

DEMİR EKSİKLİĞİ ANEMİSİ VE TEDAVİSİ

6. BÖLÜM

Aslı ÖCAL¹

Giriş

Klinikte en sık karşılaşılan anemi nedeni demir eksikliğidir (1). Demir eksikliği ile demir eksikliği anemisi aynı anlama gelmez. Birçok kişide depo demir değerleri düşük saptanmasıyla birlikte anemi saptanmaz. Anemi demir eksikliğine bağlı geç bir bulgudur; kemik iliği demir depoları tamamen boşaldıktan sonra hemoglobin düşmeye başlar (2). Demir eksikliği anemisi olan her hastada bu duruma neden olan olay açıklanmalıdır.

Demir Eksikliği Anemisi

Demir eksikliği, aslında üç mekanizmada gelişir. Bunlar demirin yetersiz alımı, emilim kusuru veya emiliminden daha fazla kaybedilmesidir (3).

Demir eksikliği anemisinde de her zaman olduğu gibi anamnez önemlidir. Hastanın beslenme şekli öğrenilmelidir. Hasta normal besinsel grup içine girmeyen ürünlerden tüketiyor mu öğrenilmelidir. Bu duruma Pika denir. Hasta kahve telvesi, toprak gibi normalde yenmeyen ürünleri yeme isteği olup yemesidir. Pika öyküsü mutlaka sorgulanmalıdır. Demir eksikliği anemisinin bir bulgusu olan pika bazen coğrafi beslenme özelliklerine bağlı kendisi de tek başına demir eksikliğine neden olabilir. Demir emilim bozukluğu yapabilir (1).

Demir ihtiyacının arttığı dönemlerde diyetle yetersiz demir alınması da demir eksikliğine yol açabilir. Yoğun menstruasyon kanaması yaşayan bayanlarda eş zamanlı yetersiz demir alımı demir eksikliğine neden olur. Bayanlarda bir diğer sebep de gebeliktir. Gebelik sayısı arttıkça demir eksikliği riski artar. Gebelik süresi boyunca demir ihtiyacı artar (3).

¹ Uzm. Dr., Kartal Doktor Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği, asgozek@hotmail.com

Hastaya verilecek toplam demir dozu aşağıdaki formül ile hesaplanır.

Verilecek toplam demir dozu (mg)= ağırlık (kg) x Normal-hasta hemoglobin farkı x 2,4 + 500

Hesaplanan toplam doz bir defa da verilebileceği gibi bölünerek günler içinde de verilebilir. Replasman sonrası kontrol demir tedavisinin son dozundan en az sekiz gün sonra yapılması önerilir (5).

Demir eksikliği olup anemisi olmayan hastalarda düşük doz demir replasmanı idame yapılabilir. Aynı durum demir eksikliği düzelmesine rağmen beklenen bir kaybı olan hastalarda da yapılabilmektedir. (menometroraji gibi) (10). Burada hastanın kliniği ve demir eksikliğine neden olan durum önemlidir.

Hastada saptanan demir eksikliği veya demir eksikliği anemisinin tedavisini almasına rağmen kontrol testlerinde istenilen yanıt alınmazsa öncelikli olarak tanı tekrar gözden geçirilmelidir. Altta yatan komplike bir durum aranmalıdır. Hastanın tedavisi tekrar değerlendirilmeli, hasta uyumu sorgulanmalıdır (11,12).

Sonuç

Mikrositer aneminin en sık nedeni demir eksikliği anemisidir. Özellikle yetişkinlerde demir eksikliği anemisi ve kronik hastalık anemisi ayrımı önemlidir. Demir eksikliği anemisinde hasta asemptomatik olsa dahi tedavi edilmesi gerekmektedir. Tedavi hedefimiz demir replasmanı yapılması ile birlikte demir eksikliğine neden olan altta yatan nedeni tespit etmektir. Özellikle hastalarda altta yatan bir gastrointestinal sistem malignitesi gözden kaçırılmamalıdır.

KAYNAKÇA

1. Ferhanoğlu B. PDQ Hematoloji(WillamF.Kern, MD). 1. Baskı. İstanbul Medikal Yayıncılık, 2005: 1-155
2. Ünal S. CecilTexbook of Medicine (L. Goldman, D.Ausiello). 22. Baskı. Güneş Yayın Evi, 2006: 963-75
3. Hillman RS, Finch CA, Redcellmanual. 7th ed. Philadelphia: FA Davis;1996.
4. T., A., S. M., and A.M. C., Türk Hematoloji Derneği Eritrosit Hastalıkları ve Hemoglobin Bozuklukları Tanı ve Tedavi Kılavuzu. Temmuz 2011
5. Ünal S, Balcı YI, Toprak SK. Eritrosit hastalıkları ve hemoglobin bozuklukları tanı ve tedavi kılavuzu. Bölüm III Yetişkinde Demir Eksikliği Tanı ve Tedavi Kılavuzu, Ankara; Türk Hematoloji Derneği 2011. p. 23-33.
6. Tolkien Z, Stecher L, Mander AP, Pereira DI, Powell JJ. Ferroussulfatesupplementationcausesignificantgastrointestinalside-effects in adults: a systematicreviewand meta-analysis. PLoSOne 2015;10(2):01173 83.
7. Liumbruno G, Bennardello F, Lattanzio A, Piccoli P, Rossetti G. Recommendations-forthetransfusion of redbloodcells. Blood Transfusion 2009;7(1):49-64

8. Auerbach M, Adamson JW. How we diagnose and treat iron deficiency anemia. *Am J Hematol* 2016;91(1):31-8.
9. Whiting PF, Rutjes AW, Westwood ME, Mallett S, Deeks JJ, Reitsma JB, et al. QUADAS2: a revised tool for the quality assessment of diagnostic accuracy studies. *Ann Intern Med* 2011;155(8):529-36
10. Kern WF. Chapter 5. Iron Deficiency Anemia. PDQ Hematology. BC Decker Inc, Hamilton London, 2002. p. 49-58.
11. Hershko C, Ronson A. Iron deficiency, Helicobacter infection and gastritis. *Acta Haematol* 2009;122 (2-3):97-102
12. Hershko C, Camaschella C. How I treat unexplained refractory iron deficiency anemia. *Blood* 2014;123(3):326-33