine sérique !

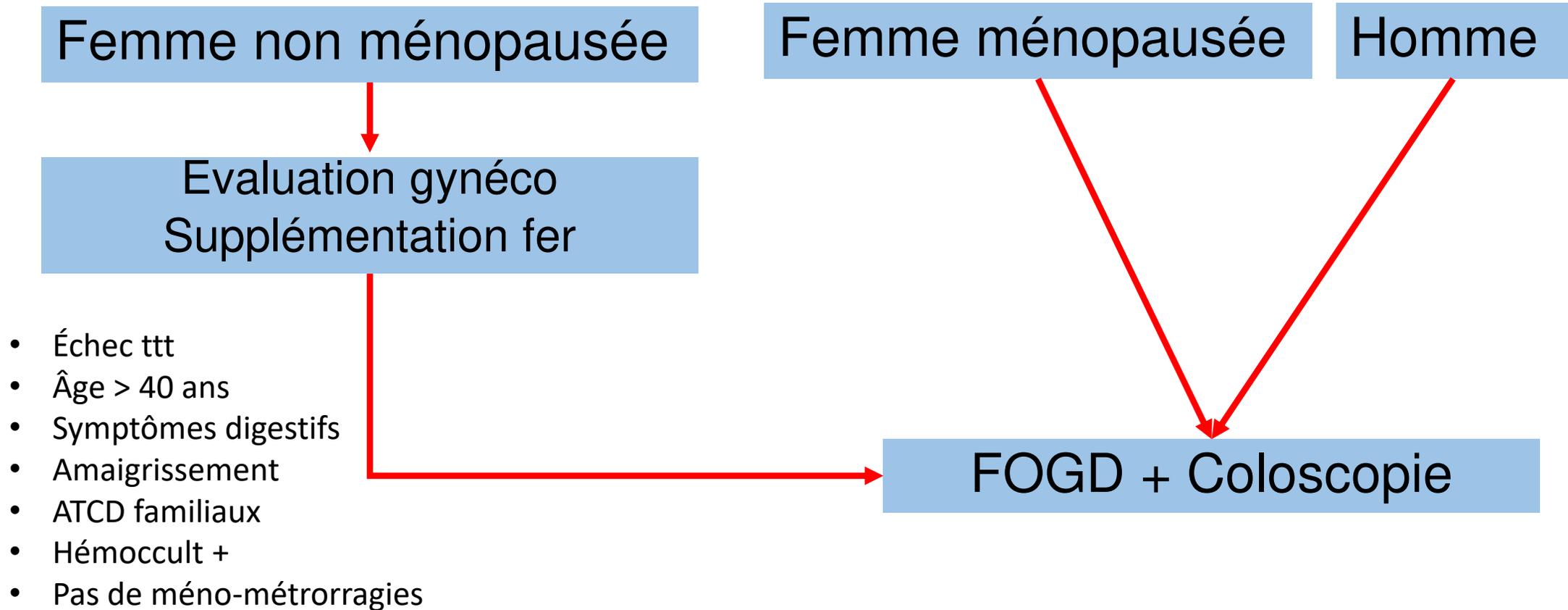


Quand c'est difficile: deux approches



Trouver la cause

Trouver la cause



Trouver la cause

FOGD :

+ biopsies duodénales, antrales et fundiques

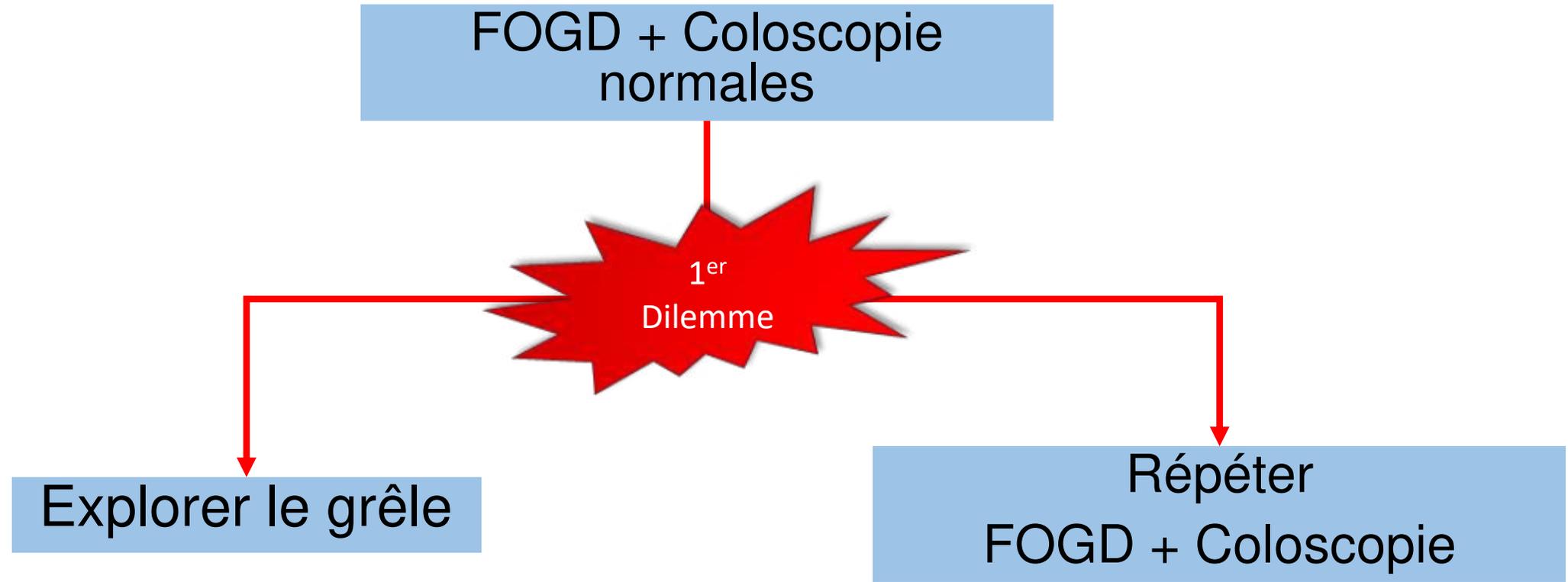
Rentabilité = 15 à 30%

- H.pylori
- Maladie caeliaque
- Ulcères
- Gastrites
- Cancers
- Varices
- Dieulafoy
- Angiodysplasies
- Crohn
- Oesophagite

Coloscopie :

- Cancers
- MICI
- Angiodysplasies
- Dieulafoy
- Varices

Trouver la cause



Trouver la cause

Répéter FOGD + Coloscopie

- Si doute sur préparation ou conditions techniques
- Les lésions “ratées”:
 - fundus, sous le cardia
 - mur postérieur du bulbe
 - Là ou je n’ai pas bien regardé...
- La maladie coeliaque 12% de faux négatifs
- La répétition de la coloscopie retrouve une lésion dans **6%** des cas de la gastroscopie dans **29%** (recommandations ASGE)

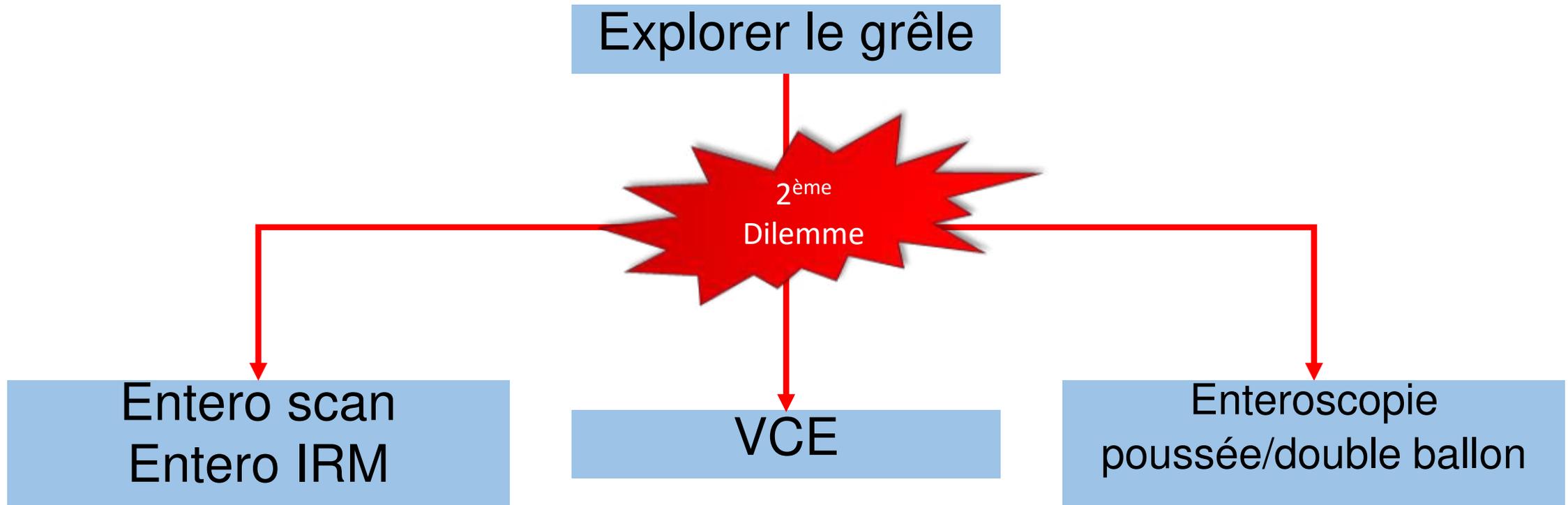
Trouver la cause

Répéter
FOGD + Coloscopie

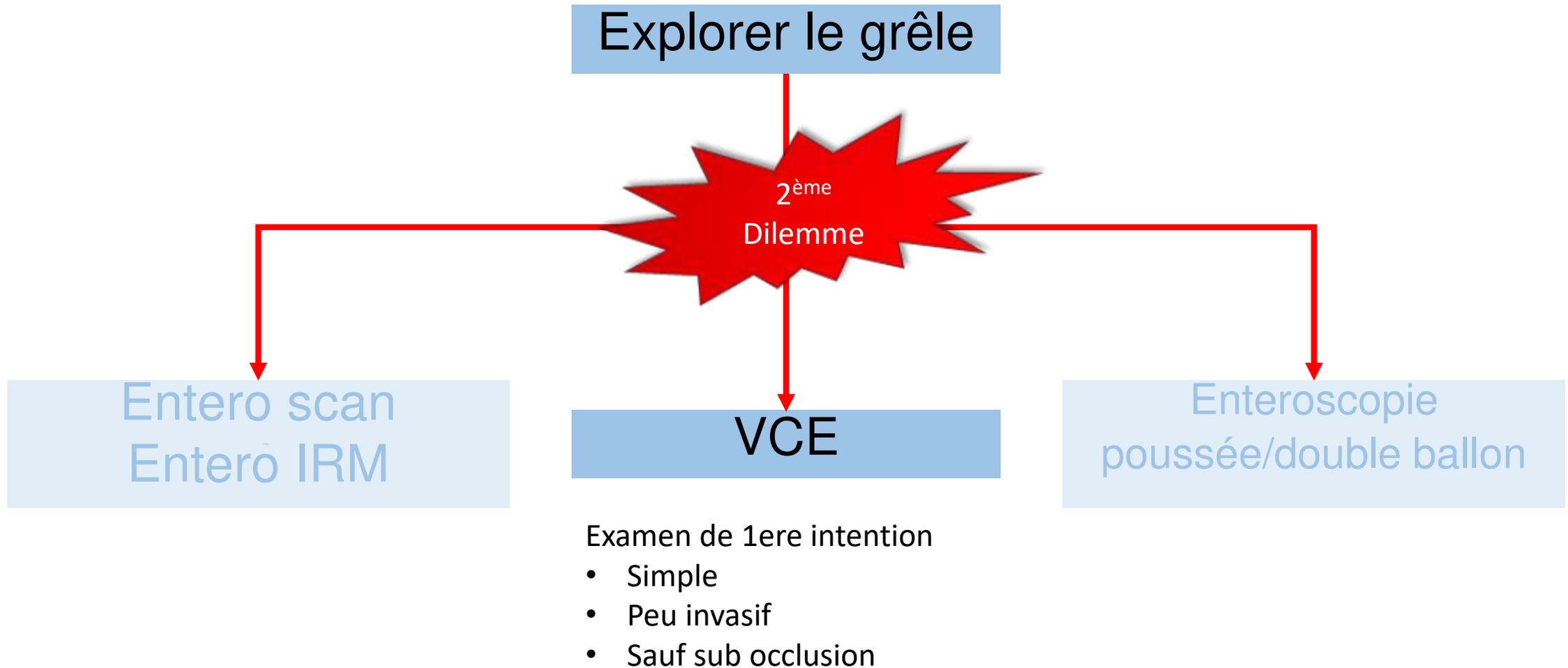
La lésion ratée est souvent une anomalie vasculaire
plus rarement un Dieulafoy ou un cancer...



Trouver la cause



Trouver la cause



Trouver la cause

VCE

1)grêle :	- angiodysplasies	50%
	- ulcérations	27%
	- tumeurs	9%
	- varices	1%
	- diverticules	1%
	- sang sans lésion	7%
2) Toujours le bruit de fond des lésions loupées... (OGD ou colon)		5%

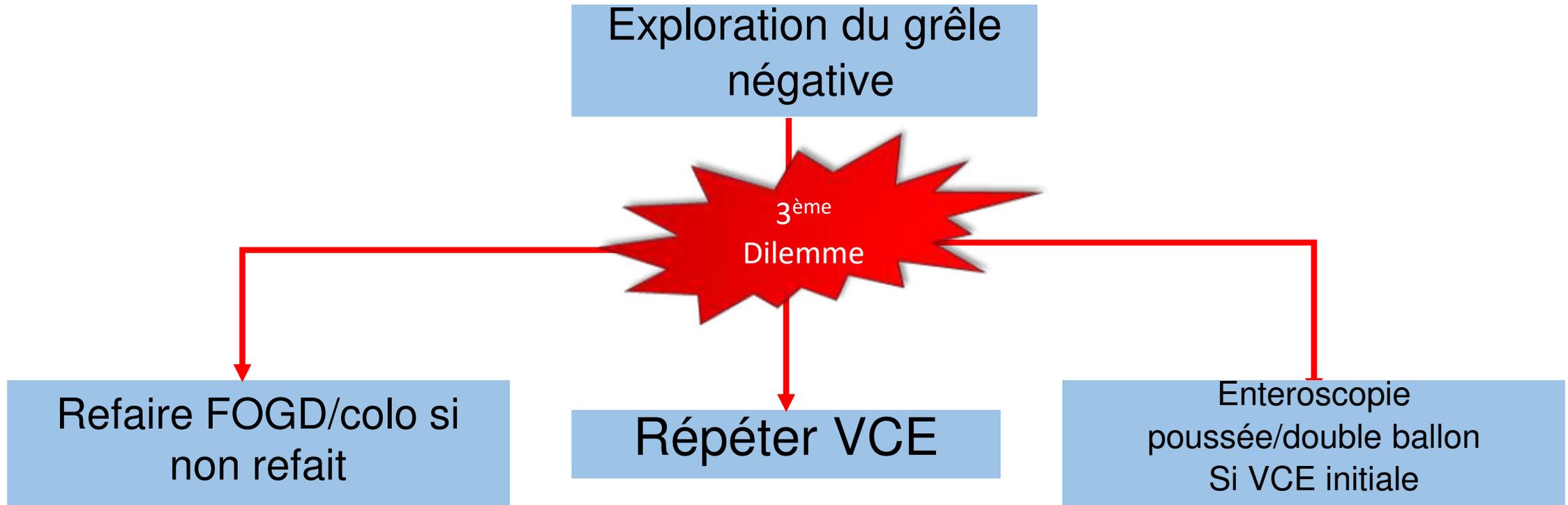
Trouver la cause

Performance de la VCE en cas de carence martiale sans saignement extériorisé

	Diagnostic Yield
Obscure/Overt GI Bleeding	36-92%
Obscure/Occult GI Bleeding	41-63%
Unexplained IDA (iron deficiency anemia)	42-57%
Yield Gain Over Push Enteroscopy	+ 30%
Yield Gain Over SB Barium Study	+ 36%

Lin, GIE 2008, Rastogi et al. GIE 2004
Pennazio et al. Gastroenterol 2004
Apostolopoulos et al. Endoscopy 2006
Estevez et al. Eur J Gastro Hep 2006
Delvaux et al. Endoscopy 2004

Trouver la cause



On fait combien de tour ?

Traiter la carence

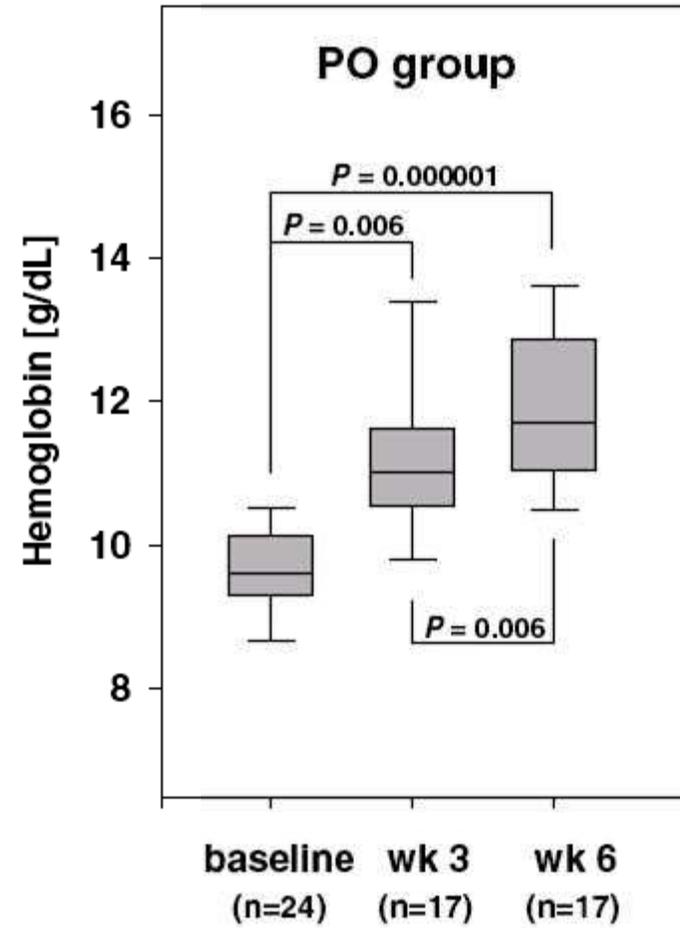
Traiter la carence

Fer oral

Le fer oral est le traitement de référence à cause de son coût faible et de son caractère non invasif...

Seul 10 % du fer ingéré sera absorbé...

Objectif : +2g/dL Hb en 4 à 8 semaines

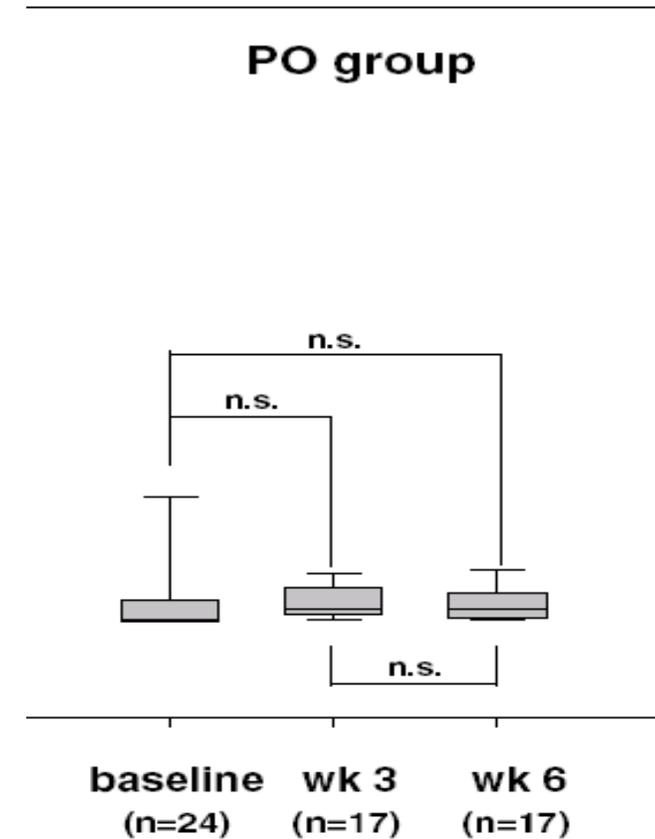


Traiter la carence

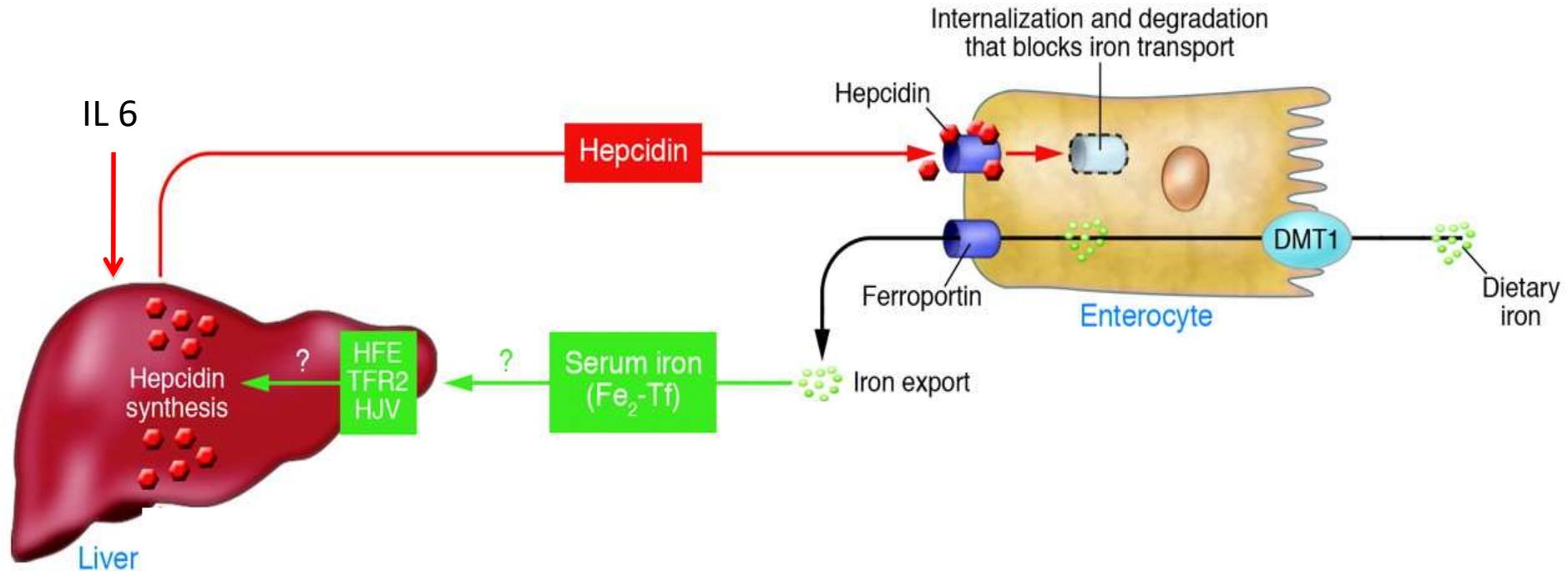
Fer oral

Mais le **fer oral** peine à normaliser la ferritine...

Problèmes de tolérance <-> observance



Défaut d'absorption lors de l'inflammation



Défaut d'absorption lors de l'inflammation

Fer IV

Indications du fer IV :

- Inflammation chronique (MICI, Cancer...)
- Maladie caeliaque
- Echec du traitement oral
- By-pass gastrique / resection duodénale
- Anémie sévère <10g/dL
- Besoin de recharge martiale rapide
- Patient traité par EPO

Quelle molécule ?

- ~~-Hydroxyde ferrique-dextran (Ferrisat)~~
- Hydroxyde ferrique-saccharose (Venofer)
- Carboxymaltose ferrique (Ferinject)**
 - Bonne tolérance
 - Calcul de dose simple
 - Recharge jusqu'à 1000mg/semaine

L'anémie ferriprive



- **S'assurer du diagnostic**
un peu de physio...



- **Trouver la cause**
quand c'est pas facile, c'est pas facile...



- **Traiter la carence**
on doit y arriver...