

ACTUALITÉ · CONGRÈS

Anémie – 8th IRON ACADEMY, Lausanne

Le suivi des affections gastroentérologiques au cabinet – vu par le spécialiste

Les maladies inflammatoires gastroentérologiques chroniques sont souvent associées à une anémie. Son identification précoce et la prise en charge de la maladie de base ainsi que de l'anémie sont primordiales pour une évolution positive de la maladie. Ces dernières sont représentées ci-dessous à l'aide de vignettes cliniques.

L'anémie est un phénomène commun et se présente tout particulièrement en association avec des maladies inflammatoires gastroentérologiques chroniques (IBD = inflammatory bowel disease) dont la prévalence est en constante augmentation a commencé le **Dr Pascal Juillerat**, chef de clinique à l'hôpital de l'île à Berne, (1,2). Son identification précoce est cruciale et le médecin de premier recours joue ici un rôle important.

Détection

L'anémie chez les patients IBD a des causes multiples et dans le cadre de la consultation des maladies inflammatoires intestinales le bilan minimum devrait inclure: CRP, FSC avec MCV, vit. B12, folate, ferritine et la saturation de la transferrine (3). L'anémie dans le contexte inflammatoire est une anémie mixte causée par des hémorragies, une inflammation et une chronicité de la maladie. En fonction de l'activité de la maladie, les valeurs de ferritine se distinguent: Ferritine <30 mcg/l si la maladie est quiescente (CRP <5) ou ferritine <100 mcg/l si la maladie est active (CRP >5) combiné à TfS <20% (4,5).

Traitement

Le but du traitement de l'anémie est de restaurer un taux d'hémoglobine (Hb) et de fer normal (au moins 20 g/l en quatre semaines).

La thérapie de première ligne se présente sous la forme de fer i.v. en cas de maladie inflammatoire intestinale active (Hb <100) (6, 7). Différents traitements intraveineux sont à disposition: Fer III sucrose (Venofer®) ou carboxymaltose ferrique III (Ferinject®). Au niveau de l'amélioration de la qualité de vie et de la compliance du patient, des médicaments de fer intraveineux avec une concentration standardisée en fer se révélaient supérieurs aux médicaments dont le dosage de fer doit être calculé à l'aide de la formule de Ganzoni (8).

On pense qu'en cas d'inflammation gastro-intestinale, le fer oral peut potentiellement aggraver l'inflammation locale et donc une prédilection pour l'utilisation de la forme intraveineuse est recommandée (6,7).

Une étude de 2015 a démontré l'efficacité de la substitution de fer orale sous forme de complexe d'ion ferrique (Fe³⁺) et de maltol. Un traitement de 12 semaines induit une augmentation de l'Hb de 22.5 et provoque autant d'effets indésirables que dans le bras placebo et sans nouvelles poussées de la maladie (9). Eventuellement, cette forme de substitution orale représente une alternative à la substitution ferrique par voie intraveineuse.

Dans le cadre d'une conférence de consensus permettant d'obtenir un avis d'experts, le fer intraveineux fut favorisé pour la substitution par rapport à la prise orale et considéré approprié dans 71% des scénarios cliniques (10).

Que font les gastroentérologues ?

En Suisse, le fer intraveineux est administré dans 52% des cas. Ce qui représente un taux élevé rapport aux autres pays sauf la Suède avec 72% (11).

L'administration du fer i. v. est en constante augmentation. De 2006 à 2009, l'application a augmenté de 2.6 à 10.1% (12).

Les recommandations suisses et internationales concernant la prise en charge de la carence en fer chronique sont illustrées au travers un cas clinique

Vignette clinique:

Homme, 45 ans, atteint de rectocolite hémorragique en rémission, se sent très vite fatigué.

Ici, deux mécanismes causent l'anémie:

- ▶ la perte directe liée aux lésions de la muqueuse colique induisant des rectorragies (pertes de sang frais) ou du sang occulte
- ▶ la carence en fer, il est séquestré dans les globules blancs et/ou mal absorbé au niveau intestinal

Thérapie

- ▶ traitement de la maladie de base en traitant les lésions induites par la colite ulcéreuse et optimisant le traitement anti-inflammatoire ou immunosuppresseur, et en ajoutant, si adapté, un traitement local

► traitement par une substitution en fer

Lors de la progression des lésions digestives (Lémann score) (13) il est très important de diagnostiquer et traiter précocement la maladie (14, 15).

De plus, des manifestations extraintestinales doivent être prises en charge :

- Arthrites périphériques types I/II (spondylarthrites) (16)
- dermatologiques : p. ex. stomatite, pyoderma gangrenosum, érythème noueux (17)
- ophtalmologiques : (épi)sclérite, uvéite (17)
- hépatologiques : cholangite sclérosante primaire (17)

Avant l'initiation d'une immunosuppression (en particulier: les anti-TNF)

- une mise à jour des vaccins ou une vérification de l'immunité sont recommandées pour HBV, influenza, varicella, pneumocoques, Di-Te-Per et éventuellement HPV. Cave : Pas de virus VIVANTS atténués (varicelle, fièvre jaune, ROR et polio orale) ou 3 mois d'attente avant de débiter IS (18) ou un minimum de 3 sem. d'arrêt avant l'injection.
- à exclure hépatite A, B, C ou une infection par le HIV (risque accru de réactivation)
- Quantiferon test (+ Rx thorax) pour la tuberculose frottis gynécologique

Recommandations pour le dépistage du carcinome colorectal chez les patients IBD (21)

Les patients avec IBD ont 70% plus de risque de CCR même si seulement 1% des patients atteints d'un carcinome colorectal présentent également une IBD (19, 20).

Dépendant de la durée et de l'étendue de la colite (Crohn ou colite ulcéreuse), des contrôles réguliers – en particulier chez les pancolites – tous les 2–3 ans jusqu'à la 20ème année de maladie, puis tous les 1–2 ans sont recommandés.

CAVE: annuellement dès le diagnostic de cholangite sclérosante primaire

Suivi maladie de Crohn et colite ulcéreuse

- Laboratoire (6–12 mois) :
 - FSC, test hépatique, fonction rénale, (TSH), CRP
 - Vit. D, folate, vit. B12 (surtout Crohn), ferritine satur. transf.
- Prévention de l'infection, si immunosuppression (12 mois) : mise à jour de la vaccination standard + influenza – CAVE: vaccins vivants atténués contre-indiqués !
- Surveillance (24 mois) :
 - contrôle dermatologique (tumeurs cutanées bénignes)
 - ostéo-densitométrie (dès le diagnostic)
 - iléo-coloscopie avec chromoendoscopie (si > 8 ans de colite étendue, > 15 ans si proctite)
 - frottis gynécologique

▼ Dr Heidrun Ding

Source : 8th IRON ACADEMY, 23.4.15, Lausanne

Références :

1. Gisbert JP, Gomollon F Am J Gastroenterol 2008;103:1299-1307
2. Voegtlin M et al. J Crohns Colitis 2010;4:642-8
3. Weiss G N Engl J Med 2005;352:1011-23
4. Stein J et al. Nat Rev Gastroenterol Hepatol 2010;7:599-610
5. Gomollon F, Gisbert JP. World J gastroenterol 2009;15 :4659-65
6. Dignass AU et al. J Crohn's Colitis 2015;211-222
7. Gasche C et al. Inflamm Bowel Dis 2007;13:1545-53
8. Evstatiev R et al. Gastroenterol 2011;141:846-53,e841-2
9. Gasche C et al. Inflamm Bowel Dis 2015;21(3):579-88
10. Reinisch et al. Aliment Pharmacol Ther 2013;38:1109-18
11. Stein et al. Eur J. Gastro Hep 2013;25:1456-63
12. Vavricka SR et al. Inflamm Bowel Dis 2013;19(4):840-6
13. Pariente B et al. Inflamm Bowel Dis 2011;17(6):1415-22
14. Schoepfer AM et al. Am J Gastroenterol 2013;108(11):1744-53
15. Vavricka SR et al. Inflamm Bowel Dis 2012;18(3):496-505
16. Brakenhoff LK et al. Gut 2011;60:1426-35
17. Juillerat P et al. Digestion 2007;76(2):141-8
18. Rahier JF et al. J Crohns Colitis 2014;8(6) :443-68
19. Herszényi L et al. Dig Dis 2015;33(1):52-7
20. Lutgens MW et al. Inflamm Bowel Dis 2013;19(4):789-99
21. Farraye FA et al. Gastroenterology 2010;138(2):738-45

ANNONCE PRÉLIMINAIRE

Vol. 4 – No 5 septembre 2015

Qu'est-ce qu'il y aura dans le prochain numéro ?

FORMATION CONTINUE ➔ Cardiologie

FORUM MÉDICAL

- Vaccin contre le Zona
- Varices
- Chutes
- Chondrocalcinose

CONGRÈS

- L'incontinence urinaire, Lausanne

