

Hyperferritinémie

Alexander Kumachev MD MSc, David W. Frost MD

■ Citation : *CMAJ* 2021 October 4;193:E1534. doi : 10.1503/cmaj.210359-f

Voir la version anglaise de l'article ici : www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.210359

1 La ferritine est une protéine de stockage du fer et un réactif de phase aiguë

Les médecins demandent un dosage de la ferritine quand ils soupçonnent une carence ou une surcharge ferrique; ils peuvent aussi demander un dosage en présence de certaines maladies hémato­logiques ou auto-immunes¹⁻⁴. Le taux peut être élevé dans plusieurs maladies chroniques (encadré 1) ou lors de maladies aiguës, ce qui porte parfois à confusion². Un taux qui revient à la normale après résolution de la maladie ne requiert pas d'examen plus approfondi.

2 Le coefficient de saturation de la transferrine permet de détecter la surcharge ferrique

Si le coefficient de saturation de la transferrine se situe à plus de 45 % et que le taux de ferritine est supérieur à 300 µg/L chez les hommes ou à 200 µg/L chez les femmes, un test génétique s'impose pour vérifier la présence d'une hémochromatose⁴. La surcharge ferrique de cause secondaire (p. ex., anémie sidéroblastique, administration de fer exogène) peut aussi s'accompagner d'une hausse du taux de transferrine. La présence d'hyperferritinémie sans augmentation du coefficient de saturation de la transferrine suggère une autre cause^{2,4}.

3 Une hausse du taux de ferritine à plus de 10 000 µg/L devrait évoquer des diagnostics spécifiques

Même si une hausse à plus de 10 000 µg/L peut s'observer avec certains cancers, la maladie rénale chronique ou l'insuffisance hépatique³⁻⁵, un taux élevé pourrait aussi évoquer la maladie de Still de l'adulte et la lymphohistiocytose hémophagocytaire chez des malades en phase aiguë qui présentent des caractéristiques particulières (p. ex., fièvre, hépatosplénomégalie, érythème, symptômes neurologiques, pancytopenie)^{1,5}.

4 L'anamnèse et l'examen devraient guider le choix des épreuves diagnostiques suivantes

Les examens plus approfondis pourraient être les suivants : marqueurs d'inflammation et de maladies auto-immunes, marqueurs sérologiques infectieux et échographie du foie. Il faut également vérifier la consommation d'alcool et les facteurs de risque à l'égard du syndrome métabolique^{2,3}.

Encadré 1 : Causes de l'hyperferritinémie¹⁻⁴

- Consommation d'alcool
- Stéatose hépatique alcoolique et non alcoolique
- Maladie rénale chronique
- Causes hématologiques
 - Thalassémie
 - Anémie hémolytique chronique
 - Anémie falciforme
- Surcharge ferrique parentérale ou transfusions de culots globulaires
- Syndromes myélodysplasiques
- Hémochromatose
- Causes infectieuses
 - Hépatite virale
 - VIH
 - Ostéomyélite
- Causes inflammatoires
 - Troubles des tissus conjonctifs
 - Polyarthrite rhumatoïde
- Syndrome métabolique
- Causes néoplasiques
 - Cancers hématologiques et des organes pleins

5 Les patients dont le taux de ferritine est légèrement élevé mais stable ne requièrent pas d'examen plus approfondi

En l'absence d'augmentation du coefficient de saturation de la transferrine et de causes sous-jacentes, les patients dont le taux de ferritine sérique est inférieur à 1000 µg/L devraient recevoir des conseils sur l'alimentation ou l'arrêt de la consommation d'alcool pour une prise en charge du syndrome métabolique. Si, après un contrôle effectué après 3–6 mois, le taux reste stable, il n'est pas nécessaire de répéter les tests². Si le taux de ferritine demeure au-dessus de 1000 µg/L sans cause claire, il serait indiqué de procéder à des tests plus approfondis en médecine interne ou en hépatologie^{3,4}.

Références

1. Knovich MA, Storey JA, Coffman LG. Ferritin for the clinician. *Blood Rev* 2009;23:95-104.
2. Cullis JO, Fitzsimons EJ, Griffiths WJ, et al. Investigation and management of a raised serum ferritin. *Br J Haematol* 2018;181:331-40.
3. Adams PC, Barton JC. A diagnostic approach to hyperferritinemia with a non-elevated transferrin saturation. *J Hepatol* 2011;55:453-8.
4. Kowdley KV, Brown KE, Ahn J, et al. ACG clinical guideline: hereditary hemochromatosis. *Am J Gastroenterol* 2019;114:1202-18.
5. Senjo H, Higuchi T, Okada S, et al. Hyperferritinemia: causes and significance in a general hospital. *Hematology* 2018;23:817-22.

Intérêts concurrents : Aucun déclaré.

Cet article a été révisé par des pairs.

Affiliations : Département de médecine (Kumachev, Frost) et Division de pharmacologie clinique et de toxicologie (Kumachev), Université de Toronto; Division de médecine interne générale (Frost), Réseau universitaire de santé, Toronto, Ont.

Financement : David Frost bénéficie du soutien de la Chaire de médecine interne générale D^r Herbert Ho Ping Kong, Réseau universitaire de santé, Université de Toronto.

Propriété intellectuelle du contenu : Il s'agit d'un article en libre accès distribué conformément aux modalités de la licence Creative Commons Attribution (CC BY-NC-ND 4.0), qui permet l'utilisation, la diffusion et la reproduction dans tout médium à la condition que la publication originale soit adéquatement citée, que l'utilisation se fasse à des fins non commerciales (c.-à-d., recherche ou éducation) et qu'aucune modification ni adaptation n'y soit apportée. Voir : <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>.

Correspondance : Alexander Kumachev, alex.kumachev@mail.utoronto.ca

Le *JAMC* vous invite à soumettre vos textes pour la rubrique « Cinq choses à savoir ... » en ligne à <http://mc.manuscriptcentral.com/cmaj>.