



Carence en vitamine B12 : piqûres mensuelles ou pilules quotidiennes?

QUESTION CLINIQUE

Chez les patients atteints de carence en vitamine B12, la prise de la vitamine par voie orale est-elle aussi efficace que l'administration par voie intramusculaire (IM)?

CONCLUSION

La voie orale est aussi efficace que la voie IM pour la plupart des patients atteints de carence en vitamine B12. Apport quotidien nécessaire par voie orale : la dose de 1 mg est la plus étudiée.

DONNÉES PROBANTES

- Revue systématique¹ de trois essais cliniques randomisés (ECR) portant sur 153 patients des États-Unis², de Turquie³ et d'Inde⁴ qui présentaient une carence en vitamine B12. Causes : diverses raisons^{2,4} ou mauvais apport alimentaire³.
 - Vitamine B12 : habituellement, dose orale quotidienne de 1 ou 2 mg par rapport à une dose IM de 1 mg (fréquences différentes selon l'essai; au bout du compte, fréquence hebdomadaire ou mensuelle).
 - Dans l'ensemble, après 3 à 4 mois :
 - Proportion avec un taux normal de vitamine B12 : aucune différence.
 - Taux moyen d'hémoglobine finale : aucune différence³.

- Sous-ensemble de personnes atteintes de symptômes neurologiques : amélioration semblable pour toutes.
- Limites : Essais ouverts²⁻⁴, analyse statistique inappropriée dans les essais de non-infériorité (possibilité de biais orientant les résultats vers l'absence de différence)²⁻⁵, publication du résumé⁴.
- ECR de non-infériorité : 283 patients en soins primaires atteints de carence en vitamine B12 en Espagne (âge moyen : ~ 75 ans)⁶. Vitamine B12 : 1 mg par voie orale (tous les jours pendant deux mois, puis une fois par semaine pendant dix mois) ou voie IM (intervalles de diminution progressive, mensuellement au bout du compte). À 1 an :
 - Proportion avec normalisation du taux de vitamine B12 : 92 % (voie orale) par rapport à 98 % (voie IM). L'analyse statistique suggère que la formulation orale est peut-être inférieure, mais une posologie orale sous-optimale constitue un facteur contributif possible.
 - Adhésion au traitement, qualité de vie, satisfaction des patients : résultats semblables.
- 50 patients ayant subi un court-circuit gastrique, répartis au hasard pour recevoir de la vitamine B12 en prophylaxie : 1 mg par voie orale quotidiennement ou 1 mg IM tous les deux mois. À six mois, tous les patients maintenaient des taux normaux de vitamine B12⁷.
- Passage de la voie IM à la voie orale (études de cohorte) : La totalité des 79 patients en soins primaires du Canada et du Royaume-Uni qui étaient passés à la dose de 1 mg par voie orale ont maintenu des taux normaux de vitamine B12^{8,9}.

CONTEXTE

- Prévalence de la carence en vitamine B12 au Canada : ~ 5 %; soins de longue durée : ≤ 14 %¹⁰⁻¹².
- La macrocytose avec ou sans anémie et les symptômes neurologiques figurent parmi les manifestations de la carence en vitamine B12^{12,13}.
- Facteurs de risque : régimes alimentaires pauvres en produits d'origine animale, états de malabsorption (chirurgies ou maladies gastro-intestinales), prise de metformine ou d'IPP^{12,13}.
- Les seuils de carence en vitamine B12 varient. Les lignes directrices canadiennes recommandent de traiter en présence d'un taux < 150 pmol/L et envisager le traitement en présence d'un taux < 220 pmol/L¹³.
- La plupart des patients reçoivent la vitamine B12 par voie IM¹⁴. On réaliserait des économies de coûts si l'on passait à la prise de 1 mg par voie orale par jour.
 - Exemple : si tous les Albertains âgés de 65 ans et plus atteints de carence passaient à la dose orale, on pourrait économiser environ deux millions de dollars par année¹⁵.

RÉFÉRENCES

1. Wang H, Li L, Qin LL, Song Y et al. Cochrane Database Syst Rev. 2018;(3):004655.
2. Kuzminski AM, Del Giacco EJ, Allen RH et al. Blood. 1998;92:1191-1198.
3. Bolaman Z, Kadikoylu G, Yukselen V et al. Clin Ther. 2003;25(12):3124-3134.

AUTEURS

Karenn Chan, M.D., CCMF-SPA
Michael R. Kolber, M.D., CCMF, M. Sc.

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

4. Saraswathy AR, Dutta A, Simon EG et al. Gastroenterology. 2012;142(5 suppl 1):S216.
5. Piaggio G, Elbourne DR, Altman DG et al. JAMA. 2006;295(10):1152-1160.
6. Sanz-Cuesta T, Escortell-Mayor E, Cura-Gonzalez I et al. BMJ Open. 2020;10:e033687.
7. Schijns W, Homan J, van der Meer L et al. Am J Clin Nutr. 2018 Jul 1;108(1):6-12.
8. Nyholm E, Turpin P, Swain D et al. Postgrad Med J. 2003;79: 218-220.
9. Kwong JC, Carr D, Dhalla IA et al. BMC Fam Pract. 2005 Feb 21;6(1):8.
10. MacFarlane AJ, Greene-Finestone LS, Shi Y. Am J Clin Nutr. 2011;94(4):1079-1087.
11. Pfisterer KJ, Sharratt MT, Heckman GG et al. Appl Physiol Nutr Metab. 2016;41(2):219-222.
12. Silverstein WK, Cheung MC, Lin Y. CMAJ. 2022 Sep 26;194(37): E1300-E1301.
13. Gouvernement de la Colombie-Britannique. Cobalamin (vitamin B12) and folate deficiency. Lien : <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/bc-guidelines/vitamin-b12>. Consulté le 18 mars 2026.
14. Tank N, Wood C, Ahankari A et al. BMJ Open 2025;15:e093748. doi:10.1136.
15. Houle SK, Kolber MR, Chuck AW. BMJ Open. 2014 May 2;4(5):e004501.

**OUTILS POUR LA PRATIQUE
RENDU POSSIBLE PAR**



EN PARTENARIAT AVEC



Les articles **Outils pour la pratique** sont des articles révisés par les pairs qui résument les données médicales pouvant transformer la pratique de première ligne. Coordonnés par la **Dre Adrienne Lindblad**, ils sont rédigés par le groupe PEER (Patients, Experience, Evidence, Research), avec l'appui du Collège des médecins de famille du Canada, et des Collèges des médecins de famille de l'Alberta, de l'Ontario et de la Saskatchewan. Les commentaires sont les bienvenus à l'adresse toolsforpractice@cfpc.ca. Les articles sont archivés à la page <https://cfpclearn.ca/tools-for-practice-library/?lang=fr>.

Cette communication exprime l'opinion des auteurs et ne reflète pas nécessairement le point de vue ni la politique du Collège des médecins de famille du Canada.

Le présent numéro d'Outils pour la pratique a été rédigé par des êtres humains. L'intelligence artificielle peut avoir aidé à la révision ou au formatage, mais rien de plus.