

Anemi

Gäller för: Medicinkliniken Ljungby

Utredning

1. Blodstatus med retikulocyter
 - Makrocytär anemi med låga retikulocyter- misstänkt B12/folatbrist: ta MMA, s-folat
 - Makrocytär anemi med höga retikulocyter - misstänkt hemolys: ta LD, bilirubin, Haptoglobin, DAT - kontakta hematolog.
 - Mikrocytär anemi med låga retikulocyter - misstänkt järnbrist: ta ferritin, s-Järn/TIBC.
f-Hb x 3-6. Gynkonsult? Gastrointestinal blödning?
 - Mikrocytär anemi med höga retikulocyter - misstänkt thalassemi, ta Hb-elfores, skickas till Malmö (pappersremiss).
2. SR/CRP: högt SR/CRP talar för sekundär anemi.
Vid infektion/inflammation är s-ferritin svårtolkat.
3. Benmärgsbiopsi vid oklara fall eller om peni omfattar mer än 1 cellinje (t ex anemi och leukocytepeni)

Bristanemi- (järn, B12, folsyra) behandling

1. Duroferon 1 tablett x 2 i 6 månader. Kontroll av Hb och retikulocyter 1 månad efter insättning. Förväntad Hb-stegring 10 g/månad. Biverkningar i form av förstoppning men ibland diarré ska hanteras med respektive laxantia, loperamid
2. Intravenöst järn (Venofer, Ferrinject) om patienten ej tål eller inte har någon effekt av po järn samt vid funktionell järnbrist.
3. Blodtransfusion vid symtomgivande anemi (oftast Hb <80 g/L hos yngre och Hb <90 g/L hos äldre).
4. Behepan ges subkutant vid inledande behandling 1 ml x 1 dag i 1 vecka. Kontroll av retikulocyter efter 1 vecka.
5. Folacin 1 mg, 2 x 2 i 14 dagar, därefter 1 x 1 tills vidare. Ges alltid vid hemolys.

Benmärgssjukdom

Myelodysplastiska syndrom (MDS), aplastisk/hypoplastisk anemi, Pure Red Cell Aplasia (PRCA), maligna hematologiska sjukdomar

Kem lab

- Högt MCV utan B12-folatbrist ses vid MDS.
- Ofta samtidiga rubbningar i granulopoes och trombopoes
- Förhöjt LD ses vid lymfom, pernicios anemi, hemolys, myelofibros

Utredning och behandling se respektive PM

Hemolytisk anemi

Automimmun hemolytisk anemi, DAT-negativ hemolytisk anemi, enzymdefekter (glukos-6-fosfatdehydrogenasbrist), membrandefekter

Normal fysiologisk hemolys kompenseras av erytropoesen i benmärgen. Vid ökad hemolys svarar benmärgen med ökad erytropoes som resulterar i förhöjda retikulocyter. Vid okompenserad hemolys uppstår anemi.

Orsaker

- Membrandefekter t ex hereditär sfärocytos
- Läkemedel
- Virussjukdomar
- B12-brist
- Autoimmun. Oftast vid lymfoproliferativa sjukdomar.

Kem lab

Akutanalys

- B-reticulocyter. Stiger vid hemolys med fungerande benmärg.
- S-Bilirubin
- S-LD

Elektiv analys

- Haptoglobin

Blodcentral

DAT (direkt agglutinationstest, ”Coombs prov”) som vid positivt utfall talar för autoimmun genes.

Akut handläggning

Direkttelefon jourhavande hematolog, Universitetssjukhuset i Lund 046-17 24 04

Vid massiv hemolys med snabbt sjunkande Hb är akut transport till hematologen Lund nödvändig. Före transport ges steroider (Deltison 100-150 mg per os eller Betapred 16 mg per os eller intravenöst) samt Folacin 10 mg per os.

OBS! Man ska vara restriktiv med blodtransfusion vid hemolys, ges enbart på vitala indikationer. Risken är att transfusion triggas igång hemolysen ytterligare.

Hereditär anemi

Thalassemi

Ses hos invandrare från Medelhavsländer och Asien med måttlig anemi och uttalat lågt MCV. Skall inte järnbehandlas utan säker järnbrist påvisats.

Sekundäranemi

Uteslutningsdiagnos. Ses vid många sjukdomar. Ofta kombinerat med andra fynd som viktnedgång och nedsatt allmäntillstånd.

- Maligna sjukdomar
- Gastrointestinal blödning
- Malabsorption
- Anemi efter kirurgiska ingrepp.
- Aktiva bindvävssjukdomar
- Uttalad njurfunktionsnedsättning
- Endokrina sjukdomar
- Alkoholism
- Gynekologiska blödningar (riklig mens?)

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