

Aggiornamento della pratica clinica AGA sulla gestione dell'anemia da carenza di ferro: revisione di esperti

Questa revisione di esperti è stata commissionata e approvata dal Comitato per gli Aggiornamenti della Pratica Clinica dell'AGA Institute (CPUC) e dal Consiglio Direttivo dell'AGA per fornire una guida tempestiva su un argomento di elevata importanza clinica per i membri dell'AGA, ed è stata sottoposta a peer review interna da parte del CPUC e peer review esterna attraverso procedure standard di Gastroenterologia Clinica ed Epatologia.

Queste dichiarazioni di Best Practice Advice (BPA) sono state tratte da una revisione della letteratura pubblicata e dall'opinione di esperti. Poiché non sono state eseguite revisioni sistematiche, queste dichiarazioni BPA non riportano valutazioni formali riguardanti la qualità delle prove o la forza delle considerazioni presentate.

CONSIGLI DI MIGLIORE PRATICA 1: Nessuna singola formulazione di ferro orale presenta vantaggi rispetto a un'altra. Il solfato ferroso è preferito come formulazione del ferro meno costosa.

CONSIGLIO MIGLIORE PRATICA 2: Somministrare ferro per via orale al massimo una volta al giorno. La dose di ferro a giorni alterni può essere meglio tollerata per alcuni pazienti con tassi di assorbimento del ferro simili o uguali a quelli della dose giornaliera.

CONSIGLIO MIGLIORE PRATICA 3: Aggiungere vitamina C all'integrazione orale di ferro per migliorare l'assorbimento.

CONSIGLI DI BUONA PRATICA 4: Il ferro per via endovenosa deve essere utilizzato se il paziente non tollera il ferro per via orale, i livelli di ferritina non migliorano con un tentativo di ferro per via orale o se il paziente presenta una condizione in cui è improbabile che il ferro per via orale venga assorbito.

CONSIGLIO DI BUONA PRATICA 5: Le formulazioni di ferro per via endovenosa che possono sostituire i deficit di ferro con 1 o 2 infusioni sono preferite rispetto a quelle che richiedono più di 2 infusioni.

CONSIGLIO DI BUONA PRATICA 6: Tutte le formulazioni di ferro per via endovenosa presentano rischi simili; la vera anafilassi è molto rara. La stragrande maggioranza delle reazioni al ferro per via endovenosa sono pseudoallergie correlate all'attivazione del complemento (reazioni all'infusione) e devono essere trattate come tali.

CONSIGLI DI BUONA PRATICA 7: La terapia con ferro per via endovenosa deve essere utilizzata nei soggetti che sono stati sottoposti a procedure bariatriche, in particolare quelli che potrebbero alterare il normale assorbimento del ferro duodenale e che soffrono di anemia da carenza di ferro senza fonte identificabile di perdita di sangue gastrointestinale cronica.

CONSIGLI DI BUONA PRATICA 8: Nei soggetti con malattia infiammatoria intestinale e anemia da carenza di ferro, i medici dovrebbero innanzitutto determinare se l'anemia da carenza di ferro è dovuta ad un apporto o assorbimento inadeguato, o alla perdita di ferro, tipicamente a causa di sanguinamento gastrointestinale. L'infiammazione attiva deve essere trattata efficacemente per migliorare l'assorbimento del ferro o ridurre la deplezione di ferro.

CONSIGLI DI MIGLIORE PRATICA 9: La terapia con ferro per via endovenosa deve essere somministrata a soggetti con malattia infiammatoria intestinale, anemia da carenza di ferro e infiammazione attiva con assorbimento compromesso.

CONSIGLI DI MIGLIORE PRATICA 10: Nei soggetti affetti da gastropatia ipertensiva portale e anemia da carenza di ferro, inizialmente dovrebbero essere utilizzati integratori orali di ferro per ricostituire le riserve di ferro. La terapia con ferro per via endovenosa deve essere utilizzata nei pazienti con sanguinamento in corso che non rispondono alla terapia con ferro per via orale.

CONSIGLI DI BUONA PRATICA 11: Nei soggetti con gastropatia ipertensiva portale e anemia da carenza di ferro senza un'altra fonte identificata di perdita cronica di sangue, può essere preso in considerazione il trattamento dell'ipertensione portale con β -bloccanti non selettivi.

CONSIGLI DI BUONA PRATICA 12: Nei soggetti con anemia da carenza di ferro secondaria a ectasia vascolare antrale gastrica che hanno una risposta inadeguata alla sostituzione del ferro, prendere in considerazione la terapia endoscopica con legatura

endoscopica della banda o metodi termici come la coagulazione con plasma di argon.

CONSIGLI DI MIGLIORE PRATICA 13: Nei pazienti con anemia da carenza di ferro e malattia celiaca, garantire l'aderenza a una dieta priva di glutine per migliorare l'assorbimento del ferro. Considerare la supplementazione di ferro per via orale in base alla gravità della carenza di ferro e alla tolleranza del paziente, seguita da una terapia con ferro per via endovenosa se le riserve di ferro non migliorano.

CONSIGLI DI BUONA PRATICA 14: L'enteroscopia profonda eseguita in pazienti con anemia da carenza di ferro con sospetta angioectasia sanguinante dell'intestino tenue deve essere eseguita con un attacco distale per migliorare il rilevamento e facilitare il trattamento. Le angioectasie del piccolo intestino possono essere trattate con terapie termiche ablativo come la coagulazione con plasma di argon o con metodi meccanici come le clip emostatiche.

CONSIGLI DI BUONA PRATICA 15: Il trattamento endoscopico delle angioectasie dovrebbe essere accompagnato dalla terapia sostitutiva con ferro. La terapia medica per le angioectasie del piccolo intestino dovrebbe essere riservata al trattamento compassionevole nei casi refrattari quando la terapia sostitutiva con ferro e la terapia endoscopica sono inefficaci.

FONTE

TG DeLoughery, CS Jackson, C W Ko, DC Rokey "AGA Clinical Practice Update on Management of Iron Deficiency Anemia: Expert Review" Clin Gastroenterol Hepatol. 2024 11:S1542-3565(24)00410-5. doi: 10.1016/j.cgh.2024.03.046. Online ahead of print.