

12 MOIS 12 ACTIONS POUR UNE MÉDECINE EFFICIENTE ET DURABLE

SUBSTITUTION EN FER : PRIVILEGIER LA VOIE ORALE

La carence en fer, principale cause d'anémie dans le monde, a des origines multiples et les menstruations abondantes en sont la cause la plus fréquente. Elle touche 10 à 20 % des femmes prémenopausées. Même sans anémie, elle entraîne des symptômes notables, altère la qualité de vie et augmente l'absentéisme. Le cas échéant, une substitution en fer est indiquée, par voie orale en première intention, sauf contre-indication ou nécessité de correction rapide. Les symptômes peu spécifiques de la carence en fer peuvent mener à des diagnostics erronés (dépression, burn-out) chez plus d'un quart des patientes, retardant la prise en charge, entraînant des traitements inutiles et de l'absentéisme.¹

Illustration: Agence Les Deux Dandys / Texte: Sylvain De Lucia



Substitution de fer appropriée :

Fer par voie orale :

- En cas de carence en fer symptomatique, avec ou sans anémie
- En l'absence d'anémie, un traitement a un rapport coût-efficacité bénéfique sous un seuil de ferritine de 25-30 mcg/L^{2,3}
- En cas d'anémie légère à modérée, une substitution orale est indiquée en premier lieu



Fer par voie intraveineuse (IV) :

- À réserver aux situations d'intolérance à la forme orale, d'échec de substitution orale, d'apparition de symptômes invalidants (fatigue majeure ; baisse de tolérance à l'effort), d'anémie sévère (<80 g/L), ou de relative urgence à une correction de l'anémie (p. ex. grossesse, chirurgie programmée).



Conséquences d'une utilisation inappropriée du fer

Un traitement IV non justifié expose à un risque d'allergie d'environ 4 % (le plus souvent non sévère), à des extravasations et à des lésions des tissus mous pouvant nécessiter des soins complexes. La voie IV est nettement plus coûteuse (240 francs par injection, contre 21 francs pour 3 mois de substitution orale). Elle mobilise diverses ressources (personnel soignant, locaux dédiés, dispositifs médicaux) et a un impact environnemental accru.⁴



Que faire en pratique ?

- En cas d'anémie ou de symptômes évocateurs d'une anémie ferriprive, doser la ferritine (+ protéine C-réactive si ferritine comprise entre 30 et 100 mcg/L).
- L'indication d'endoscopie lors d'une carence en fer reste débattue et dépend des symptômes, de l'âge et du sexe. Aucun seuil d'hémoglobine ou de ferritine ne fait actuellement l'unanimité.³
- Proposer une substitution orale en cas de carence en fer symptomatique (ferritine <30 mcg/L en l'absence d'inflammation) ou avec anémie confirmée.
- Ne considérer une substitution IV qu'en cas d'intolérance, notamment digestive ou de nécessité absolue (anémie ferriprive pré-opératoire ou pendant la grossesse).⁴
- Ne pas transfuser de concentrés érythrocytaires en cas d'anémie ferriprive si l'hémoglobine est au-dessus de 70 g/L, sauf exception. Fréquence des contrôles de la ferritine et de l'hémoglobine à évaluer au cas par cas.



Quelques chiffres

* 30 MCG/L

seuil de traitement chez les personnes symptomatiques (fatigue, baisse de moral).⁵

* 37 % DES PERFUSIONS DE FER À L'HÔPITAL

sont inappropriées (un tiers des substitutions ne sont pas indiquées, et deux tiers pourraient être administrées par voie orale).

* 35 % DES PERSONNES AVEC CARENCE EN FER SYMPTOMATIQUE

obtiennent d'abord un diagnostic erroné. Parmi elles, près de la moitié (47 %) reçoit un traitement inapproprié, p. ex. un antidépresseur ou une psychothérapie.¹

* 43 % DES PERSONNES REÇOIVENT UNE SUBSTITUTION IV EN FER EN PREMIER LIEU,

sans raison notifiée dans le dossier.⁶

* 30 À 100 MILLIONS DE FRANCS

le coût lié aux retards de diagnostic de carence en fer en Suisse (absentéisme, traitement inutile d'autres affections).¹



RÉFÉRENCES

1. Blank PR, Tomonaga Y, Szucs TD, Schwenkglenks M. Economic burden of symptomatic iron deficiency-a survey among Swiss women. BMC women's health. 2019 Feb;26(9):39.

2. Wang D, Sra M, Glaeser Khan S, Wang DY, Moshashaian Asl R, Ito S, Cuker A, Goshua G. Cost-Effectiveness of Ferritin Screening Thresholds for Iron Deficiency in Reproductive Age Women. American Journal of Hematology. 2025 Apr;6.

3. Read AJ, Krein SL, Saini SD. Balancing Vigilance and Value in Iron Deficiency Screening. JAMA Internal Medicine. 2025 Oct;185(10):39.

4. Ritter F, Staub BM, Osthoff M. Appropriateness of inpatient intravenous iron therapy in a Swiss tertiary care hospital. European Journal of Haematology. 2023 Oct;111(4):60-6.

5. Varcher M, Zisiropoulou S, Braillard O, Favrat B, Junod Perron N. Iron deficiency intravenous substitution in a Swiss academic primary care division: analysis of practices. International journal of general medicine. 2016 Jul;42(21):7.

6. Nowak A, Angelillo-Scherzer A, Betticher D, Dickemann M, Guessous I, Juillerat P, Korte W, Neuner-Jehle S, Pfister O, Surbek D, Battagay E. Swiss Delphi study on iron deficiency. Swiss medical weekly. 2019 Jul;3149(w20097):20.