



ÖGGH

Österreichische
Gesellschaft für
Gastroenterologie
und Hepatologie

Anämie und CED

Erstellt durch

Dr. Rayko Evstatiev, Dr. Stefanie Dabsch,

Ao. Univ. Prof. Dr. Christoph Gasche

Arbeitsgruppenleiter: Ao. Univ. Prof. Dr. Gottfried Novacek

Mai 2014

Ursachen der Anämie bei CED

Häufig	Eisenmangel
	Entzündungsanämie
Gelegentlich	Cobalaminmangel
	Folsäuremangel
	Medikamentös (Sulphasalazin, 5-ASA, 6-MP, Azathioprin)
Selten	Hämolyse
	Myelodysplastisches Syndrom
	Aplastische Anämie
	Glucose-6-Phosphat Dehydrogenase Mangel

Häufigkeit der Anämie und Eisenmangel bei CED

- Anämie
 - Prävalenz zwischen 6 und 74%, in der Mehrheit der Studien >30%
 - Häufiger bei Patienten mit aktiver Erkrankung vs Patienten in Remission
 - Häufiger bei hospitalisierten Patienten im Vergleich zu ambulanten
- Eisenmangel
 - Prävalenz zwischen 36 und 90%, mittlere Prävalenz von 45%
 - Niedrigere Eisenaufnahme durch geringeren diätetischen Eisengehalt
 - Niedrigere orale Eisenresorption (durch hohes Serum Hepsidin)
- Anämie der chronischen Erkrankung
 - Sehr wenige Studien verfügbar, Prävalenz zwischen 11 und 42%, wahrscheinlich die zweithäufigste Form der Anämie bei CED

Diagnostik Eisenmangel

Definition Anämie:

- Nicht schwangere Frauen: Hb < 12 g/dl
- Schwangere Frauen: Hb < 11 g/dl
- Männer: Hb < 13 g/dl

	Ferritin ($\mu\text{g/L}$)	Transferrin Sättigung (%)
Eisenmangel bei Erwachsenen	<30	<16
Eisenmangel bei PatientInnen mit chronischer Erkrankung (wie aktiver CED)	<100	<16
Eisenüberladung	>800	>50

Weitere diagnostische Parameter:

- MCV und MCH
- löslicher Transferrin-Rezeptor (sTfR)/log Ferritin-Quotient (> 2)

Anämie: Vorsorge - Nachsorge

- Vorsorge: Blutanalyse mit komplettem Bultbild (Hämoglobin, MCV, MCH), Ferritin, Transferrin-Sättigung und CRP
 - alle 3 Monate (bei aktiver Erkrankung)
 - alle 12 Monate (bei Remission)
 - Nachsorge: Nach erfolgreicher Anämiebehandlung sollten Blutbild, CRP und Ferritin alle 2 Monate getestet werden
 - Eiseninfusionen (500mg) bei Ferritin < 100ng/ml können Wiederauftreten von Anämie verhindern
-
- Gasche C. et al *Z. Gastroenterol* 2011
 - Kulnigg et al. *Am J Gastroenterol* 2010
 - Evstatiev R. et al *UEGW* 2011

Behandlung von Anämie/Eisenmangel

- IV Eisensubstitution ist gegenüber PO zu bevorzugen
 - Schnelleres Ansprechen
 - Weniger GI Nebenwirkungen
- IV Eisensubstitution unbedingt bei:
 - Unverträglichkeit/Nichtansprechen auf PO Eisensubstitution
 - Hämoglobin < 10 g/dl
 - aktiver CED
 - Kombinationsbehandlung mit EPO
- Dosisberechnung für IV Eisen
 - FERGIcor Schema: Evstatiev et al *Gastroenterology* 2011

Hb (g/dL)	KG <70 kg	KG ≥70 kg
>10	1000 mg	1500 mg
7-10	1500 mg	2000 mg

Intravenöse Eisenpräparate

	Fe ⁺⁺⁺ / Amp	Max. Einzeldosis	Test- dosis	Infusionsdauer	Vertrieb
Eisen-Gluconat**					
Ferrlecit [®]	62,5mg	62,5-125mg/100 NaCl	-	mind. 20min	Sanofi
Eisen-Dextran					
CosmoFer [®]	100mg	1000mg/500ml NaCl	+	4 – 6 Stunden	Pharmacosmos
Eisen-Saccharose					
Venofer [®]	100mg	200mg/100ml NaCl	+	mind. 30min	Vifor
Fermed [®]	100mg	200mg/200ml NaCl	+	mind. 30min	Medice
Eisen-Carboxymaltose					
Ferinject [®]	500mg	500mg/100NaCl 1000mg/250ml NaCl	-	mind. 6 min mind. 15 min	Vifor
Eisen-Isomaltosid					
Monofer [®]	500mg	500mg/250 NaCl 1000mg/500ml NaCl	-	mind. 30 min mind. 60 min	Pharmacosmos

** nur für Dialysepatienten, in Österreich nicht zugelassen