

Utredning av vitamin B12 (kobalamin)-brist och folatbrist

Gäller för: Region Kronoberg

Faktaägare: Kim Ekblom, överläkare Klinisk kemi och Transfusionsmedicin
Henrik Simán, överläkare Medicinkliniken Växjö

I nuläget finns ingen vedertagen internationell eller nationell konsensus avseende utredning av brist på vitamin B12 och/eller folat. Följande utredningsgång är en lokal anpassning av VG-regionens vårdprogram.

Misstänk vitamin B12- och folatbrist vid nedanstående symtom och riskgrupper.

Folsyrabehovet är ökat under graviditet. Till fertila kvinnor utan säker antikonception där kosten inte kan tillförsäkra ett bra folatstatus rekommenderas kosttillskott ca 0,4 mg per dag.

1.1 Kliniska symtom

- Makrocytär anemi (MCV > 100 fL)
- Glossit
- Neuropati, kognitiva besvär
 - Parestesier, perifer känsel, led- och vibrationssinne, ataxi, pareser, n. opticus
 - Sömnbesvär, depression, demens, försämrad psykisk sjukdom
- Manlig infertilitet

1.2 Riskgrupper

Ventrikelsjukdom

- Atrofisk gastrit, brist på intrinsic factor (perniciös anemi)
- Ventrikelresektion, gastric bypass
- Helicobacter pylori

Malabsorption

- Celiaki, bakteriell överväxt, pankreasinsufficiens, binnikemask
- Tunntarmsresektion, anatomisk blind loop
- Mb Crohn, annan tunntarmssjukdom

Ensidig kost

- Strikt vegetarisk/vegan-diet (B12), äldre, alkoholism (folat), getmjölk (folat)

Läkemedel, t ex:

- Metformin, syrahämmare (B12)
- Lustgas kan hastigt aggravera B12-brist
- Metotrexat, antiepileptika, långvarig trimetoprim (folat)

Ökat behov

- Hemolytisk anemi, behandling av järnbrist
- Graviditet (folat)

Se även <http://internetmedicin.se> och UpToDate

1.3 Provtagning

1) Ta **P-Homocystein**

P-Homocystein <15 µmol/L (<10 µmol/L hos barn under 12 år, samt gravida kvinnor) talar mot funktionell brist på vitamin B12 eller folat.

2) Vid förhöjt P-Homocystein, ta **P-Kobalaminer** samt **P-Folat**

P-Kobalaminer: <125 pmol/L talar för brist.
>250 pmol talar mot brist

125-250 pmol/L utgör en gråzon där brist ej kan uteslutas

P-Folat: <10 nmol/L talar för brist

I området 10-15 nmol/L kan funktionell brist föreligga hos ca 8% av befolkningen.

3) Vid P-Kobalaminer i gråzon, ta **S-Metylmalonsyra (MMA)**.

S-Metylmalonsyra: <40 µmol/L talar mot vitamin B12-brist.

(Vid sänkt njurfunktion kan såväl P-Homocystein som S-Metylmalonsyra vara förhöjda).

1.3.1 Fortsatt utredning vid konstaterad B12- eller folatbrist

- Gastroskopi med duodenalbiopsi rekommenderas, frågeställning atrofisk gastrit, celiaki, blödningskälla. Alternativt kan atrofisk gastrit bedömas med S-Gastrin och S-Pepsinogen.
- tTG-antikroppar
- F-Helicobacter, F-kalprotektin
- B-Blodstatus, B-Reticulocyter, P-Järn/TIBC

1.4 Behandling

Vid samtidig brist korrigeras B12-bristen först eller om nödvändigt tillsammans med folsyra. Folsyraterapi kan utlösa eller förvärra neuropatiska symtom pga B12-brist. Folsyratillskott kan normalisera en B12-orsakad megaloblastisk anemi men inte övriga bristsymtom.

Behandlingskontroll med B-Blodstatus, B-Reticulocyter, P-Järn/TIBC. Man kan förvänta sig att järnmättnad sjunker och retikulocyter stiger redan första veckan. Hb börjar stiga och MCV sjunka efter ca 2-3 veckor. Överväg järnsubstitution och utredning av järnbrist.

Vid underhållsbehandling rekommenderas årligt B-Hb, B-MCV, P-Homocystein och P-Järn/TIBC.

1.4.1 B12-brist

Remissionsbehandling (fr a vid neuropati)

- T Behepan (cyanokobalamin) 4 mg dagl i 4 mån, alt inj Behepan (hydroxokobalamin) 1mg i.m. varje/varannan dag i 1-2 veckor.

Underhållsbehandling

- T Behepan (cyanokobalamin) 0,5-1 mg dagligen.
- Vid tarmresektion, terapivikt eller nedsatt compliance ges inj Behepan (hydroxokobalamin) 1 mg s.c. varannan månad.

1.4.2 Folatbrist

Remissionsbehandling

- T Folacin (folsyra) 5 mg 1x1-2 i 2 veckor.

Underhållsbehandling

- T Folacin (folsyra) 1 mg dagligen
- I vissa situationer (metotrexate, mm) behöver andra doser ges.

Vid upptäckt av felaktig information eller länk, vänligen meddela faktaägare.