

HIPOREAKTYWNOŚĆ NA ERYTROPOETYNĘ

Pacjenci, którzy nie osiągają pożądanego stężenia Hb, pomimo większych niż zwykle dawek ESA lub którzy wymagają coraz większych dawek ESA w celu utrzymania stężenia Hb - są uważani za hiporeaktywnych na ESA i wymagają diagnostyki.

Praktyczna definicja – hiporeaktywność na ESA dotyczy pacjenta, który wymaga dawki większej niż podawana u 90% pacjentów w ośrodku.

Przyczyny: bezwzględny lub funkcjonalny niedobór żelaza, infekcje, przewlekły stan zapalny, nieadekwatną dializę, ciężką nadciśność przytarczyc, nowotwór złośliwy, zaburzenia hematologiczne.

Hiporeaktywność na ESA wiąże się ze zwiększoną śmiertelnością u pacjentów dializowanych.

Należy unikać eskalowania dawek ESA u pacjentów, u których stężenie Hb nie poprawia się. Wysokie dawki ESA mogą wiązać się z niekorzystnymi skutkami niezależnie od stężenia Hb: niekorzystne zdarzenia sercowo-naczyniowe, nowotwory złośliwe, zakrzepica dostępu dializacyjnego i nadciśnienie tętnicze.

Postępowanie u pacjentów z hiporeaktywnością na ESA:

- Wykluczenie bezwzględnego niedoboru żelaza (ferrytyna <200ng/ml i TSAT <20%)
- Ocena pod kątem funkcjonalnego niedoboru żelaza (wysokie stężenie ferrytyny, niska wartość TSAT)
- Ocena w kierunku choroby nowotworowej i utajonego stanu zapalnego (przyczyną mogą być cewniki dializacyjne, zakażenia skóry, ran, nieczynny graft nerki lub graft tętniczo-żylny)
- Zapewnienie adekwatnych parametrów dializy
- Leczenie wtórnej nadciśności przytarczyc