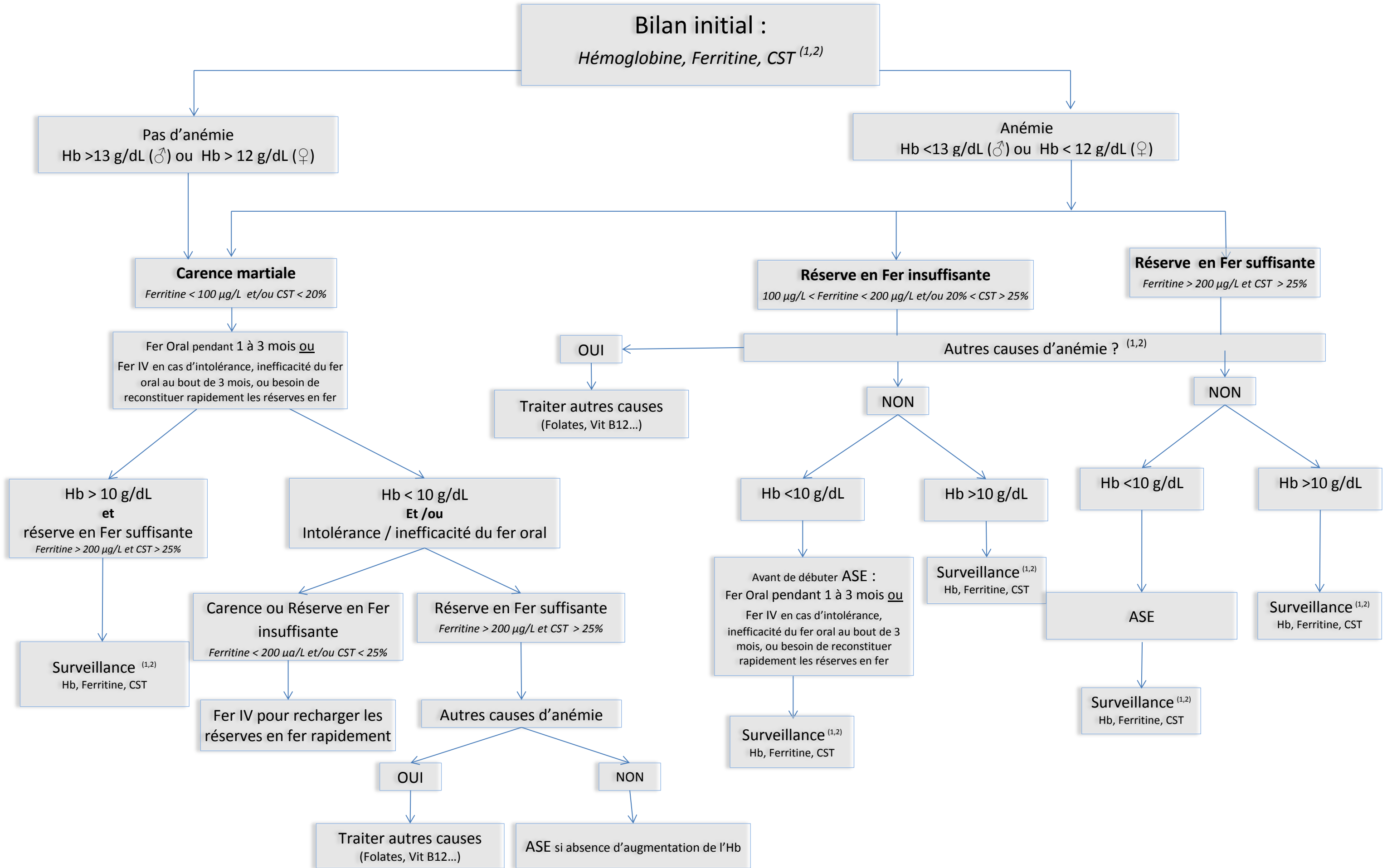


Algorithme de prise en charge de l'anémie et la carence martiale des patients IRC ND

Pr Choukroun (Amiens) ; Pr Moulin (Strasbourg) ; Pr Zaoui (Grenoble) ; Dr Chazot (Sainte Foy-Lès-Lyon)



Références :
 1) KDIGO : KDIGO Clinical Practice Guideline for Anaemia in Chronic Kidney Disease. *Kidney Int Suppl.* 2013;2:279-335
 2) ERBP : Locatelli F, et al. Kidney Disease: Improving Global Outcomes guidelines on anaemia management in chronic kidney disease: a European Renal Best Practice position statement. *Nephrol Dial Transplant.* e-pub Apr 2013

Algorithme de prise en charge de la carence martiale et de l'anémie ferriprive chez les patients insuffisants rénaux chroniques

Dans le cadre de la MRC ND le bilan initial d'une anémie doit comporter une NFS, un dosage du taux de ferritine plasmatique ainsi qu'une évaluation du TSAT du fait de la carence martiale fonctionnelle fréquente dans cette population.

En absence d'anémie, une carence martiale doit être recherchée et traitée car il s'agit d'un facteur indépendant de morbidité dans cette population. Elle se définit par une réserve en fer basse (ferritine < 100 µg/L et/ou un fer circulant lié à la transferrine bas (TSAT <20 %)). Selon les recommandations KDIGO et ERBP un traitement par fer *per os* à la dose de 180 mg par jour doit être prescrit en première intention*. Le fer IV sera utilisé en cas d'intolérance ou d'inefficacité (carence persistante au bout de 3 mois maximum). Après recharge martiale une surveillance au rythme de celle de la MRC sera proposée.

En présence d'une anémie, (Hb <13 g/dL chez l'homme et < 12 g/dL chez la femme)

- Si les réserves en fer sont suffisantes, toutes autres causes d'anémie ayant été éliminées (saignement, hémolyse, carence en vitamine B12 ou Folates), le patient devra bénéficier d'un traitement par ASE** si le taux d'Hb < 10 g/dL.

- S'il existe une carence martiale (ferritine < 100 µg/L et TSAT < 20%), le patient doit être traité par fer *per os* à la dose de 180 mg par jour*. Le fer IV sera utilisé en cas d'intolérance ou d'inefficacité (carence persistante au bout de 3 mois) ; si le traitement *per os* ou IV a permis de restaurer un statut martial correct (ferritine > 200 µg/L et TSAT > 25%) mais que le patient reste anémique, toutes autres causes d'anémie ayant été éliminées (saignement, hémolyse, carence en vitamine B12 ou en folates), le patient devra bénéficier d'un traitement par ASE** si le taux d'Hb < 10 g/dL.

- Si les réserves en fer sont insuffisantes (ferritine < 200 µg/L et ou TSAT < 25%), en cas d'Hb < 10 g/dl le patient doit être traité par fer selon les modalités précédentes avant toute prescription d'ASE. Lorsque l'Hb est > 10 g/dl, une surveillance du statut martial et de l'Hb devra se faire au rythme de celui de la MRC.

*: le traitement par fer IV est réservé aux échecs du traitement oral, aux intolérances digestives, à l'impossibilité d'utilisation de la voie orale, mais également aux anémies mal supportées pour lesquelles une remontée rapide du taux d'Hb doit être obtenu. Il est important de connaître l'état inflammatoire du patient (un syndrome inflammatoire important rend le fer oral inefficace et nécessite l'utilisation du fer IV en première intention, sauf en cas d'infection sévère active).

** : dans tous les cas, la réserve martiale doit être correctement restaurée (ferritine > 200 µg/L et TSAT >25%) avant toute prescription d'ASE