

ANEMIA FERIPRIVĂ

Definiție

Anemie hipocromă:

- scăderea cantității totale a Fe din organism
- alterarea hemoglobinosintezei răspunzatoare de simptomele și semnele bolii.

Etipatogenie

1. Pierderi crescute de Fe prin sângerări cronice sau repetate

- **Cauze digestive:** ulcer gastro-duodenal, gastrita medicamentoasă sau etilică, hernia hiatală, neoplasmul gastric sau intestinal, , colita ulcero-hemoragică, diverticuloza colonului, boala hemoroidală, ciroza hepatică cu varice esofagiene.

- **Cauze ginecologice:** cicluri menstruale abundente, sarcini multiple, avorturi repetate, fibrom uterin, neoplasm uterin.

- **Cauze renourinare:** hematuria, litiaza renală, neoplasmul renal și de vezică urinară

- **Cauze respiratorii:** hemoptizii repetate prin anomalii congenitale ale tractului respirator, neoplasm bronhopulmonar, infecții cronice bronșice.

- **Alte cauze:** donatorii de sânge, hemoglobinuria, telangiectazia ereditară, tulburări de hemostază.

2. Aport insuficient de fier

- **Dietă inadecvată:** vegetarienii, varstnicii, lipsa hranei
- **Sindrom de malabsorbție:** gastrita atrofica, aclorhidrii, stomac rezecat, boala celiacă

3. Necesități crescute de fier

- Copii în creștere
- Sarcină și lactație

Stadiile evolutive ale deficitului de fier

Tulburarea balanței Fe începe cu scaderea depozitelor de Fe până la epuizare, se continuă cu reducerea aportului de Fe la MO când apare anemia.

Scăderea Fe în organism determina tulburări fiziopatologice cu evoluție stadială.

Stadiul 1: pierderea de Fe depășește Fe de depozit medular, Hb și Fe circulant rămân normale.

Daca Fe de depozit scade, apare o creștere compensatorie a transferinei, si a CTLF-ului.

Stadiul 2: Fe devine insuficient MO, deși CTLF crește, concentrația serică a Fe scade, Hb este încă normală.

Stadiul 3: se instaleaza anemia cu eritrocite și indici aparent normali.

Stadiul 4: apare microcitoza apoi hipocromia.

Stadiul 5: epuizarea Fe din țesuturi duce la apariția simptomelor și semnelor de carență de Fe.

Diagnostic clinic

- ***Semne din partea SNC și a organelor de simț:*** astenie, cefalee matinală, fatigabilitate, acufene, tulburări de echilibru, vertij.
- ***Semne din partea aparatului cardio-vascular*** in functie de gradul anemiei și vârsta bolnavului: palpitații, dispnee de efort, extrasistole, dureri precordiale de tip anginos până la infarct miocardic, edeme gambiere.
- ***Semne din partea aparatului digestiv:*** stomatită angulară sau ragade comisurale dureroase, arsuri spontane sau după alimente sau băuturi acide pe fondul atrofiei papilelor linguale.

Atrofia mucoasei faringelui determina apariția disfagiei la alimentele solide (sindrom Plummer-Winson).

Modificările inflamatorii se continuă și la nivelul esofagului ,al mucoasei gastrice unde se instalează gastrita hipotrofică si reducerea secretiei gastrice.

•***Semne genito–urinare:*** tulburările menstruale la femei, care se ameliorează după tratamentul specific

•***Examenul tegumentelor și mucoaselor:*** paloare sclero-tegumentară, piele uscată, unghiile fragile, cu striuri longitudinale rezultând platonicie sau koilonichie.

Părul încărunțește precoce, cade ușor și este friabil.

•***Splenomegalia*** este prezentă la 10% din pacienți; moderat mărită, revine la normal după corectarea deficitului de Fe.

Diagnostic de laborator

1.Examenul sângelui periferic –apare anizocitoza cu poikilocitoza, ulterior apare hipocromia și microcitoza eritrocitelor; CHEM este sub 30%, VEM este sub $80\mu/l$; în formele severe apar anulocite.

Leucocitele sunt moderat scăzute, cu formula leucocitară normală.

Trombocitele sunt normale sau moderat scăzute; prezența trombocitozei ridică problema unor hemoragii active.

2.Reticulocite normale sau ușor scăzute.

3. Metabolismul fierului:

- sideremie mult scăzută sub 50 μ % (↓)
- capacitatea totală de legare a fierului (CTLF) este mult crescută 350 μ g/dl (↑)
- coeficientul de saturație al transferinei (CST) este sub 16% (↓)
- feritina serică este scăzută sub 12ng/ml (↓)

4.Examenul Mo – aspectul este normo sau hiperplazie eritroblastică.

Eritroblaștii sunt mici, bazofili, cu citoplasma franjurată.

Sideroblaștii sunt scăzuți. Hemosiderina medulară (colorația Perls) este scăzută sau absentă fiind criteriul major de dg în anemia feriprivă.

5.Alte investigații: gastroscopie, colonoscopie, rectoscopie, obligatorii pentru investigarea cauzelor anemiei feriprive (AF).

Diagnostic pozitiv

Se pune pe baza anamnezei, ex. clinic obiectiv și este susținut paraclinic de scăderea sideremiei, a feritinei, creșterea CTLF și absența hemosiderinei medulare.

După stabilirea dg pozitiv este necesară decelarea cauzei AF.

Diagnostic diferențial

1. Anemia cronică din infecții, inflamații sau neoplasme de organ: prezența Fe medular blocat în macrofage, CTLF este scăzut.

2. Anemii sideroblastice: sideremie crescută, prezența de sideroblasti inelari în Mo.

3. Talasemia: hipersideremie, hemosiderina medulară crescută, prezența unei Hb anormale electroforetic.

4. Anemii hemolitice: culoarea icterică a tegumentelor, reticulocitoza crescută, teste specifice hemolizei pozitive.

5. Hemoglobinuria paroxistică nocturnă (HPN): prezența semnelor de hemoliză, testul Ham pozitiv.

Complicații

- *Cardio-vasculare* – apar la vârstnici cu cardiopatie ischemică; de tip angină instabilă până la infarct miocardic, accentuarea insuficienței cardiace.
- *Neuro-psihice severe*: obnubilare, demență, comă anemică.
- *Digestive*: cancerul gastric pe fondul atrofiei mucoasei gastrice, tulburări intestinale de tipul enterocolitei cronice nespecifice.

Tratament

1. *Tratament etiologic* – vizează depistarea și înlăturarea cauzelor deficitului de Fe
2. *Tratament patogenetic* – vizează corectarea deficitului de Fe (oral,im,iv)

Se utilizează preparate de Fe pe cale orală, în doză de minim 100 – 200 mg/zi de Fe elemental.

- Administrarea se face de preferință dimineața pe nemâncate.
- Durata tratamentului variază de la 4 – 6 l până la 1 an în funcție de severitatea anemiei.
- Tratamentul se va continua încă 4 – 6 luni după corectarea Hb pentru a reface depozitele de Fe.

Preparatele parenterale se aleg :

- în cazul intoleranței digestive absolute
- a enteropatiilor severe
- a anemiilor severe
- sau în caz de necooperare a bolnavului.

Doza utilizată este de 100 mg/zi, de menționat riscul apariției șocului anafilactic la preparatele de Fe .

Preparatele de Fe injectabile utilizate sunt: Fierul polimaltozat 1 f/zi i.m., Ferrum Hausmann 1 f/zi i.m, Venofer i.v. ce contine 100 mg Fe sub forma de complex de hidroxid de Fe (III) – sucrozat.

Alte preparate de Fe cu administrare i.v sunt Ferinject ce conține 50mg fier/ ml și Monofer ce conține 100mg fier/ ml.

Criza reticulocitară apare de obicei după 10 zile de tratament.

Dacă după administrarea preparatelor de Fe concentrația Hb nu crește corespunzător, trebuie să avem în vedere:

- Pacientul nu are încredere în prescripția medicală și nu ia medicamentul.
- Pacientul are un sindrom de malabsorbție.
- Există o hemoragie ocultă care nu a fost diagnosticată și care contrabalansează efectele tratamentului.
- Dg inițial nu a fost corect, fiind vorba de fapt de o deficiență de acid folic sau de vit.

B12.

Transfuziile sunt indicate în anemii severe (Hb sub 6g%) și la persoane cu cardiopatie ischemică asociată.