

crohn colite

Nom de la voie de soins cliniques

Carence martiale.

Objectif

Surveillance et prise en charge de la carence martiale.

Population de patients

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

Dre Irina Nistor IP-Adultes, M. Sc. inf., PhD (Hôpital Mount Sinai et Crohn et Colite Canada)

Dre Karen Kroeker MD, M. Sc., FRCSC (Université de l'Alberta)

À retenir

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

Introduction

Ce protocole de soins 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 le remplacement du fer peut varier d'un organisme à l'autre.

Prestataire de soins aux personnes vivant avec une MII

1. Mener une analyse FSC (hémoglobine, volume globulaire moyen [VGM]), Fe, ferritine, transferrine et de capacité totale de fixation du fer (CTFF).
2. Confirmer la carence martiale (Ferritine <20 g/L ou saturation en fer <15 %), ou si maladie active, ferritine < 100 g/L, saturation en fer <15 %.
3. Analyse de l'hémoglobine :
 - a. Si Hb <70 g/L : envisager une transfusion urgente de CGR (concentré globules rouges) si symptomatique, ou perfusion de fer urgente (si asymptomatique) et répéter l'analyse Hb 2 semaines plus tard.
 - b. Si Hb = entre 70 et 100 g/L : perfusion de fer et répéter l'analyse Hb 2 mois plus tard.
 - c. Si Hb >100g/L : suppléments de fer par voie orale; si intolérance, organiser une perfusion; répéter l'analyse Hb, de la ferritine, Fe, du fer et de la protéine C-réactive (PCR) 3 mois plus tard.
4. Voir Tableau 1 pour les options de remplacement du fer.
5. Organiser le remplacement du fer par IV, conformément au protocole.
6. Informer le médecin de famille du plan de remplacement du fer.

Table 1 : Options pour le remplacement du fer

Formulation du 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
Sucrose de fer (Venofer)	Intraveineuse	Variable selon les exigences du patient (100 à 300 mg/dose)	20 mg/ml
Gluconate ferrique sodique (Ferrlecit)	Intraveineuse	125 mg	125 mg
Isomaltoside de fer (Monoferric)	Intraveineuse	Variable selon les exigences du patient #	100 mg/ml

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

Tableau posologique simplifié pour l'isomaltoside de fer (la dose unique maximale est de 1,5 g ou 20 mg/kg, selon la valeur la moins élevée)

Hémoglobine (g/L)	Poids <50 kg	Poids 50– <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

Références

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>

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>

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>