

Directives concernant le traitement de l'anémie des hémodialysés (adapté des European Best Practice Guidelines, NDT, 1999)

Hémoglobinémie

But : Hémoglobine > 110 G/L (valeur souhaitée : 120 G/L)

Cave : patients avec coronaropathie/diabète : Hémoglobine entre 110-120 G/L

Bilan ferrique :

Définition du déficit martial:

Déficit martial réel:

- Ferritine < 100 mmol/l et sat transferrine < 20%.

Déficit fonctionnel:

- Ferritine > 100 mmol/l et sat transferrine < 20%

Surcharge en fer:

Ferritine > 800 mmol/l et sat transferrine > 50%

But : ferritine entre 200 et 500 et TSAT > 20%

• 1^{ère} cure : 3x 100 mg iv

puis administration de fer iv hebdomadaire :

- 100 mg de venofer si ferritine < 200
- 50 mg de venofer si ferritine > 200 (ou 100 mg 1 sem/2)
- stop administration si ferritine > 600

- Bilan ferrique (ferritine et TSAT) à faire tous les 2 mois.
- NB : attendre au moins une semaine après administration venofer pour faire le bilan ferrique !

Eythropoïétine

- Administration sous-cutanée
- Dose initiale : 50-150 UI/kg/sem (typiquement 3-4000 UI 1x/sem)
- Si augmentation Hb < 7 g/L après 2 semaines, augmenter les doses de 50%

- Si augmentation Hb >25 g/L après 2 semaines, diminuer doses de 25 %

Résistance à EPO :

Pas d'augmentation (ou faible augmentation) ou nécessité de maintenir plus de 300 UI/kg/sem pour avoir une Hémoglobine adéquate

Penser à : Déficit martial, syndrome inflammatoire, hyperparathyroïdisme, toxicité aluminium, dialyse inadéquate, déficiences vit B12 ou folates, néoplasies, (hautes doses IEC ou ARAII ?)

Attitude :

- Si aucune de ces conditions sus-nommées, ad consultation hématologique et/ou biopsie de moelle
- Augmenter EPO à 40000 UI/semaine (dose maximum)
- Optimiser dialyse et état nutritionnel
- Carnitine ?

PS, CS, PYM et GD

Novembre 2001