

Anémie podmíněné deficitem železa: kdy perorální a kdy i. v. železo, kolik a jak dlouho

Veronika Cíglarová, Jan Válka

Ústav hematologie a krevní transfuze, Praha

Anémie z nedostatku železa je nejčastější hematologické onemocnění a její léčba vyžaduje správnou diagnostiku i racionální volbu substituce. Rozhodování mezi perorální a intravenózní terapií vychází z klinického stavu, etiologie deficitu a očekávané absorpce železa. Perorální preparáty v dávce 100–200 mg elementárního železa denně představují léčbu první volby u stabilních pacientů; při adekvátní odpovědi lze očekávat vzestup hemoglobinu o ≥ 10 g/l během 2 týdnů a léčba má pokračovat minimálně 3 měsíce po jeho normalizaci k doplnění zásob. Intravenózní železo je indikováno při intoleranci, nedostatečné odpovědi, poruše absorpce nebo potřebě rychlé korekce. Transfuzní léčba je vyhrazena pro hemodynamicky nestabilní nebo výrazně symptomatické pacienty a nenahrazuje následnou substituci železem.

Klíčová slova: sideropenická anémie, deficit železa, perorální železo, intravenózní železo, substituce železa.

Iron deficiency anemia: when to use oral versus intravenous iron, how much, and for how long

Iron deficiency anemia is the most common hematologic disorder and its management requires accurate diagnosis as well as a rational choice of iron replacement strategy. The decision between oral and intravenous therapy is based on the patient's clinical status, the etiology of iron deficiency, and the expected absorption of iron. Oral preparations at a dose of 100–200 mg of elemental iron daily represent first-line treatment in stable patients; with an adequate response, an increase in hemoglobin of ≥ 10 g/L can be expected within 2 weeks, and therapy should continue for at least 3 months after normalization to replenish iron stores. Intravenous iron is indicated in cases of intolerance, insufficient response, impaired absorption, or the need for rapid correction. Red blood cell transfusion is reserved for hemodynamically unstable or severely symptomatic patients and does not replace subsequent iron supplementation.

Key words: iron deficiency anemia, iron deficiency, oral iron, intravenous iron, iron replacement therapy.

Epidemiologie

Anémie z nedostatku železa je nejčastější hematologické onemocnění. V České republice postihuje přibližně 5 % mužů a 8–20 % žen, zatímco v rozvojových zemích může prevalence dosahovat až 30–70 % populace. Nejvíce ohroženou skupinou jsou premenopauzální a těhotné ženy a děti v období rychlého růstu. Přestože celosvětové preventivní programy vedly k poklesu výskytu, nejvyšší prevalence přetrvává v centrální a západní Africe a v jižní Asii. V rozvojových zemích je deficit železa převážně důsledkem nedostatečného příjmu, zatímco ve vyspělých státech převažují patologické stavy vedoucí ke zvýšeným ztrátám železa nebo k jeho malabsorpci, případně dietní omezení (1, 2).

Metabolismus železa

Železo je pro organismus nezbytné pro řadu fyziologických funkcí, včetně buněčného dýchání, tvorby energie, syntézy DNA a buněčné proliferace. Jeho nedostatek vede k poruše syntézy proteinů obsahujících železo, a to jak ve formě hemu (hemoglobin, myoglobin, kataláza, peroxidáza, cytochromy), tak v nehemové formě (sukcinátdehydrogenáza, xantinoxidáza, akonitáza aj.). Dospělý člověk přijme běžnou stravou přibližně 10–15 mg železa denně, z čehož se vstřebá asi 1–2 mg. Potřeba železa se v průběhu života výrazně mění a je zvýšená zejména u těhotných žen, menstrujících žen a v období akcelerovaného růstu u dětí a adolescentů (1, 2, 3).