

Posologie du fer

Holly Lee MD FRCPC Man-Chiu Poon MD FRCPC G. Michael Allan MD CCFP

Question clinique

Comment se compare une posologie de 1 dose de fer par jour (QD) à une posologie de 1 dose 1 jour sur 2 (QOD) ou de 1 dose 2 fois par semaine (BIS)?

Résultats

Une dose de fer par jour résulte en des taux semblables ou légèrement supérieurs (environ 3 g/L) d'hémoglobine (Hb) que la posologie QOD ou BIS sur une période de 3 mois. La dose quotidienne augmente les taux de ferritine sérique de manière semblable ou jusqu'à concurrence de 12 µg/L de plus. La posologie intermittente réduit les effets indésirables (comme les douleurs abdominales) d'un pourcentage allant jusqu'à 30% (absolus).

Données probantes

Dans 5 ERC effectuées en Europe, en Inde et en Iran (âge moyen de 14 à 22 ans; 50 à 100 mg de fer élémentaire), on a constaté ce qui suit:

- Chez 40 femmes prenant de la ferritine (≤ 25 µg/L) QD pendant 14 jours ou QOD pendant 28 jours¹, les taux d'Hb au départ se situaient dans les 2 groupes à environ 130 g/L et ont augmenté de 4 g/L. Les taux de ferritine sérique ont augmenté de 15 µg/L (QD) et de 10 µg/L (QOD); sans différence statistique ($p = .06$).
- Chez 24 femmes prenant de la ferritine (≤ 15 µg/L) soit QD ou BIS pendant 90 jours², les taux d'Hb ont augmenté pour passer d'environ 124 g/L à 6 g/L (QD) et à 8 g/L (BIS) de plus; sans différence statistique. Les taux de ferritine sérique ont connu une hausse de 16 µg/L (QD) contre 4 µg/L (BIS); différence statistique.
- Chez 203 femmes souffrant d'anémie qui prenaient du fer soit QD ou BIS pendant 12 semaines³, les taux d'Hb sont passés d'environ 91 g/L à 32 g/L (QD) et à 29 g/L (BIS) de plus; différence statistique⁴.
-Les douleurs abdominales (41 c. 5%), la nausée (11 c. 1%) et les vomissements (6 c. 0%) ont augmenté avec la dose QD; différence statistique selon les auteurs.
- Chez 223 femmes souffrant d'anémie et traitées avec du fer et de l'acide folique, soit QD pendant 3 mois ou BIS pendant 1 an⁵, les taux d'HB ont augmenté pour passer d'environ 97 g/L à 23 g/L (QD) et à 31 g/L (BIS) de plus; statistiques non rapportées. Les taux de ferritine sérique dans les 2 groupes ont augmenté d'environ 20 µg/L.
-Effets indésirables: 39 contre 18% (BIS). La nausée, les vomissements et la constipation étaient les plus fréquents.
-Cessations au total: 12 c. 4% (BIS); sans différence statistique ($p = .053$).

- Chez 204 femmes (49% souffrant d'anémie) à qui on a administré 50 mg de fer soit QD ou BIS pendant 3 mois⁶, les taux d'Hb ont augmenté de 7,4 g/L (QD) par rapport à 8,5 g/L (BIS); aucune différence statistique⁴. Les taux de ferritine sérique ont augmenté davantage avec la posologie quotidienne (nombres non rapportés).

Contexte

- Limites: absence d'insu^{1-3,5,6}, suivis courts et déséquilibrés entre les groupes^{1,5}, et randomisation médiocre^{1,5}.
- Les études démontrent le compromis entre le fer à posologie intermittente (QOD ou BIS), qui entraîne une amélioration légèrement inférieure dans les taux d'HB (≤ 3 g/L) et de ferritine (12 µg/L), mais cause moins d'effets indésirables, ce qui pourrait favoriser l'adhésion.

Mise en application

L'un des obstacles principaux à un remplacement efficace du fer est la non-adhésion (jusqu'à 70% des cas⁷) en raison des effets secondaires gastro-intestinaux proportionnels à la dose. Une posologie moins fréquente améliore la tolérabilité^{1,3,5}, mais la durée de la thérapie pourrait être plus longue qu'avec une dose QD, en raison des augmentations plus faibles de l'HB. Il a été avancé que le gluconate ou le sulfate ferreux favorisait l'adhésion^{8,9}. Une thérapie de consolidation pendant 3 mois est recommandée après la correction de la carence en fer pour reconstituer les réserves¹⁰. Il y a lieu de discuter avec les patients de la formule, de la fréquence et de la durée du remplacement optimal du fer afin d'assurer l'efficacité du traitement et l'adhésion. 🌿

La Dr^e Lee est résidente de cinquième année en hématologie et le Dr^e Poon est professeur clinicien et professeur émérite de médecine en pédiatrie et en oncologie, les 2 à l'Université de Calgary (Alberta). Le Dr^e Allan est directeur des Programmes et du soutien à la pratique au Collège des médecins de famille du Canada.

Intérêts concurrents

Aucun déclaré

Les opinions exprimées dans les commentaires sont celles des auteurs. Leur publication ne signifie pas qu'elles soient sanctionnées par le Collège des médecins de famille du Canada.

Références

1. Stoffel NU, Cercamondi CI, Brittenham G, Zeder C, Geurts-Moespot AJ, Swinkels DW et coll. Iron absorption from oral iron supplements given on consecutive versus alternate days and as single morning doses versus twice-daily split dosing in iron-depleted women: two open-label, randomised controlled trials. *Lancet Haematol* 2017;4(11):e524-33. Publ. en ligne du 9 oct. 2017.
2. Ruivard M, Feillet-Coudray C, Rambeau M, Gerbaud L, Mazur A, Rayssiguier Y et coll. Effect of daily versus twice weekly long-term iron supplementation on iron absorption and status in iron-deficient women: a stable isotope study. *Clin Biochem* 2006;39(7):700-7. Publ. en ligne du 5 avr. 2006.
3. Shobha S, Sharada D. Efficacy of twice weekly iron supplementation in anemic adolescent girls. *Indian Pediatr* 2003;40(12):1186-90.
4. Fernández-Gaxiola AC, De-Regil LM. Intermittent iron supplementation for reducing anaemia and its associated impairments in adolescent and adult menstruating women. *Cochrane Database Syst Rev* 2019;(1):CD009218.
5. Gupta A, Parashar A, Thakur A, Sharma D, Bhardwaj P, Jaswal S. Combating iron deficiency anemia among school going adolescent girls in a hilly state of North India: effectiveness of intermittent versus daily administration of iron folic acid tablets. *Int J Prev Med* 2014;5(11):1475-9.

6. Kianfar H, Kimiagar M, Ghaffarpour M. Effect of daily and intermittent iron supplementation on iron status of high school girls. *Int J Vitam Nutr Res* 2000;70(4):172-7.
7. Tolkien Z, Stecher L, Mander AP, Pereira DI, Powell JJ. Ferrous sulfate supplementation causes significant gastrointestinal side-effects in adults: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2015;10(2):e0117383.
8. Moe S, Grill A, Allan GM. Newer iron supplements for anemia. *Can Fam Physician* 2019;65:556.
9. Cancelo-Hidalgo MJ, Castelo-Branco C, Palacios S, Haya-Palazuelos J, Ciria-Recasens M, Manasanch J et coll. Tolerability of different oral iron supplements: a systematic review. *Curr Med Res Opin* 2013;29(4):291-303. Publ. en ligne du 6 févr. 2013.
10. Goddard AF, James MW, McIntyre AS, Scott BB; British Society of Gastroenterology. Guidelines for the management of iron deficiency anaemia. *Gut* 2011;60(10):1309-16. Publ. en ligne du 11 mai 2011.

Cet article donne droit à des crédits d'autoapprentissage certifiés Mainpro+. Pour obtenir des crédits, rendez-vous à www.cfp.ca et cliquez sur le lien Mainpro+.

Can Fam Physician 2021;67:e142-3. DOI: 10.46747/cfp.6706e142

The English version of this article is available at www.cfp.ca on the table of contents for the **June 2021** issue on **page 436**.

Les articles d'**Outils pour la pratique** dans *Le Médecin de famille canadien* (MFC) sont une adaptation d'articles publiés dans le site web du Collège des médecins de famille de l'Alberta (CMFA) qui résumés les données médicales probantes en insistant sur des questions particulières et des renseignements susceptibles de modifier la pratique. Les résumés du CMFA et la série dans le MFC sont coordonnés par **D^r G. Michael Allan**, et les résumés sont rédigés conjointement par au moins 1 médecin de famille en pratique active et ils font l'objet d'une révision par des pairs. Vous êtes invités à faire part de vos commentaires à toolsforpractice@cfpc.ca. Les articles archivés sont accessibles sur le site web du CMFA: www.acfp.ca.