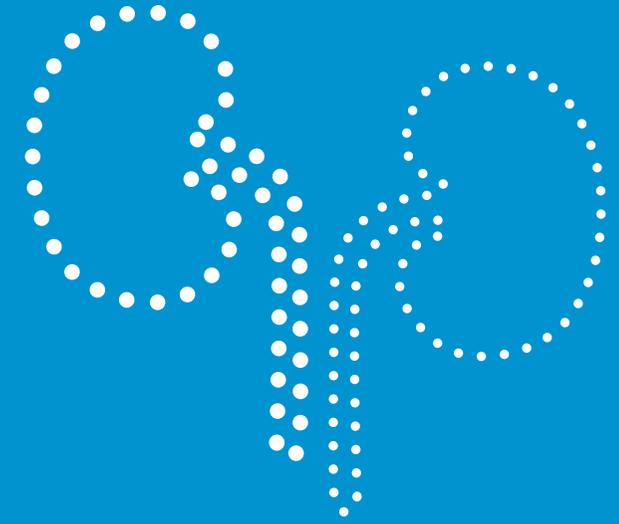




The Treatment of Iron Deficiency Anemia (IDA) in Adult Patients with Chronic Kidney Disease (CKD)

Select clinical practice guideline recommendations from Kidney Disease — Improving Global Outcomes (KDIGO) and the Canadian Society of Nephrology (CSN)



CKD = chronic kidney disease; CSN = Canadian Society of Nephrology; ESA = erythropoiesis-stimulating agent; GFR = glomerular filtration rate; Hb = hemoglobin; IDA = iron deficiency anemia; IV = intravenous; KDIGO = Kidney Disease — Improving Global Outcomes; NDD = non-dialysis-dependent; TSAT = transferrin saturation

References:

1. KDIGO. KDIGO Clinical Practice Guideline for Anemia in Chronic Kidney Disease. *Int J Nephrol* 2012;2(4):1–64.
2. Akbari A, Clase CM, Acott P, et al. Canadian Society of Nephrology commentary on the KDIGO Clinical Practice Guidelines for CKD Evaluation and Management. *Am J Kidney Dis* 2015;65(2):177–205.
3. Moist LM, Troyanov S, White CT, et al. Canadian Society of Nephrology commentary on the 2012 KDIGO Clinical Practice Guideline for Anemia in CKD. *Am J Kidney Dis* 2013;62(5):860–873.

IDA is the most commonly encountered reversible cause of chronic or worsening anemia in patients with CKD, apart from anemia related directly to CKD. Causes of iron deficiency in patients with CKD include repeated blood loss due to frequent blood sampling for testing, blood loss due to surgical procedures, interference with iron absorption due to medications, reduced iron absorption due to inflammation and retention of blood in the dialyzer in those with kidney failure.¹

Iron supplementation is widely used in patients with CKD to treat iron deficiency.¹

Please refer to complete guidelines for full information.

© 2020 Pfizer Canada ULC, Kirkland, Quebec H9J 2M5



PP-MFR-CAN-0106-EN



KDIGO recommendations¹

Diagnose anemia in adults with CKD when hemoglobin (Hb) concentrations are <13.0 g/dL in males and <12.0 g/dL in females.

In patients with CKD and anemia (regardless of age and CKD stage), include the following tests in the initial evaluation of anemia:

- Complete blood count, including Hb concentration, red blood cell indices, white blood cell count and differential, and platelet count
- Absolute reticulocyte count
- Serum ferritin level
- Serum transferrin saturation (TSAT)
- Serum vitamin B₁₂ and folate levels

CSN (2015) recommendations²

Screening for anemia in patients with CKD:

- Screening for anemia is suggested in patients with glomerular filtration rates (GFRs) of <30 mL/min/1.73 m² and, if identified, further clinical evaluation of the contributing causes should be conducted.
 - The optimum frequency of rescreening will depend on the patient's comorbidities, GFR and Hb level.
- There is insufficient evidence to provide suggestions or recommendations on the minimum frequency of Hb remeasurement beyond the application of clinical judgement, and no evidence to support annual screening in people with GFRs 30–59 mL/min/1.73 m².

Select KDIGO recommendations¹

When prescribing iron therapy, balance the potential benefits of avoiding or minimizing blood transfusions, erythropoiesis-stimulating agent (ESA) therapy and anemia-related symptoms against the risks of harm in individual patients (e.g., anaphylactoid and other acute reactions, unknown long-term risks).

For non-dialysis-dependent (NDD)-CKD patients who require iron supplementation, select the route of iron administration based on the severity of iron deficiency, availability of venous access, response to prior oral iron therapy, side effects with prior oral or intravenous (IV) iron therapy, patient compliance and cost.

Guide subsequent iron administration in patients with CKD based on Hb responses to recent iron therapy, as well as ongoing blood losses, iron status tests (TSAT and ferritin), Hb concentration, ESA responsiveness and ESA dose in ESA-treated patients, trends in each parameter and the patient's clinical status.

Avoid administering IV iron to patients with active systemic infections.

For complete treatment recommendations, please refer to the KDIGO Clinical Practice Guideline for Anemia in Chronic Kidney Disease.

Select CSN (2013) recommendations³

There is good evidence to support the administration of iron in adult CKD patients when TSAT and ferritin thresholds are above 20% and 200 µg/L, respectively (or 100 µg/L in NDD- and peritoneal dialysis-dependent CKD patients).

- The CSN anemia work group feels that the current evidence does not permit a clear delineation for an upper limit of TSAT or ferritin levels.

A therapeutic trial of iron can be considered in cases where an increase in Hb or reduction of ESA or avoidance of ESA and transfusion is desired, while recognizing that an increase in Hb is less likely when TSATs are >30% and ferritins are >500 µg/L.

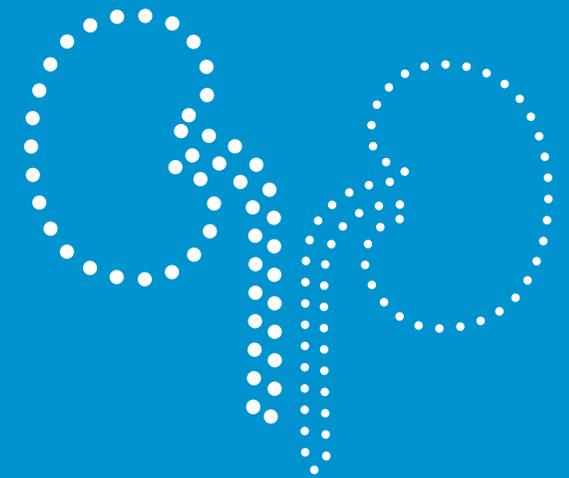
Each clinician should weigh the likelihood of achieving an increase in Hb or reduction in ESA dose against the perceived risk to their patient.

For complete treatment recommendations, please refer to the CSN commentary on the 2012 KDIGO Clinical Practice Guideline for Anemia in CKD.



Traitement de l'anémie ferriprive chez les patients adultes atteints d'insuffisance rénale chronique (IRC)

Recommandations issues des lignes directrices de pratique clinique de la fondation Kidney Disease – Improving Global Outcomes (KDIGO) et de la Société canadienne de néphrologie (SCN)



ASE : agent stimulant l'érythropoïèse; CST : coefficient de saturation de la transferrine; Hb : hémoglobine; IRC : insuffisance rénale chronique; i.v. : intraveineuse; KDIGO : Kidney Disease – Improving Global Outcomes; ND : non dialysée; SCN : Société canadienne de néphrologie; TFG : taux de filtration glomérulaire

Références :

1. KDIGO. KDIGO Clinical Practice Guideline for Anemia in Chronic Kidney Disease. *Int J Nephrol* 2012; 2(4):1–64.
2. Akbari A, Clase CM, Acott P, *et al.* Canadian Society of Nephrology commentary on the KDIGO Clinical Practice Guidelines for CKD Evaluation and Management. *Am J Kidney Dis* 2015; 65(2):177–205.
3. Moist LM, Troyanov S, White CT, *et al.* Canadian Society of Nephrology commentary on the 2012 KDIGO Clinical Practice Guideline for Anemia in CKD. *Am J Kidney Dis* 2013; 62(5):860–873.

L'anémie ferriprive est la principale forme réversible d'anémie chronique et la plus susceptible de s'aggraver chez les patients atteints d'IRC, mises à part les anémies qui sont directement liées à l'IRC. Les causes de la carence en fer chez les patients atteints d'IRC comprennent les pertes sanguines répétées en raison des fréquentes prises de sang nécessaires pour les examens, les pertes sanguines liées aux interventions chirurgicales, l'interférence de certains médicaments avec l'absorption du fer, une absorption réduite du fer en raison de l'inflammation et la rétention du sang dans le dialyseur chez les patients atteints d'insuffisance rénale¹.

La supplémentation en fer est largement utilisée chez les patients atteints d'IRC pour traiter la carence en fer¹.

Pour obtenir des renseignements complets, veuillez consulter la version intégrale des lignes directrices.

© 2020 Pfizer Canada SRI, Kirkland (Québec) H9J 2M5



PP-MFR-CAN-0106-FR



Recommandations de la fondation KDIGO¹

On pose un diagnostic d'anémie chez les adultes atteints d'IRC lorsque le taux d'hémoglobine (Hb) est < 13,0 g/dL chez les hommes et < 12,0 g/dL chez les femmes.

Chez les patients atteints d'IRC et d'anémie (peu importe l'âge et le stade de l'IRC), les examens suivants doivent s'inscrire dans le cadre de l'évaluation initiale de l'anémie :

- Hémogramme, y compris taux d'Hb, paramètres érythrocytaires, numération des globules blancs et formule leucocytaire, ainsi que numération plaquettaire
- Nombre absolu de réticulocytes
- Taux sérique de ferritine
- Coefficient de saturation de la transferrine (CST)
- Concentrations sériques de vitamine B₁₂ et d'acide folique

Recommandations de 2015 de la SCN²

Dépistage de l'anémie chez les patients atteints d'IRC :

- Le dépistage de l'anémie est suggéré chez les patients dont le taux de filtration glomérulaire (TFG) est < 30 mL/min/1,73 m² et, si une anémie est dépistée, d'autres évaluations cliniques pour en déterminer les causes devraient être faites.
 - La fréquence optimale pour effectuer un nouveau dépistage dépendra des maladies concomitantes, du TFG et du taux d'Hb du patient.
- Les données sont insuffisantes pour fournir des suggestions ou des recommandations quant à la fréquence minimale à respecter pour réévaluer le taux d'Hb au-delà de l'application du jugement clinique, et aucune donnée ne soutient le dépistage annuel chez les patients dont le TFG est de 30–59 mL/min/1,73 m².

Recommandations particulières de la fondation KDIGO¹

Avant de prescrire un supplément de fer, il convient de soupeser ses éventuels bienfaits – possibilité d'éviter ou de réduire au minimum les transfusions sanguines, l'utilisation d'un agent stimulant l'érythropoïèse (ASE) et les symptômes liés à l'anémie par rapport au risque d'effets néfastes sur la santé du patient (p. ex., réaction anaphylactoïde et autres réactions aiguës, risques à long terme inconnus).

Chez les patients atteints d'IRC non dialysée (ND) qui doivent recevoir une supplémentation en fer, il faut choisir la voie d'administration du fer en fonction de la sévérité de la carence en fer, des abords veineux disponibles, de la réponse à une supplémentation en fer antérieure par voie orale, des effets indésirables de la supplémentation en fer antérieure (par voie orale ou intraveineuse [i.v.]), de l'observance thérapeutique et du coût.

Chez les patients atteints d'IRC, les modalités des supplémentations en fer subséquentes seront établies sur la base de la réponse aux supplémentations en fer récentes (qui est évaluée d'après le taux d'Hb), des pertes sanguines, des résultats du bilan martial (CST et taux de ferritine), du taux d'Hb, de la réponse au traitement par l'ASE et de la dose d'ASE chez les patients traités par un tel médicament, des tendances relatives à chacun des paramètres et de l'état clinique du patient.

Éviter d'administrer une solution de fer par voie i.v. chez les patients présentant une infection générale évolutive.

Pour obtenir les recommandations thérapeutiques complètes, veuillez consulter les lignes directrices de pratique clinique de la fondation KDIGO relatives à la prise en charge de l'anémie chez les patients en insuffisance rénale chronique.

Recommandations particulières de 2013 de la SCN³

Des données probantes soutiennent l'administration de fer chez les adultes atteints d'IRC lorsque le CST et le taux de ferritine dépassent les seuils de 20 % et de 200 µg/L, respectivement (ou 100 µg/L chez les patients atteints d'IRC ND et d'IRC sous dialyse péritonéale).

- Le groupe de travail sur l'anémie de la SCN croit que les données actuelles ne permettent pas d'établir une délimitation claire de la limite supérieure du CST ou du taux de ferritine.

On pourra envisager de faire l'essai d'une supplémentation en fer si l'on souhaite accroître le taux d'Hb, réduire la dose d'ASE ou encore éviter d'avoir recours à un ASE ou à des transfusions, tout en gardant en tête que le taux d'Hb aura moins tendance à augmenter si le CST est > 30 % et le taux de ferritine sérique, > 500 µg/L.

Le clinicien doit soupeser la probabilité de parvenir à augmenter le taux d'Hb ou à réduire la dose d'ASE par rapport au risque pour le patient.

Pour obtenir les recommandations thérapeutiques complètes, veuillez consulter le commentaire de la SCN sur les lignes directrices de pratique clinique de 2012 de la fondation KDIGO relatives à la prise en charge de l'anémie chez les patients en insuffisance rénale chronique.