

# Carence en fer : penser iatrogénie ?

Situation vécue en stage praticien – autonomie

Symposium iatrogénie 04/03/2021

Quentin DEL VALLE – interne 5<sup>e</sup> semestre



Homme de 50 ans  ↑ consulte pour son « renouvellement »

- Plaintes principales : Fatigue et jambes sans repos  
- Bio prescrite à titre systématique par le médecin traitant (NFS, Ferritine, BH, GàJ, TSH, créatinine) :  
**Pas d'anémie** mais carence martiale (**ferritine effondrée**)
- ATCD : Hernie hiatale, HTA, épigastralgies chroniques, Rhinite allergique, carence martiale chronique non étiquetée (?)
- Traitement : Mométasone (pulv nas), Lansoprazole 30 mg/j, Amlodipine 10 mg, Atorvastatine 10 mg

# Raisonnement de prise en charge « classique »

- Carence martiale, homme > 50 ans → item ECN, très dogmatique :



- **Carence d'apport ?** *Consommation fer héminique basse mais pas de régime végétarien strict*



- **Malabsorption ?** *Pas de chirurgie digestive, pas de MICI connue. Gastrite ?*



- **Saignement actif / occulte ?** *Pas de saignement visible, pas d'hémorroïdes*

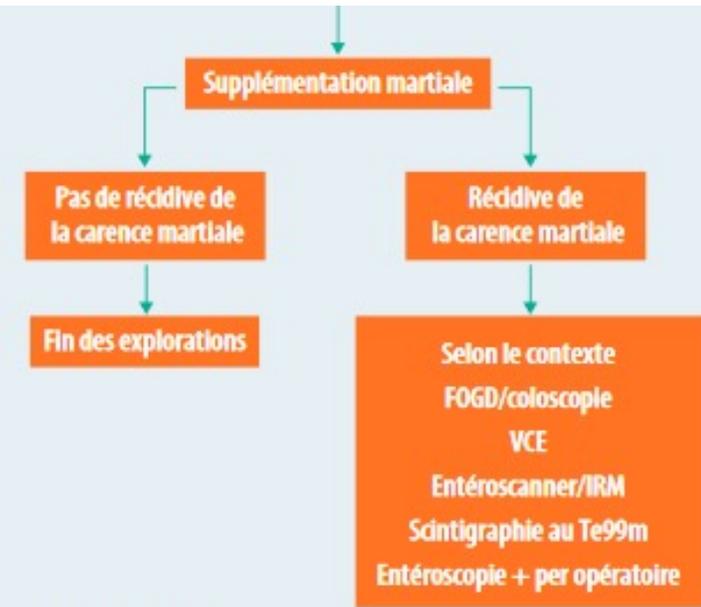
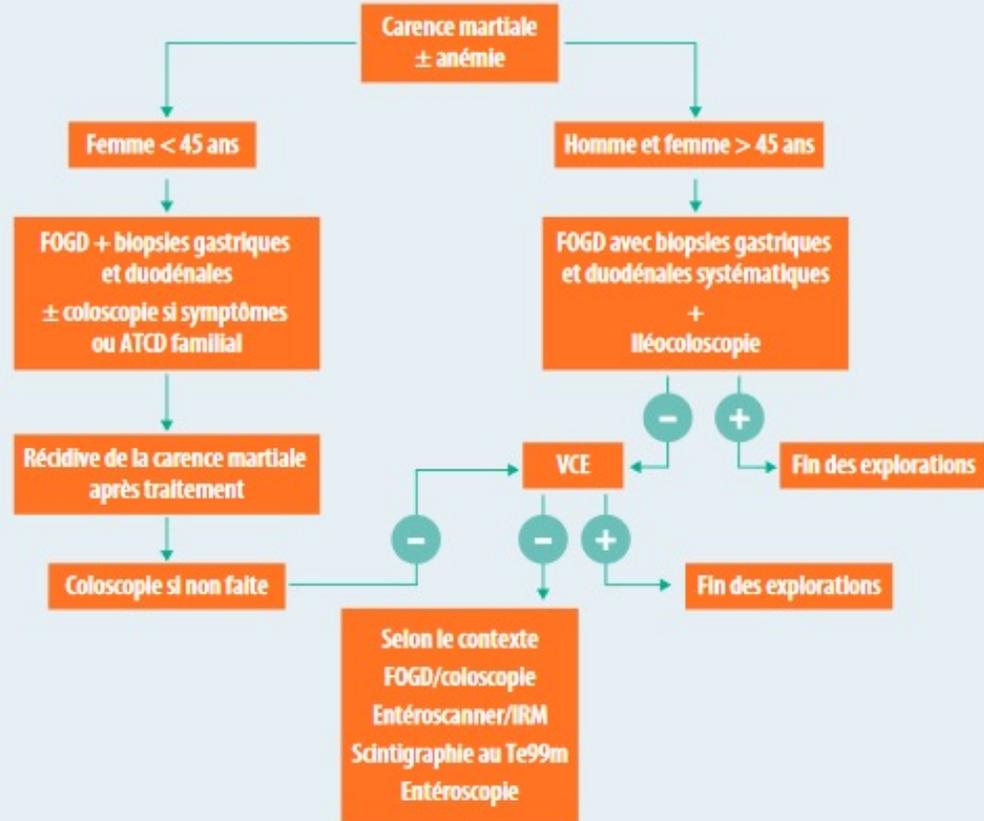
- Orientation HGE pour gastroscopie + coloscopie +/- vidéocapsule

- Bilan gastro-coloscopie + biopsies réalisé 5 ans plus tôt : Normal

- **Que faire ?**



Éliminer une cause urologique ou gynécologique



FOGD: fibroscopie cœso-gastroduodénale;  
 VCE: vidéocapsule endoscopique du grêle.

Figure. Algorithme de prise en charge d'une anémie ferriprive.

# Pourquoi avoir pensé iatrogénie ?



- Réévaluation systématique des indications de chaque médicament lors du renouvellement. ***Pas d'indication aux IPP au long cours !***
- Conduite à tenir classique déjà réalisée → chercher une autre cause
- Même si un rapport avec un médicament n'est pas évident, nombreux cas d'automédication (plantes, huiles essentielles, médicament de la grand mère...)
- *Lectures régulières et échanges avec collègues : plusieurs publications sur les effets à long termes des IPP ; souvenir de carences par malabsorption en vitamine B12 ... Lien avec fer ?*

# Imputabilité médicamenteuse

- **Mométasone (pulv nas)** : *indication au long cours discutabile mais pas de carence décrite*
- **Amlodipine 10 mg** : *indication valable, pas de carence décrite*
- **Atorvastatine 10 mg** : *indication discutabile en prévention primaire en l'absence d'ATCD familiaux, mais pas de carence décrite*
- **Lansoprazole 30 mg/j** : *aucune indication au long cours, multiples carences rapportées (faible niveau de preuve) mais interactions médicamenteuses certaines*

Indications AMM	Indications Hors AMM « pertinentes »	Non indications
<p>Traitement de l'ulcère gastrique et duodéal</p> <p>Éradication de l'<i>Helicobacter pylori</i></p> <p>Traitement symptomatique du RGO sans œsophagite</p> <p>Traitement de l'œsophagite érosive par reflux</p> <p>Si prise aspirine : Prévention en cas d'antécédent d'hémorragie digestive ou de co prescription avec AINS</p> <p>Si prise AINS : Prévention si &gt; 65 ans ou si facteurs de risque*</p> <p>Syndrome de Zollinger-Ellison</p>	<p>Prévention de l'ulcère de stress chez les sujets à risque**</p> <p>Prévention des lésions GD sous corticoïdes chez les sujets à risque*</p> <p>Traitement des manifestations atypiques du RGO</p> <p>Effet anti-sécrétoire dans les grêles courts symptomatiques</p>	<p><b>Dyspepsie fonctionnelle</b></p> <p>Prévention de l'ulcère de stress chez les sujets non à risque</p> <p>Prévention des lésions GD sous corticoïdes chez les sujets non à risque</p> <p>Prévention des lésions GD sous AINS chez des patients non à risque</p> <p>Prévention des lésions GD sous AFD chez des patients non à risque</p> <p>Hypertension portale</p> <p>Test thérapeutique en cas de douleurs abdominales aiguës</p>

## Lien de causalité

- RAS sur la RCP produit (*hypomagnésémie, carence B12*)
- *Physiologiquement explicable : L'acidité gastrique dissocie le fer non héminique de ses complexes alimentaires et permet la réduction du fer ferrique en fer ferreux soluble et absorbable.*
- Faible niveau de preuve dans certaines études observationnelles

ansm



# Extrait revue systématique : IPP et carence martiale

Etude cas témoin (Tran et al. 2019) : Prise intermittente IPP → OR = 1,5

Prise continue IPP > 1 an → OR = 3,6 *d'avoir une carence martiale*

Etude cas témoin (J.R Lam et al. 2017) : IPP > 2 ans → OR = 2,5

**Imputabilité confortée par un gradient dose-effet**

Essai randomisé Pantoprazole VS placebo / 1 an chez 30 patients avec une hémochromatose  
: **Baisse significative du nombre de saignées sous IPP** (p=0,5%)

*Ribiere S, Guillaumot M-A, Barré A, Abou Ali E, Barret M, Chaussade S, et al. Quel est le VRAI risque au long cours des inhibiteurs de la pompe à protons ? La Presse Médicale. 1 mai 2019;48(5):503-10.*

# La prise en charge (1)



- Exposer le raisonnement au patient ; explorer d'autres étiologies
- Expliquer le rebond acide = STOP IPP très difficile après plusieurs années de prise quotidienne à pleine dose

= augmentation de la sécrétion acide à l'arrêt des IPP au-dessus des niveaux de prétraitement, pouvant contribuer à la dépendance au traitement.

- Calmer les symptômes : supplémentation en fer itérative  
VS trouver/traiter la cause



# La prise en charge (2)

## → Prescription pédagogique

Baisse très progressive car patient très inquiet  
Gêné par dyspepsie en l'absence de traitement  
Relai par prise systématique d'alginates de sodium

- **Alginates de sodium** (susp buv sachet) :  
Prendre 1 sachet matin, midi et soir, à distance de 2h de la prise d'un autre médicament, pendant 2 mois
- **Lansoprazole 15 mg** : Baisse progressive  
Alterner 1 cp/j et 2 cp/j, 1 jour sur 2 pendant 15 jours  
Puis 1 cp/j pendant 15 jours  
Puis 1 cp 1 jour sur 2 pendant 15 jours  
Puis 1 cp 1 jour sur 3 pendant 15 jours  
Puis STOP

# La suite et l'échec : ne pas abandonner ?



**Echec au 3<sup>e</sup> palier, impossibilité de réduire < 1cp/j**

- Rebond acide, bien décrit, très difficile à surmonter... mais **déjà -15mg/j !**
- Réitérer la gastroscopie ?
- Ralentir le rythme du sevrage : paliers plus longs et maintien à la dose minimale efficace
- Expliquer / réexpliquer l'intérêt du sevrage
- Dans tous les cas : persévérer



## Take home message

« *La meilleure stratégie pour limiter la survenue d'effets secondaires des IPP prescrits au long cours est **d'éviter de les prescrire quand ils ne sont pas indiqués** et à la **dose minimale efficace** lorsqu'ils le sont* »

- Questionner l'indication de chaque thérapie régulièrement, même en situation de remplacement / stage
- Un traitement dont l'indication est douteuse a probablement une balance bénéfice-risque défavorable

# Bibliographie

- Gomercic C, Gelsi E, Vanbiervliet G, Hébuterne X. Conduite à tenir devant une anémie ferriprive.
- Netgen. Diagnostic et traitement de la carence en fer sans anémie [Internet]. Revue Médicale Suisse. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2009/RMS-224/Diagnostic-et-traitement-de-la-carence-en-fer-sans-anemie>
- Ribiere S, Guillaumot M-A, Barré A, Abou Ali E, Barret M, Chaussade S, et al. Quel est le VRAI risque au long cours des inhibiteurs de la pompe à protons ? La Presse Médicale. 1 mai 2019;48(5):503-10.
- Effets secondaires des IPP au long cours [Internet]. FMC-HGE. Disponible sur: <https://www.fmcgastro.org/texte-postu/postu-2018-paris/effets-secondaires-des-ipp-au-long-cours/>
- Treatment of restless legs syndrome: an evidence-based review and implications for clinical practice - PubMed [Internet]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18925578/>
- Lam JR, Schneider JL, Quesenberry CP, Corley DA. Proton pump inhibitor and histamine-2 receptor antagonist use and iron deficiency. Gastroenterology 2017;152:821-9
- A. Tran-Duy, N.J. Connell, F.H. Vanmolkot, P.C. Souverein, N.J. de Wit, C.D.A. Stehouwer, *et al.* Use of proton pump inhibitors and risk of iron deficiency: a population-based case-control study J Intern Med, 285 (2) (2019), pp. 205-214