

Anémies du sujet âgé

Cas particulier de la carence martiale



Pr Eric PAUTAS

Court Séjour Gériatrique

Hôpital Charles Foix – Ivry/Seine

GH Pitié-Salpêtrière-Ch. Foix



**ASSISTANCE
PUBLIQUE**  **HÔPITAUX
DE PARIS**

UFR Médecine, Paris 6, Sorbonne Université



Liens d'intérêt

- Interventions symposiums : Vifor

Objectifs pédagogiques

- Quelques rappels sur anémies du sujet âgé
- Définition de l'anémie ferriprive
- Spécificités gériatriques de l'anémie ferriprive
- Prise en charge thérapeutique

Epidémiologie

En résumé :

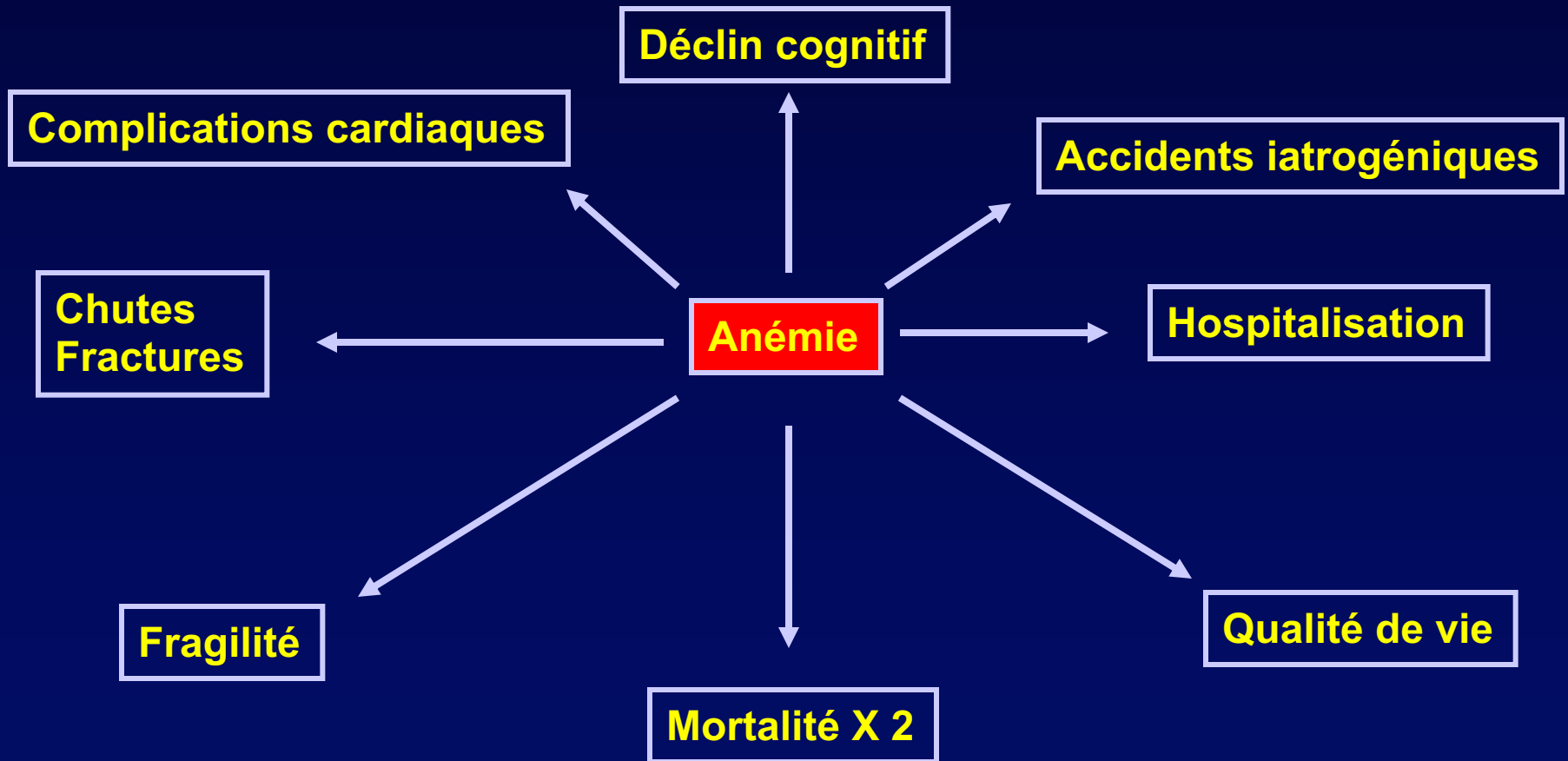
- | | |
|--------------------------------------|-----------------|
| * Population communautaire 65-75 ans | 4-8% d'anémie |
| * Population hospitalisée 65-75 ans | 15-25% d'anémie |
| * Population communautaire > 80 ans | 15-25% d'anémie |
| * Population hospitalisée > 80 ans | 25-50% d'anémie |

Guralnik, *Blood* 2004

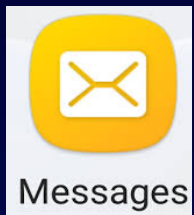
Endres, *Curr Med Res Opin* 2009

Bach, *Clin Interv Aging* 2014

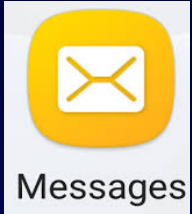
Morbi-mortalité élevée de l'anémie



Diagnostic étiologique chez le sujet âgé

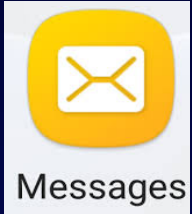


Diagnostic étiologique chez le sujet âgé



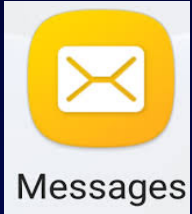
- **Fréquence des anémies carencielles : fer (1^{ère} cause), vit B12- B9**

Diagnostic étiologique chez le sujet âgé



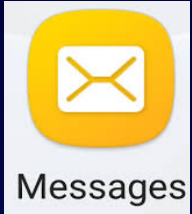
- **Fréquence des anémies carencielles : fer (1^{ère} cause), vit B12- B9**
- **Fréquence de l'insuffisance rénale chronique**

Diagnostic étiologique chez le sujet âgé



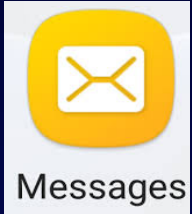
- **Fréquence des anémies carencielles : fer (1^{ère} cause), vit B12- B9**
- **Fréquence de l'insuffisance rénale chronique**
- **Hémopathies à connaître : syndromes myélodysplasiques**

Diagnostic étiologique chez le sujet âgé



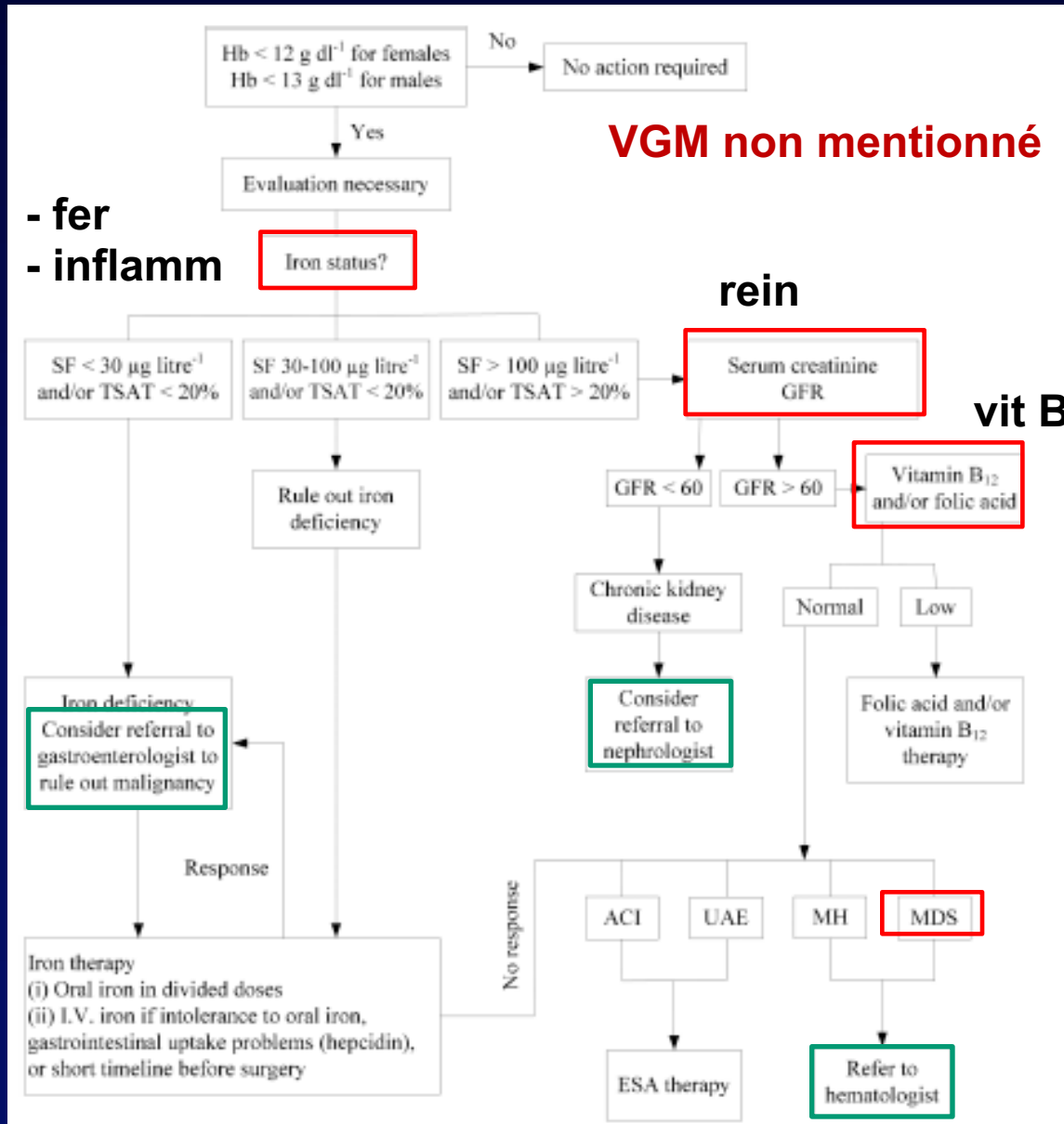
- **Fréquence des anémies carencielles : fer (1^{ère} cause), vit B12- B9**
- **Fréquence de l'insuffisance rénale chronique**
- **Hémopathies à connaître : syndromes myélodysplasiques**
- **Rentabilité thérapeutique ++**

Diagnostic étiologique chez le sujet âgé



- **Fréquence des anémies carencielles : fer (1^{ère} cause), vit B12- B9**
 - **Fréquence de l'insuffisance rénale chronique**
 - **Hémopathies à connaître : syndromes myélodysplasiques**
 - **Rentabilité thérapeutique ++**
 - **Fréquence des anémies multifactorielles +++**
- => démarche diagnostique très systématique**

Diagnostic étiologique chez le sujet âgé



+ TSH et EPP

ESA = EPO
MH = hémopathie maligne
MDS = myelodysplastic syndromes
UAE = unknown anemia
ACI = anémie inflammatoire

A l'issue du bilan étiologique...

Prevalence of anemia in persons 65 years and older in the United States:

n=4089

Anemia	All anemia, %
With nutrient deficiency	
Iron only	16.6
Folate only	6.4
B ₁₂ only	5.9
Folate and B ₁₂	2.0
Iron with folate or B ₁₂ or both	3.4
Total	34.3
Without nutrient deficiencies	
Renal insufficiency only	8.2
ACI, no renal insufficiency	19.7
Renal insufficiency and ACI	4.3
UA	33.6
Total	65.7
Total, all anemia	100.0

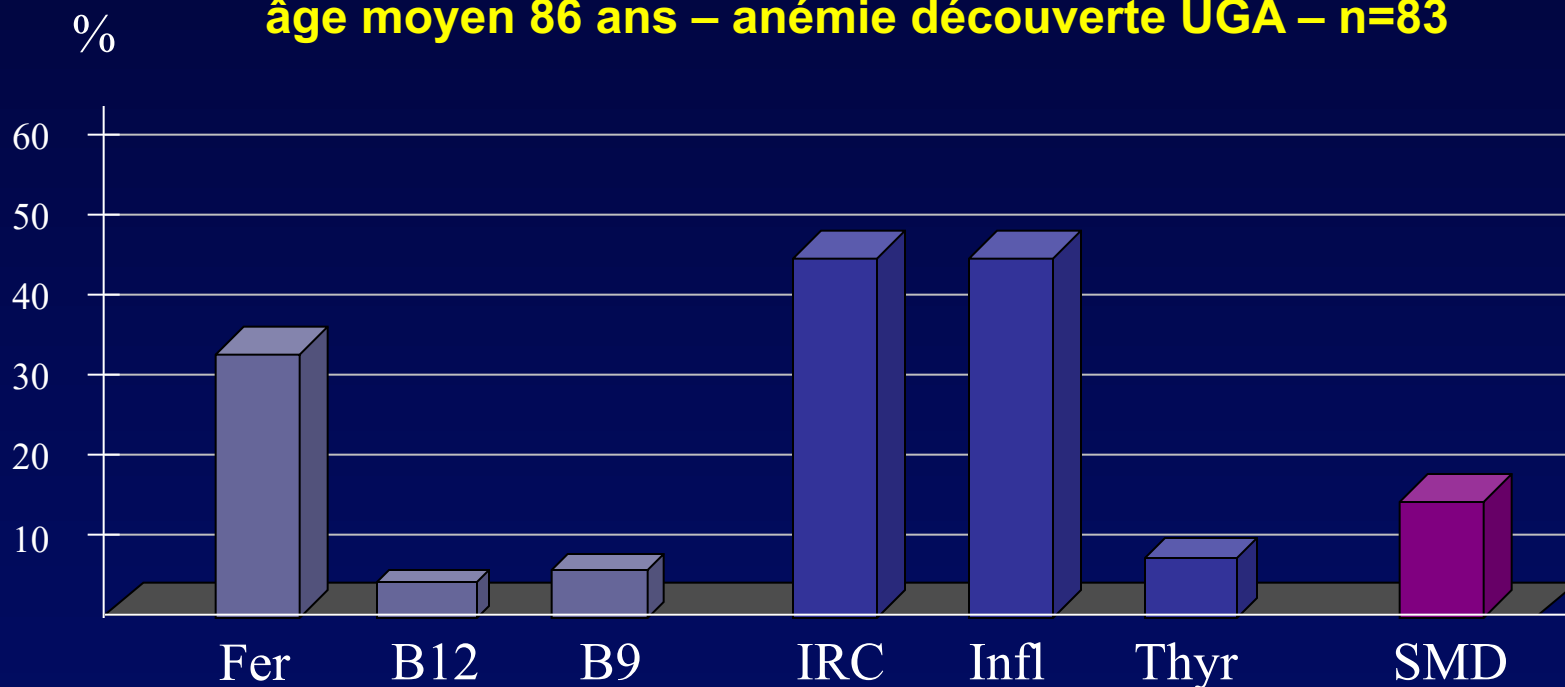
NA indicates not applicable.

32.3

A l'issue du bilan étiologique...

Cohorte - Charlie Fox Hospital

âge moyen 86 ans – anémie découverte UGA – n=83

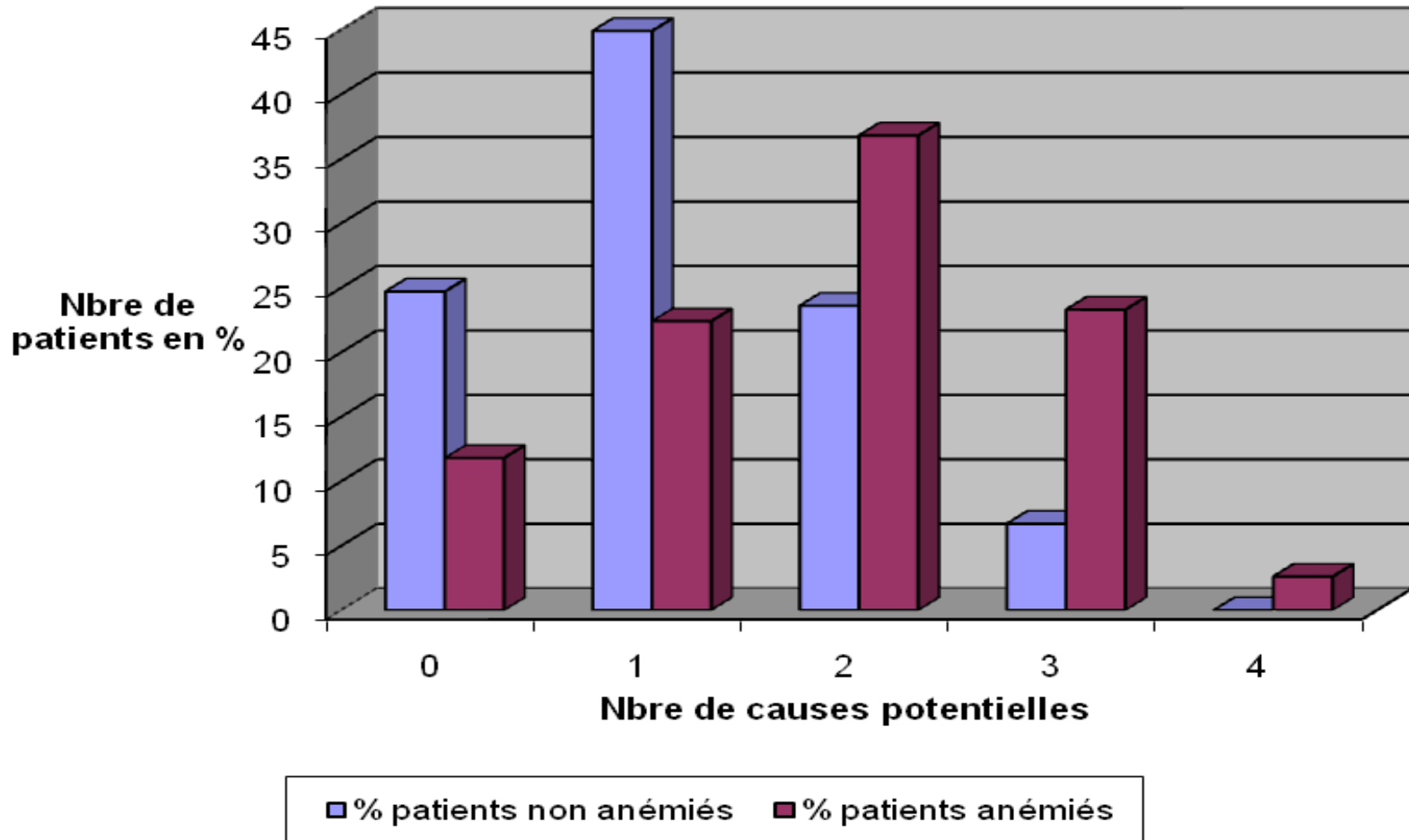


- Sous-estimation SMD
- Surestimation inflammation
- Etiologies > 100% : causes potentielles associées

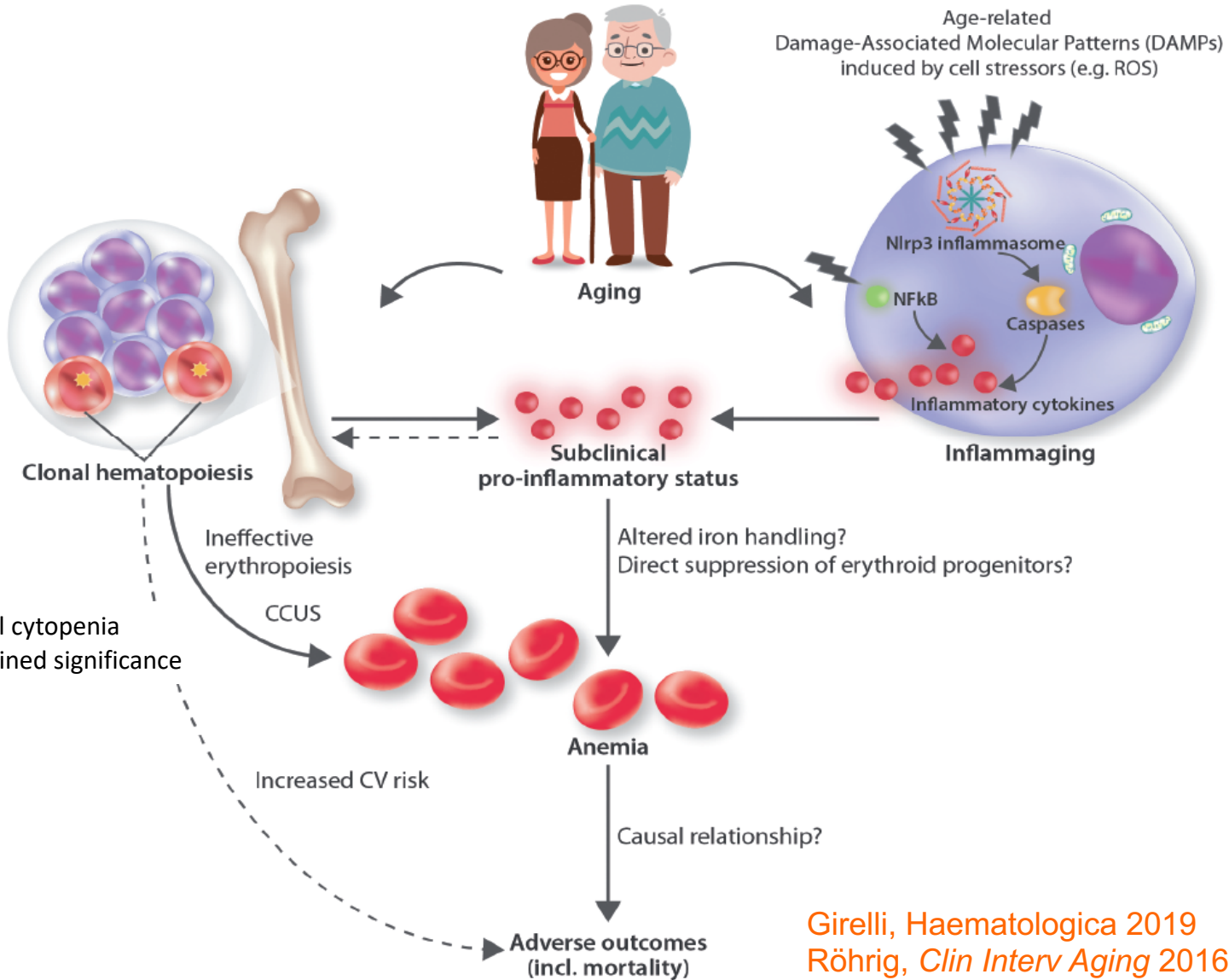
Anémies multifactorielles

Cohorte - Charlie Fox Hospital

âge moyen 86 ans – anémie découverte UGA – n=273



Unknown anemia à l'issue du bilan

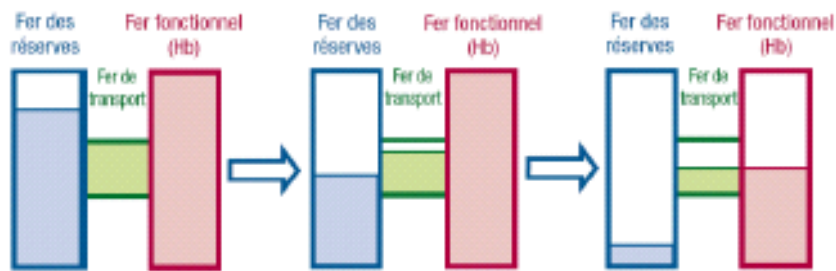


Girelli, *Haematologica* 2019
Röhrig, *Clin Interv Aging* 2016

Carences martiales : nouvelle interprétation

Carence martiale absolue

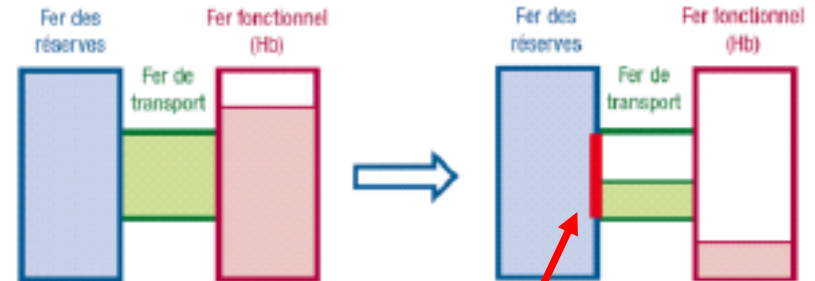
Baisse des réserves en fer et biodisponibilité du fer insuffisante pour assurer une érythropoïèse normale



- ↓ ferritine
- ↓ CST
- ↓ Hb

Carence martiale fonctionnelle

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



hepcidine

- ferritine normale, voire élevée
- ↓ ↓ du CST

Carence martiale : diagnostic

- **Valeurs « normales » :**
 - Coeff. saturation transferrine : 35-45%
 - Ferritinémie : 20 à 250 µg/L (H) - 15 à 150 µg/L (F)
- **Quand peut-on parler de carence martiale ?**
 - CST < 16-20%
 - Ferritinémie < 100 µg/L sans inflammation
 - 100 - 300 µg/L si inflammation

Carence martiale absolue

Hémorragie chronique : digestive +++

Intérêt de double endoscopie couplée

Godard, Recos Anglaises 2011

Clere-Jehl, Medicine 2017

Origine gynécologique possible chez la femme âgée

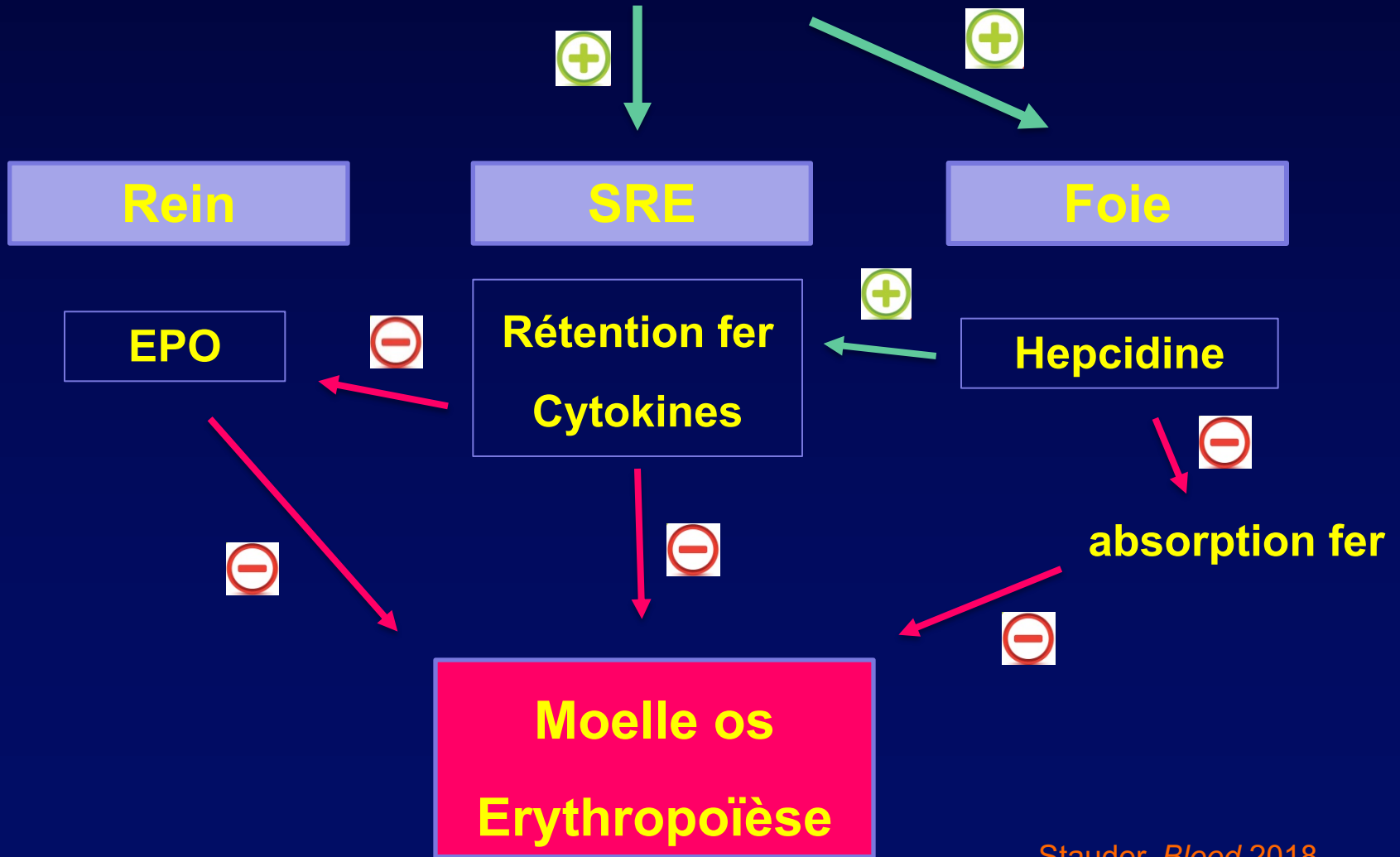
Carences « d'apport » : (diagnostic retenu en éliminant saignement)

dysabsorption : atrophie muqueuse digestive, IPP

grandes carences alimentaires exceptionnelles

Andres, Geriatr Gerontol Int 2013

Anémie inflammatoire Inflammaging



Association carence absolue / fonctionnelle

* Récepteur soluble de la transferrine ?

- augmente quand carence martiale absolue
- RST/log Ferritine
- Se 86% - Sp 75% pas en pratique clinique routine

Infusino, Am J Clin Pathol 2012

* Dosage de l'hepcidine ?

- pas en routine, pas de « normes »

Lopez, Lancet 2016
Goodnough, Am J Hematol 2014

* Pragmatisme : bilan ferrique à distance inflammation

Supplémentation ferrique

Voie orale

- Type **tous les sels ferreux se valent**
- Dose **160 - 180 mg/j si bien tolérée, sinon diminuer
plutôt au moment du déjeuner ± verre de jus vitC**
- Durée **3 mois minimum**
dysabsorptions : vieillissement digestif, IPP
intolérance = inobservance
→ bilan fer + NFS à 3 mois pour poursuite éventuelle

Supplémentation ferrique

Voie IV

- Indications

intolérance ou inefficacité po
« urgence »
inflammation chronique ?

- Modalités

[Poids x (Hb_{cible} - Hb) x 2,4] + 500
sinon ≈ 1000 à 1500 mg
milieu hospitalier

bilan fer + NFS à 1 mois

Lopez, *Lancet* 2016

Röhrig, *Clin Interv Aging* 2016

Silay, *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2015

Ce qu'il faut retenir

- ➔ Anémie du sujet âgé : refuser le défaitisme
- ➔ Intrication fréquente de plusieurs étiologies :
grande rigueur dans le bilan étiologique
surveiller l'action thérapeutique
- ➔ Grande partie du bilan simple avant éventuel recours
hématologue : pour SMD initialement
gastro-entérologue : pour carence martiale absolue
néphrologue : pour suivi IRC
gériatre : quand co-morbidités
- ➔ Rentabilité et simplicité des traitements ... quand on a
fait bilan étiologique complet

Merci de votre attention !

