

# Jernmangelanæmi- set fra en gastroenterologs vinkel

DSAK nov-16

**Nanna Martin Jensen**

**Phd, overlæge, BBH**

**DSGH guideline om ”Anæmi med jernmangel”**

## Afgrænsning for DSGH guideline:

- Voksne
- Uforklaret anæmi
- Ikke patienter med synlig GI blødning !
- Ikke patienter med nedsat nyrefunktion
- Ikke anæmi og jernmangel i graviditeten.

## GI-blødning definition:

### Overt GI-blødning:

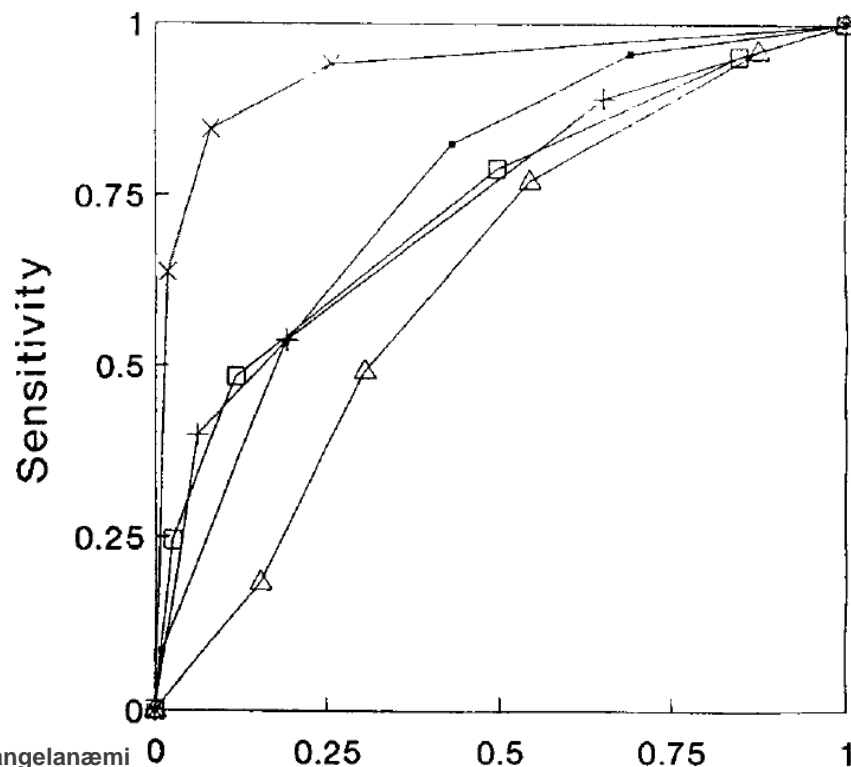
- Hæmatemese
- Melæna

### Okkult GI-blødning

- Iron **D**eficiency **A**naemia (IDA)
- **C**ombined **I**nflammatory and **I**DA (CIIDA)

## Jernmangel-anæmi: Ferritin: Høj diagnostisk sikkerhed

- 2579 individer (55 studier)
- Blandet population (m/u inflammation)
- Guldstandard: jernfarvning af knoglemarv



**AUC:**

Ferritin: 0,95 ×

MCV: 0,76 +

TrfMætn 0,74 □

## Ferritin cut-off:

### Uden inflammation\*:

- Cut-off 30 µg/l
  - Sensivitet 90%
  - Specificitet 85%

### Blandet anæmi population\*\*:

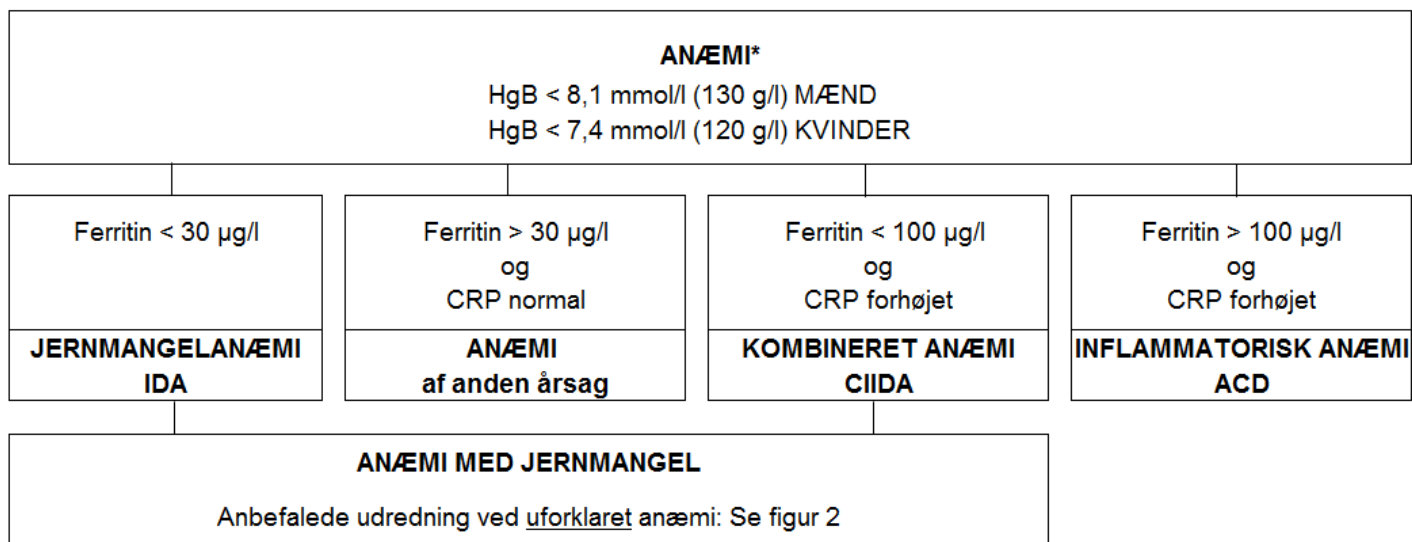
- Cut-off > 100 µg/l
  - Neg. præd: 96,5%

\*Hagve TA et al. Iron deficiency anaemia--interpretation of biochemical and haematological findings. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2013; 133: 161-4.

\*\*Guyatt GH, Oxman AD, Ali M, et al. Laboratory diagnosis of iron-deficiency anemia: an overview. *J Gen Intern Med* 1992; 7: 145-53.

# Quickguide 1

## Diagnostik af anæmi med jernmangel



# Anæmi med jernmangel

## Hvorfor udrede årsagen

Diagnosticere alvorlig sygdom i tide...

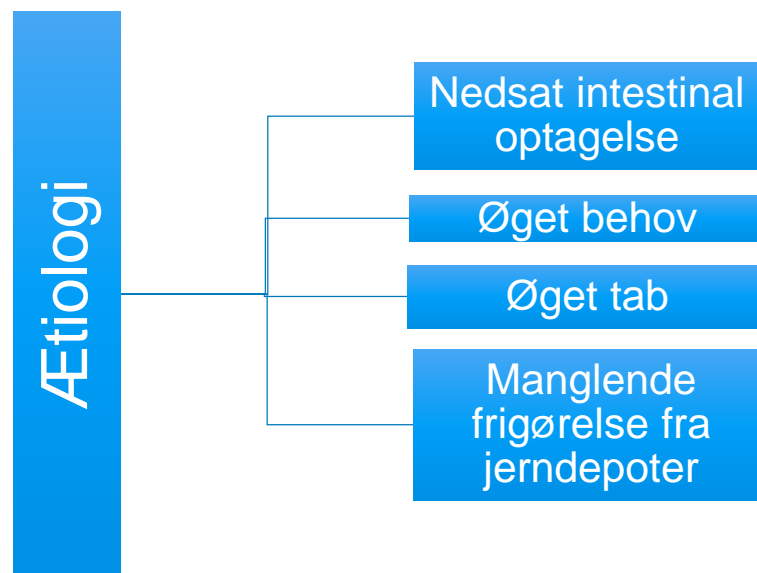
Give rationel terapi...

Få en forklaring...

Unødvendige undersøgelser bør undgås

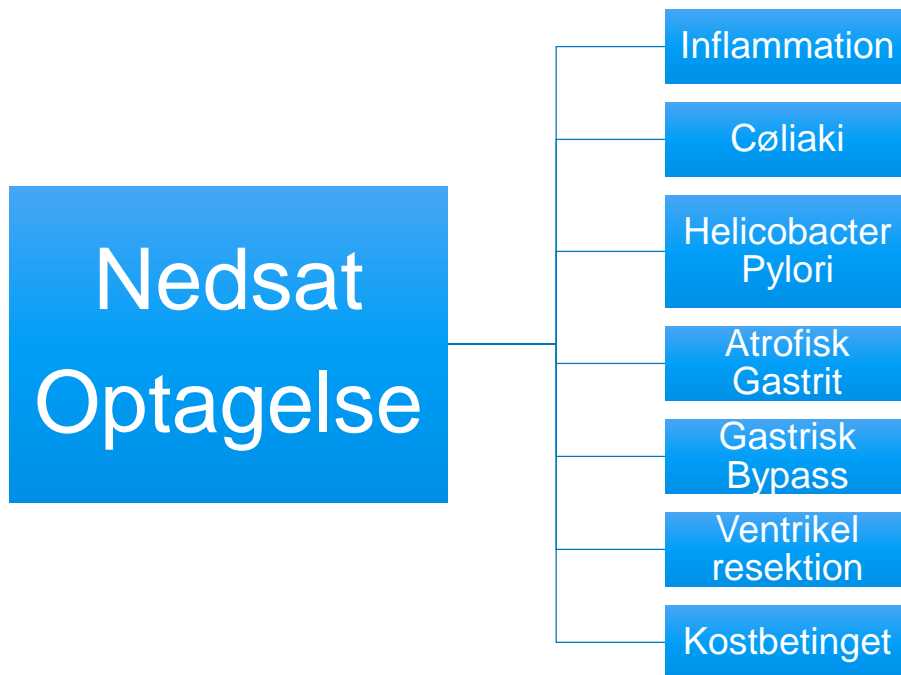
- Ubehag / risiko for patienten
- Ressourceforbrug / belastning af ventelister

# Årsager





# Årsager



## Nedsat intestinal optagelse

For at diagnosticere intestinal malabsorption kræves der:

1. At der tages biopsier fra duodenum både distalt og i bulbus

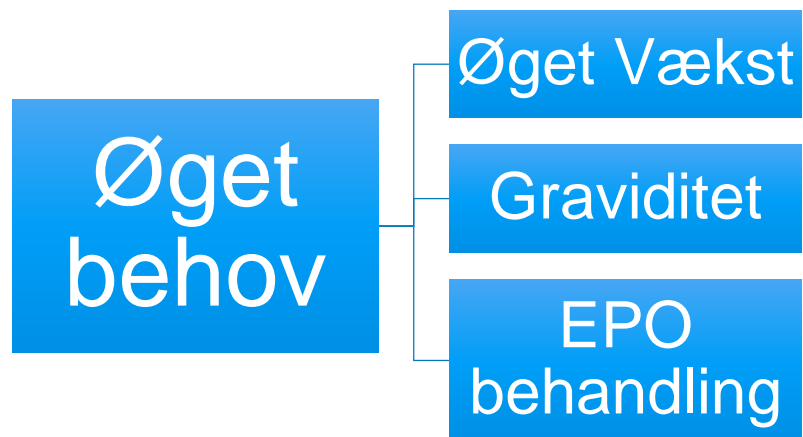
- Cøliaki

2. At der tages biopsier i ventriklen

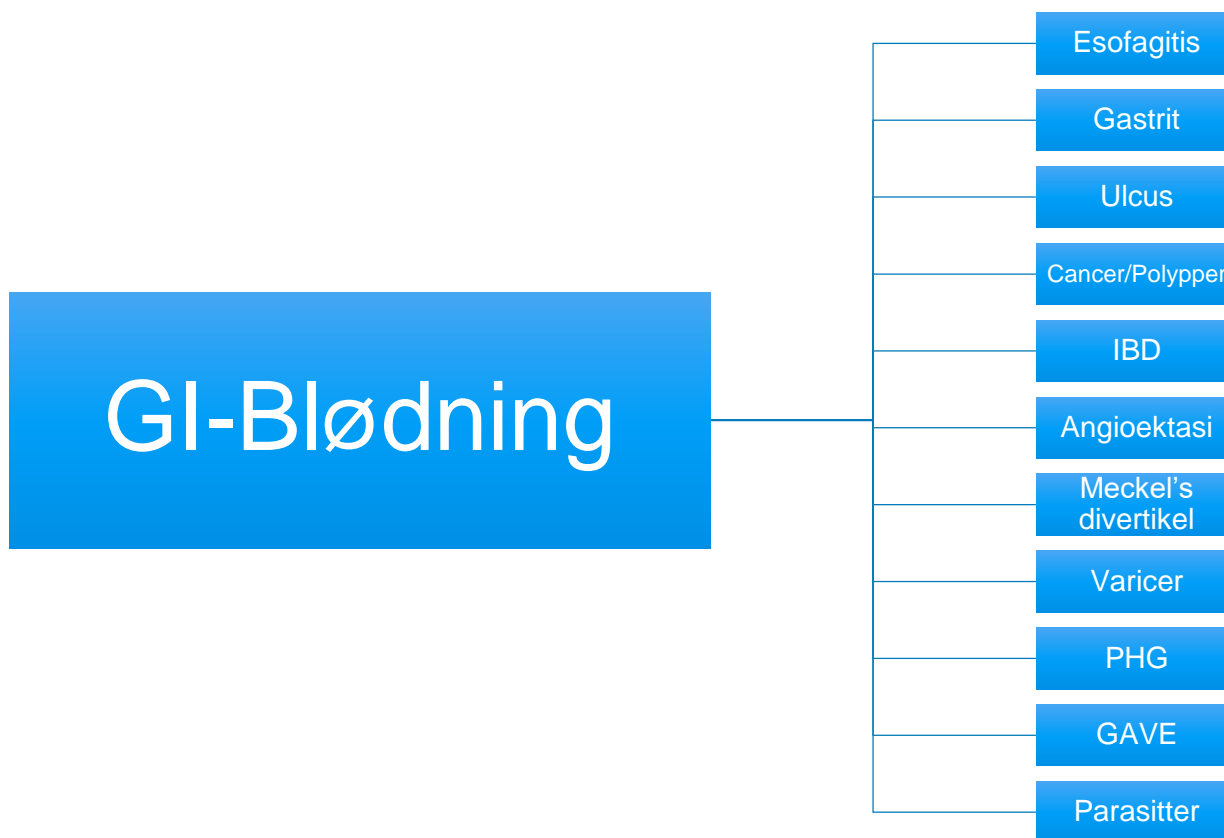
- Helicobacter
- Atrofisk gastrit

Det endoskopiske billede er vejledende og ikke patognomonisk

# Årsager



# Årsager



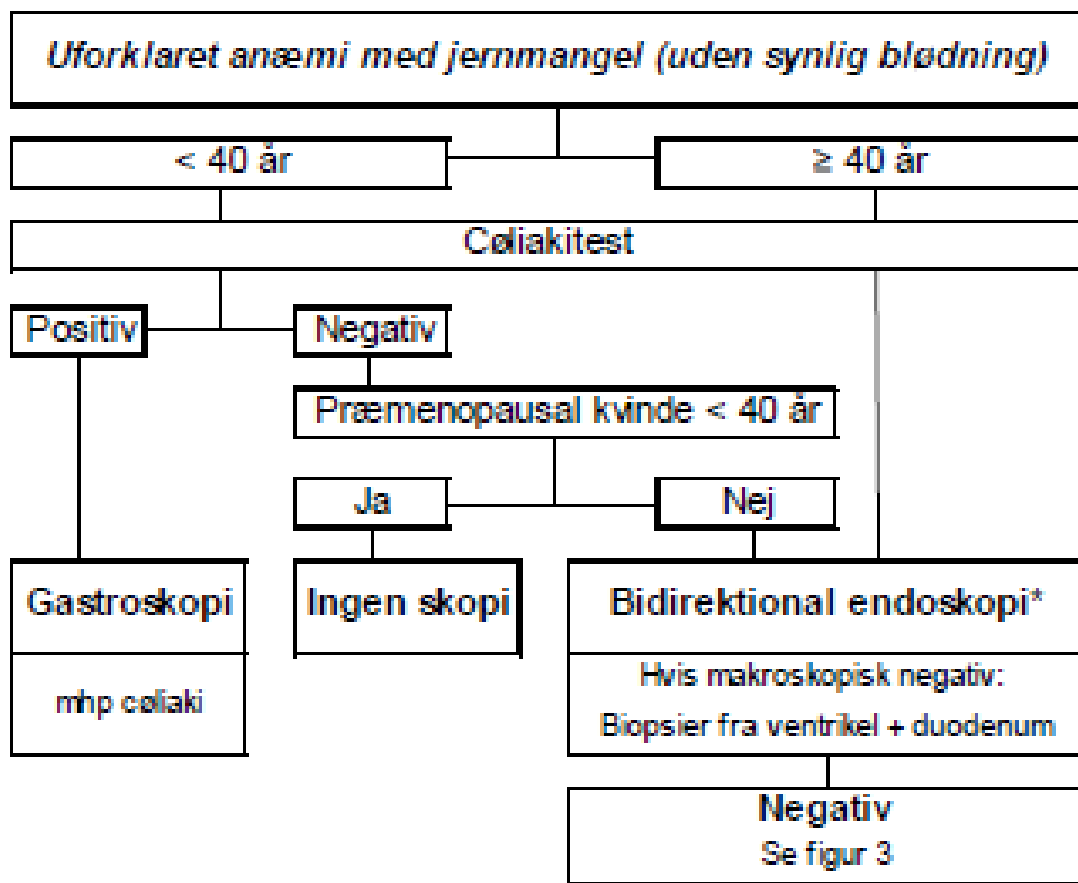
# Årsager

Manglende  
frigørelse fra  
jerndepoter

Inflammation

## Quickguide 2

### Udredning af anæmi med jernmangel



## Kliniske rekommandationer

### Cøliakitest hos alle

- Transglutaminase og IgA

### Bidirektionel endoskopi

- Undtagen præmenopauseale kvinder under 40 år
- Og undtagen personer under 40 år med nydiagnosticeret cøliaki
- Men hvis:
  - Transfusionskrævende anæmi
  - Arvelig disp til colorectal cancer i ung alder
  - Utilsigtet væggtabbør man foretage bidirektionel endoskopi alligevel

### Ileo-koloskopi

- Med fokus på blødningskilder, herunder tumor/polyp, ulcerationer, angiodysplasi og IBD

### Gastroskopi

- Med identifikation af blødningskilder: Hvis sådanne ikke findes, biopteres som hovedregel for cøliaki, atrofisk gastritis og *H. pylori* infektion.

### Lille fordel at indlede med ileo-koloskopi efterfulgt af gastroskopi

- Fordi man kan undgå bioptering for malabsorption, hvis der er fundet overbevisende blødningskilde
- Fordi koloncancer er hyppigere end øvre GI cancer

### Bidirektionel endoskopi udføres uafhængigt af

- NSAID/AK-behandling
- Resultatet af evt. fæces for occult blod

## Pakkeforløb for kræft i tyk og endetarm

### 4.2 Begrundet mistanke – kriterier for henvisning til pakkeforløb

I dette pakkeforløb indgår begreberne 'mistanke' og 'filterfunktion' ikke.

Der er begrundet mistanke om kræft i tyk- og endetarm hos alle patienter over 40 år med et eller flere af følgende symptomer

- Blødning fra tarmen
- Ændring af et ellers stabilt afføringsmønster i over fire uger
- Uforklaret blødningsanæmi
- Betydelige almensymptomer (fx vægttab, mavesmerter)

I denne gruppe vil omkring 5 pct. have kræft, og yderligere mindst 10 pct. vil have forstadier til kræft i form af polypper, hvoraf nogle med tiden vil udvikles til kræft.



## Negativ bi-direktional endoskopi

Hvad så ?

14-60% af udredningsforløbene

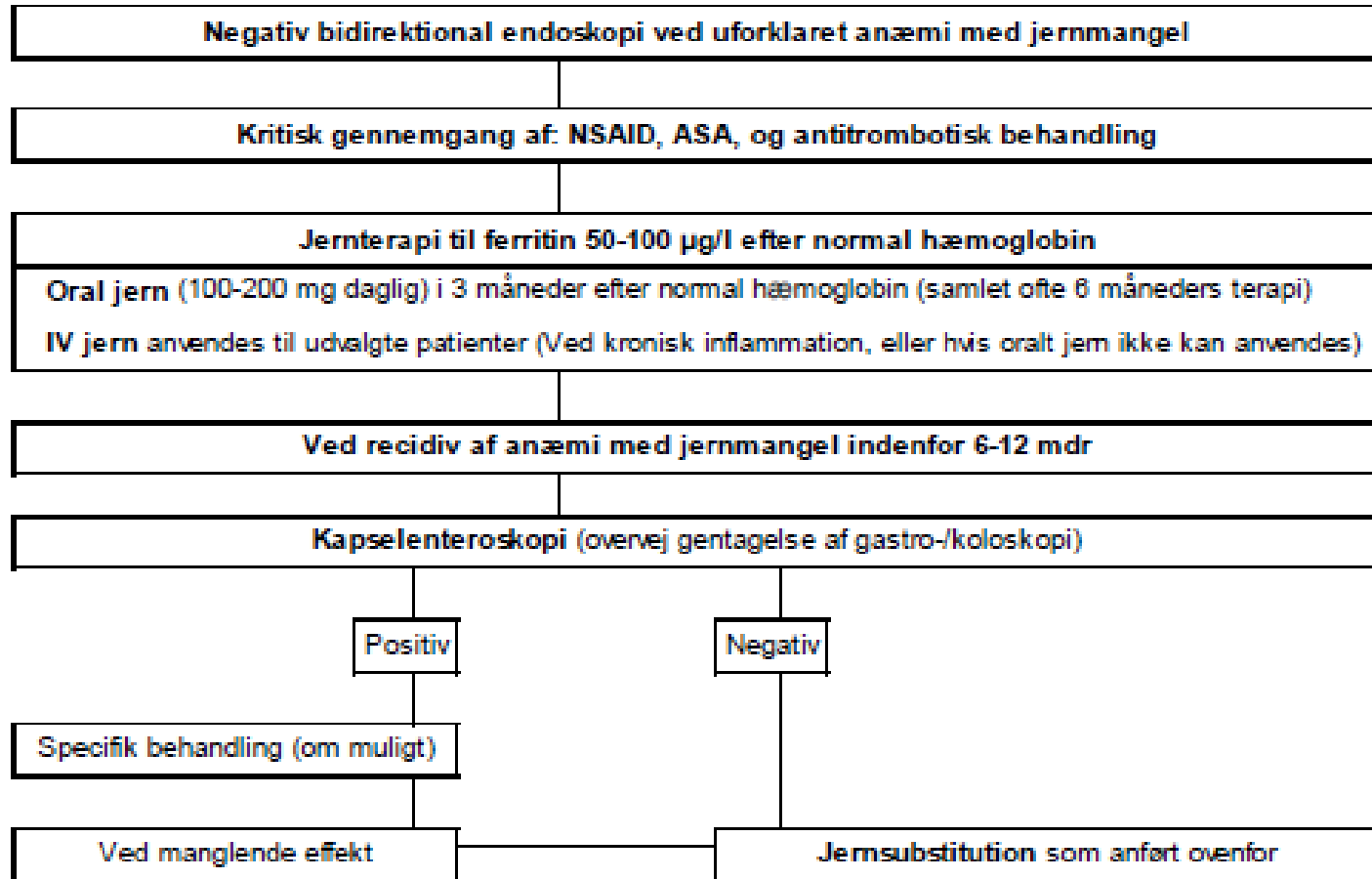
Er kvaliteten af endoskopierne god nok ?

Kapselendoskopi er 2. linje undersøgelse

Yield er højt. Patient outcome er formentlig lavt.

# Quickguide 3

## Strategi ved fortsat anæmi med jernmangel efter indledende udredning



## Negativ bi-direktional endoskopi: Kliniske rekommandationer

Patientens medicin bør gennemgås kritisk, især med henblik på

- NSAID, ASA, anti-trombotisk behandling samt interaktioner.
- Antitrombotisk behandling skal evt. afstemmes i samråd med kardiolog.

Jernterapi til ferritin 50-100 µg/l 3 mdr efter normal hæmoglobin

- Samlet ofte 6 måneders behandling

Kapselendoskopi udføres ikke rutinemæssigt efter negativ bidirektional endoskopi

- Overvej gentagelse af gastro/koloskopi

Kapselendoskopi er dog førstevalg som 2. linje undersøgelse

- Angiodysplasi er det hyppigste fund.

”Outcome” af kapselendoskopi er relativt lavt og de fleste patienter synes bedst tjent med jernsubstitution og kritisk gennemgang af NSAID, ASA og antitrombotisk behandling - uafhængig af kapsel-endoskopi fundet.

Tyndtarmsudredning (kapselendoskopi, CT- eller MR enterografi), bør foretages ved samtidige andre indici på malign eller inflammatorisk tyndtarmslidelse (f.eks. ufrivilligt væggtab, mavesmerter eller påvirkede akut-fasereaktanter)

## Jernmangelanæmi: Behandling

100-200 mg elementært jern oralt x 2 (reduktion ved bivirkninger)

Reticulocytaltal kan kontrolleres efter ca. 1 uge og skal vise stigning

Der fortsættes med jernbehandling indtil 3 måneder efter normaliseret Hgb niveau

Intravenøs jernbehandling anvendes

- ved manglende effekt af peroral behandling,
- ved bivirkninger til peroral behandling,
- ved intestinal malabsorption eller ved længerevarende inflammation.