



Quoi « fer » pour faciliter la prise en charge de l'anémie?

Question clinique : Les plus récentes formulations orales de fer (complexe polysaccharide-fer ou polypeptide de fer hémique) donnent-ils de meilleurs résultats que les sels ferreux dans le traitement de l'anémie ferriprive?

Conclusion : Les plus récentes formulations de fer semblent inférieures aux plus anciens sels ferreux. Les sels ferreux améliorent davantage le taux d'hémoglobine, jusqu'à 10 à 20 g/l, et un patient sur cinq pourrait atteindre la résolution de l'anémie ferriprive après trois mois. Les données probantes indiquant que les formulations plus récentes provoquent moins d'effets indésirables sont contradictoires.

Données probantes

- Essais cliniques randomisés. Différences significatives du point de vue statistique, sauf indication contraire.
 - Adultes parmi la population générale :
 - 80 patients (dont 92 % de femmes âgées en moyenne de 39 ans)¹ : complexe polysaccharide-fer (Niferex^{MC}) versus fumarate de fer(II), les deux délivrant environ 150 mg de fer élémentaire par jour. Au bout de 12 semaines :
 - Le fumarate de fer(II) avait davantage fait augmenter le taux d'hémoglobine (28,4 g/l) que le complexe polysaccharide-fer (6 g/l) et avait amélioré le taux sérique de ferritine, le volume globulaire moyen et le taux de saturation de la transferrine, mais les nausées étaient plus fréquentes (31 % versus 3 %).
 - 80 enfants (âgés en moyenne de 23 mois)² : complexe polysaccharide-fer (NovaFerrum^{MC}) versus sulfate de fer(II), les deux délivrant 3 mg/kg de fer élémentaire par jour.
 - Au bout de 12 semaines, le sulfate de fer(II) avait davantage fait augmenter le taux d'hémoglobine (10 g/l), avait résolu l'anémie ferriprive (29 % versus 6 %, nombre de sujets à traiter=5) et avait causé moins de diarrhées (35 % versus 58 %).
 - Essais de moins grande envergure auprès d'adultes (n=43)³ et d'enfants prématurés (n=32)⁴ : après une période de quatre à six semaines, aucune différence n'a été observée entre le complexe polysaccharide-fer et les sels ferreux quant à l'amélioration du taux d'hémoglobine.

- Sous-groupes :
 - Patients dialysés : au bout de six mois, aucune différence n'a été observée entre les sels ferreux et les plus récentes formulations en ce qui a trait au taux de saturation de la transferrine^{5, 6} ou à la proportion de patients ayant un taux de fer normal⁵.
 - Taux sérique de ferritine plus élevé (environ 160 µg/l) avec le sulfate de fer(II) qu'avec le polypeptide de fer hémique (Proferrin ES^{MC})⁵.
 - Patients ayant subi un pontage gastrique (n=14)⁷ : le sulfate de fer(II) avait amélioré le taux d'hémoglobine après huit semaines, ce qui n'était pas le cas pour le polypeptide de fer hémique (Proferrin ES^{MC}).
 - Donneurs de sang (n=97)⁸ et patientes enceintes (n=90)⁹ : aucune différence entre le polypeptide de fer hémique avec fumarate de fer(II) (Hemofer^{MC}) et les doses plus élevées de fumarate de fer(II) pris seul pour l'atteinte de résultats liés à l'anémie^{8, 9}; le fumarate de fer(II) pris seul causait davantage la constipation (35 % versus 14 %)⁸.

Contexte

- Multiples limites, notamment les suivantes : études ne possédant pas la puissance statistique nécessaire^{2, 4, 6-9}, résultats multiples¹⁻⁹, absence d'analyse en intention de traiter^{1, 2, 5}.
- Coûts mensuels approximatifs pour 100 mg de fer élémentaire par jour¹⁰ : fumarate de fer(II) ou sulfate de fer(II) (de 5 \$ à 10 \$ pour les médicaments génériques), fumarate de fer(II) (33 \$ pour le Palafer^{MC}), complexes polysaccharide-fer (35 \$ pour le Feramax^{MC}).
- Pour réduire les troubles gastro-intestinaux associés au fer : dose plus faible¹¹; utilisation d'un autre sel ferreux (incidence des effets indésirables : D-gluconate de fer(II) 30 %, sulfate de fer(II) 32 %, fumarate de fer (II) 47 %)¹²; posologie aux deux jours¹³.

Auteurs

Samantha Moe, Pharm.D., et G. Michael Allan, M.D., CCMF

Divulgestion

Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêts à divulguer.

Références

1. Liu TC, Lin SF, Chang CS, et al. Int J Hematology. 2004;80:416-20.
2. Piccinni L, Ricciotti M. Panminerva Medica. 1982;24:213-20.
3. Powers JM, Buchanan GR, Adix L, et al. JAMA. 2017;317:2297-304.
4. Naude S, Clijsen S, Naulaers G, et al. J Clin Pharmacol. 2000;40:1447-51.
5. Barraclough KA, Brown F, Hawley CM, et al. Nephrol Dial Transpl. 2012;27:4146-53.
6. Wingard RL, Parker RA, Ismail N, Hakim RM. Am J Kid Dis. 1995;433-9.
7. Mischler RA, Armah SM, Craig BA, et al. Obes Surg. 2018;28:369-77.
8. Frykman E, Bystrom M, Jansson U, et al. J Lab Clin Med. 1994;123:561-4.
9. Eskeland B, Malterud K, Ulvik RJ, et al. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica. 1997;76:822-8.
10. Kolber MR, Lee J, Allan GM, et al. Price Comparison of Commonly Prescribed Pharmaceuticals in Alberta 2018 [En ligne]. Disponible : <https://acfp.ca/wp-content/uploads/2018/03/ACFPricingDoc2018.pdf>
11. Lindblad AJ, Cotton C, Allan GM. Can Fam Physician. 2015;61:159.

12. Cancelo-Hidalgo MJ, Castelo-Branco C, Palacios S, et al. *Curr Med Res Opin.* 2013;29:291-303.
13. Stoffel NU, Cercamondi C, Brittenham G, et al. *Lancet Hematol.* 2017;4:E524-33.