

Kommentar om anemiriktlinjer SNF 140925

Riktlinje/länk

1. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Anemia Work Group. KDIGO Clinical Practice Guideline for Anemia in Chronic Kidney Disease. *Kidney Int., Suppl.* 2012; 2: 279–335. <http://kdigo.org/home/guidelines/anemia-in-ckd/>
2. ERA-EDTA: Kidney Disease: Improving Global Outcomes guidelines on anaemia management in chronic kidney disease: a European Renal Best Practice position statement. *Nephrol Dial Transplant.* 2013 Jun;28(6):1346-59. <http://www.european-renal-best-practice.org/>

Innehåll

1. Diagnostik och bedömning av anemi vid kronisk njursjukdom (CKD)
 - a. Rekommenderas regelbunden Hb-kontroll vid CKD
 - b. Anemidefinitioner: KDIGO använder WHO-definition (män <130 g/l, kvinnor <120 g/l), ERBP föreslår <135 g/l hos män under 70 år (132 g/l hos män >70 år) och <120 g/l hos kvinnor i alla åldrar. Åldersspecifika definitioner hos barn <15 år.
 - c. Initial diagnostik vid anemi: Hb, MCV, MCH, MCHC, LPK, (inkl. differentialräkning), TPK
2. Järnbehandling
 - a. Vid anemi föreslås att starta järnbehandling (intravenöst eller oralt hos icke-dialyspatienter) innan erythropoesstimulerande läkemedel (ESL) påbörjas. Övre ferritingränser diskuteras 500 µg/l (KDIGO) alt. 300 µg/l (ERBP)
3. Behandling med erythropoesstimulerande läkemedel (ESL)
 - a. Föreslagna mål-Hb (KDIGO föreslår 100-115 g/l, ERBP 100-120 g/l)
 - b. Stor försiktighet / ev. undvika ESL vid tidigare stroke eller malignitet
 - c. Vid hyporespons föreslås att man inte ökar dosen mer än till dubbla start- eller underhållsdosen
 - d. Adjuvant behandling (vitaminer, karnitin, androgener, m. fl.) förutom järn rekommenderas inte.
4. Blodtransfusioner
 - a. En restriktiv transfusionspolicy rekommenderas. Indikation vid tydliga anemisymtom och akuta blödningstillstånd.

Viktigaste riktlinjer med stark evidens

1. Mål-Hb ska inte vara över 130 g/l
2. Rekommenderas en strikt transfusionspolicy för att minimera blodtransfusioner vid kronisk njursjukdom

Vilka riktlinjer har svag evidens

1. Saknas studier för att utvärdera hur diagnostik och bedömning av anemi vid kronisk njursjukdom sker på bästa sätt
2. Svaga evidens för gränser för järnvärden (ferritin och transferrinmättnad) både vid insättning och målvärden
3. Svaga evidens för när intravenös järnbehandling ska ges
4. Exakt Mål-Hb (KDIGO föreslår 100-115 g/l, ERBP 100-120 g/l)

Vilka delar är direkt överförbara till svensk praxis?

1. Rekommendera försök med järnbehandling (intravenös eller oral) innan ESL ges till anemiska CKD-patienter (utan järnöverskott)
2. Mål-Hb 100-120 g/l (ERBP:s förslag) och undvik att behandla till >130 g/l.
3. Bibehåll strikt transfusionspolicy

Vilka delar är inte överförbara?

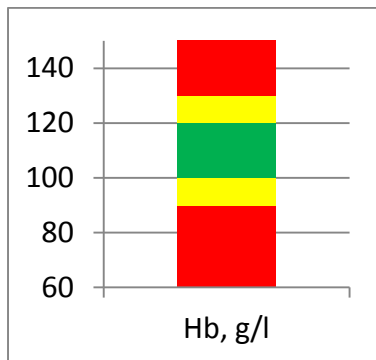
-

Sammanfattande bedömning/ vad skiljer från tidigare riktlinjer/praxis

KDIGO's riktlinjer ger tillsammans med ERBP's kommentarer en god grund för hur anemibehandling vid kronisk njursjukdom ska ges. Jämfört med tidigare riktlinjer betonas vikten av bra järnbehandling.

Eventuella kompletterande förslag

1. Lätt till måttlig anemi (Hb >100 g/l) utvecklas ofta i CKD-stadium 3, men ju bättre njurfunktion desto mer bör andra bidragande orsaker sökas.
2. Hos patienter med normokrom normocytär anemi behöver folat och B12 inte tas rutinmässigt.
3. Alla rutinprover för att bedöma järnstatus har lågt prediktivt värde för att avgöra om patienten kommer att svara på järnbehandling med bättre Hb-värden. Patienter med högt ferritin som svarar dåligt på ESL har ofta funktionell järnbrist. Nyare järnindices som t ex retikulocyt-Hb kan vara av värde om metoden tillgänglig.
4. Se figur. Mål-Hb- intervall 100-120 g/l är grönt område, 90-100 g/l och 120-130 g/l gula där åtgärder bör vidtas för att korrigera anemibehandlingen. Inom röda områden kan mer akuta åtgärder behövas, t ex blödningsutredning vid låga värden och temporärt avbrytande av ESL-behandling vid höga värden.



Författare

Peter Bárány, Gert Jensen

Granskat av Guidelinesutskott och SNF styrelse