

Anemi

Vårdnivå och remiss

- Allmänläkare kan göra utredning av anemi om inte misstanke på större gastrointestinal blödning, hemolys eller malign blodsjukdom föreligger.
- Allmänläkare kan kontrollera stabil, ej transfusionkrävande anemi efter initial specialistutredning.
- Vid oklar anemi där järnbrist, megaloblastanemi och anemi sekundär till annan kronisk sjukdom utesluts, remitteras patienten till specialist.
- Vid anemi med pågående större blödning övervägs remittering till akutsjukvård.

Diagnostik och utredning

Typ av anemi fastställs med blodstatus, även innefattande vita blodkroppar och trombocyter.

Microcytär, hypokrom anemi har små hemoglobinfattiga blodkroppar och beror på järnbrist eller nedsatt globinsyntes (hemoglobinopathi).

- Se Faktadokument Provtagning vid misstänkt järnbrist
- Blodbristanemiutredning - remiss, beställning sker direkt i ROS
- Se Faktadokument Utredning vid misstänkt hemoglobinopathi

Järnbrist ska alltid rimligt kunna förklaras annars krävs utredning för att fastställa orsak.

Makrocytär anemi har stora blodkroppar och beror antingen på ökad erytropoes (reticulocyterna är större) exempelvis vid hemolytiska anemier, eller vanligen p.g.a förlångsammad erytropoes (B12 och folsyrebrist).

Se Faktadokument Rekommenderad provtagning vid misstanke om anemi orsakad av B12 eller folsyrebrist.

Normocytära normokroma anemier kan orsakas av kombinationsanemier vid B12 och järnbrist, men även uremi eller endokrina orsaker (framför allt hypothyreos) kan ligga bakom.

Myelodysplastiskt syndrom är en mognadsstörning i framför allt röda blodbilden, men även i trombocyter och/eller granulocyter. För diagnos krävs bedömning av benmärg.

Behandling

- Vid järnbristanemi med brist på depåjärn räcker sällan järnrik kost utan medicinering krävs. I första hand ges peroralt järn 100 mg Fe²⁺ + 2 ggr per dygn.
Vid dålig resorption kan intravenöst Fe³⁺ ges (MonoFer rek, Ferinject eller Venofer). Blodvärden kan stiga upp till 5 g/l per vecka. Parenteralt administrerade järnpreparat kan ges på vårdcentral med sedvanlig beredskap för att hantera överkänslighetsreaktioner. Se Faktadokument Anafylaxi. Läkemedlet revireras i dessa fall till vårdenheten och läkemedelskostnaden ingår i patientavgiften för besöket.
Se Faktadokument Hantering av intravenöst järn på vårdcentral
- B12 kan ges peroralt eller som subkutan eller intramuskulär injektion. Vid grava anemier eller neurologiska symtom, börja alltid med injektionsbehandling i uppladdningsdos.
Vid folatbrist måste alltid samtidig B12-brist uteslutas innan behandling startar. För remissionsbehandling ges tablett Folacin 1 mg 2 tabletter 2 – 3 ggr/dagligen i 2 veckor, därefter underhållsbehandling med 1 tablett dagligen.
- Vid behandling av B12 eller järnbrist se till att övriga byggstenar för blodbildning finns tillgängliga.

Sjukskrivning

Kroppen anpassar sig till låga Hb-nivåer som kommer långsamt. Dock kan såväl järnbrist som B12-brist ge uttalad trötthet, beroende på påverkan av andra system än hemoglobin och detta kan i sig vara grund för sjukskrivning. Detta får även bedömas beroende på krav på fysisk eller mental prestation i arbetet. Försäkringsmedicinskt stöd saknas för anemidiagnosen.

Uppföljning

Järnbristanemier bör följas med Hb-kontroll efter cirka 1 månad varvid ett gott svar innebär Hb-stegring med 20 g/l. Behandlingen bör pågå minst någon månad efter önskvärd Hb-nivå för att fylla på låga järnförråd. Kontrollera gärna järndepåerna med ett ferritinvärde.

Makrocytära anemier bör kontrolleras minst årligen, gärna med B12-prover och blodstatus då resorptionsrubblningen kvarstår vilket medför ny anemi om inte patienten fortsätter sin behandling.

Patientinformation

Se Blodbrist – anemi, 1177 under relaterad relation.

Mer information

Se Hematologi, internmedicin under relaterad information.

Referenser

Se Thalassemi, Socialstyrelsen under relaterad information.