

Behandling av järnbristanemi

Gäller för: Region Kronoberg

Faktaägare: Staffan Sandgren, avdelningschef Medicinkliniken Växjö
Håkan Ivarsson, chefläkare primärvården

Innehållsförteckning

1	Inledning	2
1.1	Definition	2
1.2	Prevalens	2
1.3	Etiologi	2
2	Utredning och behandling	3
2.1	Kronisk negativ järnbalans	3
2.2	Patienter med akut blödning	3
2.3	Negativ järnbalans eller sekundär anemi	4
2.4	Specialfall	4
2.5	Peroralt järn	4
2.6	Intravenöst järn	4
3	Kliniska rekommendationer	5

1 Inledning

1.1 Definition

Järnbristanemi indelas i två huvudgrupper: absolut järnbrist med tömda järnförråd ("iron deficiency anemia", IDA) och funktionell järnbrist ("functional iron deficiency", FID) där det finns järndepåer men där erytropoesen har svårt att utnyttja järnet. I huvuddelen av alla fall är det möjligt att påvisa vilken typ av järnbrist som föreligger och järnbristens genes.

1.2 Prevalens

I västvärlden beräknas prevalensen av järnbristanemi bland kvinnor till 7–8 % och bland män till 1–3 %. Järnbrist utan anemi ses hos cirka 25 % av kvinnorna i fertil ålder.

1.3 Etiologi

Blödning är den dominerande orsaken till järnbristanemi. Genesen har oftast med den kvinnliga reproduktionen att göra i form av menstruationer, graviditet och förlossning.

Gastrointestinal blödning är den vanligaste järnbristorsaken hos kvinnor efter menopaus samt hos män. Koloncancer och kolondivertiklar har högre incidens hos äldre, medan ventrikelsår och hiatusbräck har högre incidens hos yngre.

Anemi på grund av hematuri är sällsynt men förekommer. Samma gäller vid blödningar från hemorrojder.

Kronisk inflammatorisk tarmsjukdom kan vålla dels tarmlödning, dels sekundär anemi och funktionell järnbrist.

Mb Osler är en hereditär sjukdom med telangiektasier i nässeptum, munslemhinnan, tarmen och ibland även i luftvägarna. Blödningar förekommer särskilt från näslemhinnan (> 90 % av fallen), men också från GI-kanalen och blodförlusterna kan kräva stora doser järn.

Malabsorption (till exempel celiaki) ger ofta en kombinerad brist av såväl järn som B12 och/eller folat. Anemin är då oftast normo- eller makrocytär. Dietär järnbrist

är ovanlig i Sverige och bör inte accepteras som etiologi annat än i undantagsfall, exempelvis vid strikt vegankost.

På senare år har ett samband mellan kronisk autoimmun gastrit och järnbrist uppmärksamats. Nya rekommendationer anger därför att diagnostiken vid järnbristanemi utan påvisad blödning kan innefatta *Helicobacter Pylori*-diagnostik samt serologisk diagnostik för kronisk autoimmun gastrit.

2 Utredning och behandling

All järnbehandling riskerar att maskera bakomliggande sjukdom. Utredning av genes får inte utgå när järnsubstitution påbörjas. Patienter med järnbrist där orsaken rimligen inte kan tillskrivas den kvinnliga reproduktionen skall alltså i de flesta fall utredas.

2.1 Kronisk negativ järnbalans

Absolut järnbrist hos den premenopausala kvinnan definieras i typfallet gruppen med **kronisk negativ järnbalans** och utgör huvuddelen av alla järnbristfall. Om denna grupp administreras tidsbegränsad järnbehandling (lågdos eller högdos, peroral eller intravenös) så kommer den med tiden att återfalla i järnbristanemi när järnsubstitutionen avslutas, såvida inte genesen till järnförlusten är avklarad (tillräckliga blodstillande åtgärder vid menstruation, eller att menopausen infaller). Målet för den här gruppen av järnbristpatienter är att nå en situation där järnbalansen inte längre är negativ utan stabil över tiden. Genom åtgärder som kan tillämpas i patientens dagliga rutiner utan besvär kan såväl järnförluster som järnupptag påverkas så att detta mål nås. Därför rekommenderas kontinuerlig daglig lågdos järnbehandling till denna grupp (motsv 20-40 mg järn p.o. dagligen). En daglig dos om 20-40 mg järn per os har i studier inte gett mer gastrointestinala biverkningar än placebo och har visats sig med tiden kunna restituera hemoglobinnivåer och järndepåer hos såväl unga kvinnor som äldre patienter oavsett kön.

2.2 Patienter med akut blödning

Patienter med akut blödning (med eller utan påvisat tömda järndepåer) omhändertas inte sällan via akutmottagning på sjukhus. Fokus blir åtgärd mot blödningen. Blodtransfusion övervägs. Till skillnad från vid kroniskt negativ järnbalans så är ett eventuellt behov av järnsubstitution tidsbegränsat hos dessa patienter – de behöver järn motsvarande den mängd de förlorade vid blödningen. Därmed kan en högre dos järn (100mgx1-2) vara acceptabel - eventuella

gastrointestinala besvär blir övergående. Lågdos järn räcker som substitution om blödningskällan är åtgärdad, men järn behöver då ges under längre tid.

2.3 Negativ järnbalans eller sekundär anemi

Patienter med en profil som vid subakut negativ järnbalans eller sekundär anemi, kan initialt var svårare att placera. Här ger anamnes, status och prover vägledning. Sekundär anemi med komponent av funktionell järnbrist kan vara svårt att säkert diagnosticera labbmässigt även med dagens metoder. Utredning är obligatoriskt – i de här grupperna återfinns inte sällan tumörsjukdomarna men också andra sjukdomar med potentiellt hög morbiditet och mortalitet. Järnbehandling ges efter behov och intravenös järntillförsel kan behöva användas, särskilt vid funktionellt inslag.

2.4 Specialfall

Ett antal mer eller mindre tydligt definierade specialfall har oftast redan kontakt med sjukhusets öppenvårdsenheter och får intravenöst järn, eller peroralt järn, enligt respektive enhets riktlinjer. Här ser vi njursviktpatienter, IBD-patienter, patienter med Mb Osler, patienter med svår hjärtsvikt, patienter som genomgått gastric bypass, mfl.

2.5 Peroralt järn

Lågdos: 20-40mg/dag som långtidsbehandling

Normal/högdos: 100-200mg/dag tills Hb har återhämtat sig och ytterligare 4 veckor.

2.6 Intravenöst järn

Fördelar: Är helt överlägset när det gäller snabb återhämtning av Hb och restitution av järndepåer.

Nackdelar: dyrt, kräver att patienten tar sig till särskild sjukhusinrättning, kräver personal för administration, kräver intravenös infart, kräver övervakning efter infusion, kräver att minst två sjukvårdsenheter samverkar kring patienten och dess uppföljning. Intravenöst järn kan ge svåra adversa reaktioner vilket dock är mycket ovanligt. Behandlings sättet riskerar också att effektivt maskera bakomliggande sjukdom. Intravenösv behandling vid kronisk negativ järnbalans löser inte grundproblemet utan riskerar att skapa en cykliskt återkommande anemisering.

Doser

(500-)1000mg Ferinject iv i engångsdos är förstahandsval vid absolut järnbrist. Högre dos är att föredra för att minimera antalet administrationstillfällen. Vid lågt Hb och helt suppresserat ferritin kan 2 doser om totalt upp till 2000mg bli aktuellt för att täcka kroppens järndeficit. Den maximala rekommenderade kumulativa dosen av Ferinject är 1 000 mg per vecka. Ovan nämnda specialfall följer egna riktlinjer, exv bör inte hemodialyspatienter administreras mer än 200mg järn/dygn.

Indikationer för iv järn

Absoluta indikationer för intravenöst järn vid järnbristanemi saknas. Förutsättning för behandling är en påvisad järnbristanemi.

Stark indikation för iv behandling av järnbristanemi föreligger vid samtidig MbOslar, vid svår IBD-sjukdom där peroralt järn visat sig otillräckligt, vid hemodialysbehandling och vid renal anemi som EPO-behandlas där järn betraktas som ett adjuvans till EPO. Indikation för intravenöst järn finns även vid särskilda situationer vid svår hjärtsvikt, men ges då även vid ferritinnivåer som inte normalt signalerar järnbrist.

I övriga fall får indikationen för iv järn betraktas som relativ

3 Kliniska rekommendationer

Faktorer som talar för att överväga behandling med iv järn:

- Uttalat lågt Hb (innebär ett större totalt järndeficit)
- Snabbt sjunkande Hb
- Kliniskt pågående blödning av signifikans
- Känd malabsorptionssjukdom
- Gastric-bypass, tarmresektioner, stomi med höga flöden eller liknande kirurgisk åtgärd som leder till malabsorptionsproblematik.
- Kontraindikationer mot peroralt järn - esofagusstriktur eller obstruerande förändringar i digestionskanalen. Andra strukturella tarmrelaterade tillstånd där förstoppning absolut måste undvikas.
- Kardiopulmonellt påverkad patient (överväg akut tillstånd och akut omhändertagande)

- Uttalad intolerans mot peroralt järn där man är övertygad om att patienten även provat lägre doser under tillräckligt lång tid.
- Järnbrist hos patienter i terminal njursvikt.

Observera att flera av de ovan beskrivna fynden bör föranleda ett akut omhändertagande med ev blodtransfusioner och aktivt omhändertagande av blödningskällan.

Faktorer som talar för behandling låg-måttlig dos peroralt järn:

- Tendens till mångårig järnbristanemi, respektive stabilt lätt sänkt Hb i nivå 90-110 med känt tydligt suppresserat Ferritin (i båda situationerna en negativ järnbalans som inte helt kunnat kompenseras med bland annat ökat järnupptag från tarmen).
- Opåverkad patient
- Uttalat lågt MCV (talar för långvarig (över 3-4 månader) absolut järnbrist och talar därmed emot akut anemisering. Överväg dock möjligheten till thalassemi vid utomnordisk härkomst om normalt MCV aldrig är dokumenterat)

Vid upptäckt av felaktig information eller länk, vänligen meddela faktaägare