

# crohn colite

Nom du guide de pratique clinique

Carence en fer.

Objectif

Surveillance et prise en charge de la carence en fer.

Population de patients

Patients adultes de 18 ans et plus ayant un diagnostic connu de MII.

D<sup>re</sup> Irina Nistor, IP-Adultes, M. Sc. inf., Ph. D. (Hôpital Mount Sinai)

D<sup>re</sup> Karen Kroeker, M.D., M. Sc., FRCSC (Université de l'Alberta)

## À retenir

L'administration de fer par voie parentérale plutôt que par voie orale est recommandée; ces deux voies sont cependant efficaces pour corriger l'anémie ferriprive. La décision quant au mode d'administration optimal est à la discrétion du prescripteur, en fonction des caractéristiques et des besoins de chaque patient.

Ces outils d'aide à la décision clinique ont été mis au point par des experts canadiens dans le domaine des maladies inflammatoires de l'intestin (MII), et sont basés sur leur interprétation des données probantes actuelles et des considérations spécifiques au système de soins de santé canadien. Des lignes directrices internationales provenant d'Europe et des États-Unis sont disponibles; elles peuvent toutefois refléter des facteurs régionaux qui ne sont pas directement applicables partout au Canada

## Introduction

Ce guide de pratique clinique donne des lignes directrices générales pour surveiller et prendre en charge la carence en fer chez les adultes atteints d'une MII. La disponibilité des options énumérées pour la supplémentation en fer peut varier d'un établissement à l'autre.

## Prestataire de soins aux personnes vivant avec une MII

1. Passer en revue la formule sanguine complète (hémoglobine [Hb], volume globulaire moyen), les concentrations de fer, de ferritine et de transferrine, ainsi que la capacité de fixation du fer.
2. Poser le diagnostic de carence en fer si la ferritine est  $< 30 \mu\text{g/L}$  en l'absence de maladie active ou  $< 100 \mu\text{g/L}$  en présence d'inflammation, et si le coefficient de saturation de la transferrine (CST) est  $< 20 \%$ .
3. Passer en revue le taux d'hémoglobine :
  - Hb  $< 70 \text{ g/L}$  : Envisager une transfusion de globules rouges urgente si le patient est symptomatique ou une perfusion urgente de fer si le patient est asymptomatique, et répéter l'analyse de l'Hb 2 semaines plus tard.
  - Hb = entre 70 et 100 g/L : Perfusion de fer et répéter l'analyse de l'Hb 2 mois plus tard.
  - Hb  $> 100 \text{ g/L}$  : Suppléments de fer par voie orale; en cas d'intolérance, organiser une perfusion; répéter l'analyse de l'Hb, le bilan ferrique et l'analyse de la protéine C réactive (PCR) 3 mois plus tard.
  - Si la carence en fer persiste malgré un taux d'Hb  $> 100 \text{ g/L}$ , l'administration de fer par voie intraveineuse demeure envisageable en présence de symptômes persistants ou de maladie active.
  - Réévaluer l'activité de la maladie si l'anémie ferriprive récidive rapidement après correction de la carence en fer.

4. Voir le Tableau 1 pour les options de supplémentation en fer.
5. Organiser la supplémentation en fer par voie intraveineuse, conformément au protocole.
6. Informer le médecin de famille du plan de supplémentation en fer.

Tableau 1 : Options pour la supplémentation en fer

Préparation de fer*	Mode d'administration	Dose habituelle	Équivalence en fer élémentaire
Gluconate ferreux	Voie orale	300 mg/comprimé	35 mg
Sulfate ferreux	Voie orale	300 mg/comprimé	60 mg
Fumarate ferreux	Voie orale	300 mg/comprimé	100 mg
Polysaccharide de fer (Feramax)	Voie orale	150 mg/comprimé	150 mg
Polypeptide de fer héminique (Proferrin)	Voie orale	398 mg/comprimé	11 mg
Carboxymaltose ferrique (Injectafer)**	Voie intraveineuse	750-1000 mg/dose	50 mg/ml
Fer-saccharose (Venofer)	Voie intraveineuse	Variable, selon les besoins du patient (100 à 300 mg/dose)	20 mg/ml
Gluconate ferrique de sodium (Ferrelecit)	Voie intraveineuse	125 mg	125 mg
Dérisomaltose ferrique (Monoferric)	Voie intraveineuse	Variable, selon les besoins du patient***	100 mg/ml

Hémoglobine (g/L)	Poids < 50 kg	Poids 50 à < 70 kg	Poids ≥ 70 kg
≥ 100 g/L	500 mg	1 g	1,5 g
< 100 g/L	500 mg	1,5 g	2 g

Fer par voie orale : l'administration tous les deux jours est recommandée, en particulier pour les préparations ferreuses.

Fer par voie parentérale : surveiller la surcharge en fer [taux de ferritine > 800-1000 µg/L ou coefficient de saturation de la transferrine (CST) > 50 %] pendant la supplémentation en fer par voie intraveineuse, surtout chez les patients recevant des traitements répétés.

\* Cette liste ne contient pas tous les produits de fer disponibles.

\*\* Le carboxymaltose ferrique (Injectafer) (CMF) est efficace pour reconstituer rapidement les réserves en fer chez les patients atteints d'une MII présentant une anémie modérée ou grave. Les cliniciens doivent toutefois prendre en compte le risque d'hypophosphatémie persistante et, dans de rares cas, d'ostéomalacie hypophosphatémique, surtout après l'administration de doses répétées. Il est recommandé de surveiller la concentration de phosphate sérique, de vitamine D et des marqueurs du métabolisme osseux chez les patients exposés à un risque élevé.

\*\*\* Tableau posologique simplifié pour le dérisomaltose ferrique (la dose unique maximale est de 1,5 g ou de 20 mg/kg, selon la valeur la moins élevée).

## Références

Abhyankar, A., & Moss, A. C. (2015). Iron Replacement in Patients with Inflammatory Bowel Disease: A Systematic Review and Meta-analysis. *Inflammatory bowel diseases*, 21(8), 1976–1981.

<https://doi.org/10.1097/MIB.0000000000000386>

Canadian Journal of Health Technologies. (2024). Ferric Carboxymaltose for Iron Deficiency: Clinical Review. <https://canjhealthtechnol.ca/index.php/cjht/article/view/SR0842>. Highlights FCM's efficacy and safety concerns, including regulatory recommendations for phosphate monitoring.

Hannah Gordon, Johan Burisch, Pierre Ellul, Konstantinos Karmiris, Konstantinos Katsanos, Mariangela Allocca, et al. ECCO Guidelines on Extraintestinal Manifestations in Inflammatory Bowel Disease, *Journal of Crohn's and Colitis*, Volume 18, Issue 1, January 2024, Pages 1-37, <https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjad108>

Harder S, Meier R, Haug U. (2021). Hypophosphatemia with intravenous iron therapies: a systematic review and meta-analysis. *Therap Adv Hematol*. 12:2040620721994532.

<https://doi.org/10.1177/2040620721994532>

Lim, W., Afif, W., Knowles, S., Lim, G., Lin, Y., Mothersill, C., Nistor, I., Rehman, F., Song, C. and Xenodemetropoulos, T. (2019), Canadian expert consensus: management of hypersensitivity reactions to intravenous iron in adults. *Vox Sang*, 114 : 363- 373. <https://doi.org/10.1111/vox.12773>

Macdougall, I. C., Comin-Colet, J., Breymann, C., Spahn, D. R., & Koutroubakis, I. E. (2020). Iron Sucrose : A Wealth of Experience in Treating Iron Deficiency. *Advances in therapy*, 37(5), 1960–2002.

<https://doi.org/10.1007/s12325-020-01323-z>

Schoepfer AM, et al. (2023). Clinical course and management of symptomatic hypophosphatemia after ferric carboxymaltose in IBD patients. *Gut*. 72(4):644–652. <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2022-327042>

Snook J, Bhala N, Beales ILP, et al British Society of Gastroenterology guidelines for the management of iron deficiency anaemia in adults. *Gut* 2021;70:2030–2051.

Zoller H, Schaefer B, Weiss G. (2022). Iron treatment in patients with inflammatory bowel disease – current evidence and future directions. *Acta Haematol*. 145(2):120–127.

<https://doi.org/10.1159/000517662>