

DEMİR EKSİKLİĞİ BÜLTENİ

ÖZEL DURUMLARDA DEMİR EKSİKLİĞİ ANEMİSİ

Doç. Dr. Nur Akad Soyer
Ege Üniversitesi Tıp fakültesi Hastanesi İç Hastalıkları Hematoloji Bilim Dalı

Kronik böbrek hastalığı (KBH):

KBH'de hem gerçek hem de fonksiyonel demir eksikliği anemisi (DEA) meydana gelir. Hepsidin yıkımından böbrek sorumludur ve glomerüler filtrasyon hızı azaldıkça hepsidin kan düzeyi artar. Hemodiyalizdeki (HD) kan kayıpları, gastrit ve trombosit fonksiyon bozukluğuna bağlı kan kayıpları, demirin azalmış intestinal emilimi ve KBH hastalarındaki malnutrisyon da gerçek demir eksikliği gelişmesine neden olur. KBH'da demir eksikliği anemisi artmış mortalite ve morbidite ile ilişkili bulunmuştur. Kalp hastalıklarının ilerlemesinin hızlandığı, ölüm riskinin arttığı ve yaşam kalitesinin azaldığı gösterilmiştir. Tanıda gerçek demir eksikliği için prediyaliz ve periton diyalizi hastalarında transferrin saturasyonu \leq %20 ve serum ferritin \leq 100 ng/mL, hemodiyaliz hastalarında transferrin saturasyonu \leq %20 ve serum ferritin \leq 200 ng/mL olması ve fonksiyonel demir eksikliği için transferrin saturasyonu \leq %20 ve artmış ferritin düzeyleri bulunması kullanılır. HD'e giren KBY hastaları için intravenöz (IV) demir preparatları önerilir. Periton diyalizi hastaları için hem IV ve hem de per oral (PO) demir önerilebilir.



İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı' (İBH):

İBH'da en sık görülen komplikasyon anemi gelişimidir. Sıklığı İBH'larda % 24'tür. Crohn hastalığında ülseratif kolitten daha sık görülür. En sık anemi nedeni DEA iken ikinci sıklıkta inflamatuvar nedenler bulunur. İBH'da demir eksikliği anemisi intestinal kanama ve azalmış demir alımı nedeniyle meydana gelir. Transferrin saturasyonu $<$ %16 ve serum ferritin $<$ 30 ng/mL altında olması DEA lehine iken transferrin saturasyonu $<$ %20 ve serum ferritin $>$ 100 ng/mL olması inflamatuvar anemi ve transferrin saturasyonu $<$ %16- 20 ve serum ferritin 30- 100 ng/mL olması DEA ve inflamatuvar anemi lehinedir. Tedavide IV demir replasmanı önerilirken PO demirden kaçınmak gereklidir. Eğer PO demir zorunlu ise hafif anemi, aktif hastalık yok iken ve tolere eden vakada 100 mg/gün dozunu aşmamak kaydıyla önerilir.

Gebelik:

Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde gebelikte ve postpartum dönemde demir eksikliği ve DEA sıklıkla görülmektedir. Hem maternal hem fetal mortalite ve morbidite ile ilişkili bulunmuştur. Fetal hayatta prematür doğum, intrauterin gelişme geriliği, yeni doğanda azalmış Fe deposu ve bozulmuş plasental gelişmeye yol açarken annede enfeksiyon ve transfüzyon riski artar, kardiyovasküler stres, uzamış hastane yatışı, anemi bulguları, azalmış süt üretimi, artmış postpartum depresyon ve demir depolarında azalmaya yol açar. Ferritin $<$ 30 ng/mL ise DEA olarak tanımlanır ve hastanın durumuna göre PO veya IV demir replasmanı önerilir. Ferrik karboksimaltoz randomize çalışmalarda etkili ve güvenli bulunmuştur. Düşük yan etki ile gebelikte 2. ve 3. dönemde endikasyonludur. Ex vivo plasental perfüzyon çalışmasında plasental bariyeri geçmediği gösterilmiştir.

Kaynaklar:

1. Gafter-Gvili A, Schechter A, Rozen-Zvi B. Iron Deficiency Anemia in Chronic Kidney Disease. Acta Haematol 2019;142: 44–50.
2. Lee KH, Ho Y, Tang DC. Iron Therapy in Chronic Kidney Disease: Days of Future Past. Int J Mol Sci 2021; 22(3): 1008.
3. Jimenez KM, Gasche C. Management of Iron Deficiency Anaemia in Inflammatory Bowel Disease. Acta Haematol 2019; 142: 30–36.
4. Kumar A, Brookes MJ. Iron Therapy in Inflammatory Bowel Disease. Nutrients. 2020; 12(11):3478.
5. Breymann C, Honegger C, Hösl I, Surbek D. Diagnosis and treatment of iron-deficiency anaemia in pregnancy and postpartum. Arch Gynecol Obstet 2017; 296: 1229–1234.
6. Georgieff MK. Iron deficiency in pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 2020; 223(4): 516-524.

Source: KDIGO Guideline 2.1.3 (Grade 2C)

For adult CKD patients on ESA therapy who are not receiving iron supplementation, we suggest a trial of IV iron (or in CKD ND patients alternatively a 1-3 month trial of oral iron therapy) if an increase in Hb concentration or a decrease in ESA dose is desired, AND if TSAT \leq 30% and Ferritin \leq 500 ng/mL (Adults & Children $>$ 15 years)

Guideline 2.4 - treatment of Anaemia with iron therapy - upper limit for iron therapy We recommend that serum ferritin should not exceed 800 microgram/L in patients treated with iron, and to achieve this iron management should be reviewed when the ferritin is $>$ 500 microgram/L. (1B)

Mikhail et al. BMC Nephrology (2017) 18:345