

Supercase

—

50-årig kvinna, akuten

Anamnes:

Tid/Nuv sjd: RA, deformerade fingerleder. Beh med Roacterma + Methotrexat.

Bilat op höftled samt axel. Krävt blodtransfusion.

Polycystnjurar

Aktuellt: 5 dagars infektionssymtom (feber + ledvärk ffa vä hand)

Trött men samlad. Tagit två alvedon innan ankomst.

Inga tarmbesvär, melena eller blodig kräkning.

Ingen buksmärta.

Icke rökare. Måttlig alkohol konsumtion.

Status:

AT: Trött, ikterisk och gula sklere. Skakar. Kall perifert.

Sat: 83% på rumsluft. 98% på 15L syrgas.

AF: 20 andetag/min **BT:** 115/65 (som lägst 76/48) **GCS:** 15 **Temp:** 37,7

Hjärta: RR, puls strax under 100. Inga tydliga bi- eller blåsljud.

Lungor: Vesikulära andningsljud bilat. Inga tydliga rassel.

Buk: Palperas sammanfallen, mjuk och oöm.

Neurologiskt status: Grovt neurologiskt status u.a.

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS ?

Lab:

CRP <1

SR 1

Hb 27 (117-153)

LPK 2,6 (3.5-8.8)

Lymfocyter 0,2 (1,1-3,5)

TPK 118 (165-387)

Erc(B)-MCV 110 (82-98)

Retikulocyter 455 (28-115)

LD 10,9 (<3,5)

Ferritin 189 (10-150)

Bilirubin 73 (<26)

ASAT 0,39 (<0,61)

ALAT 0,21 (0,76)

P-PK(INR) 1,2 (<1,2)

Vidare utredning?

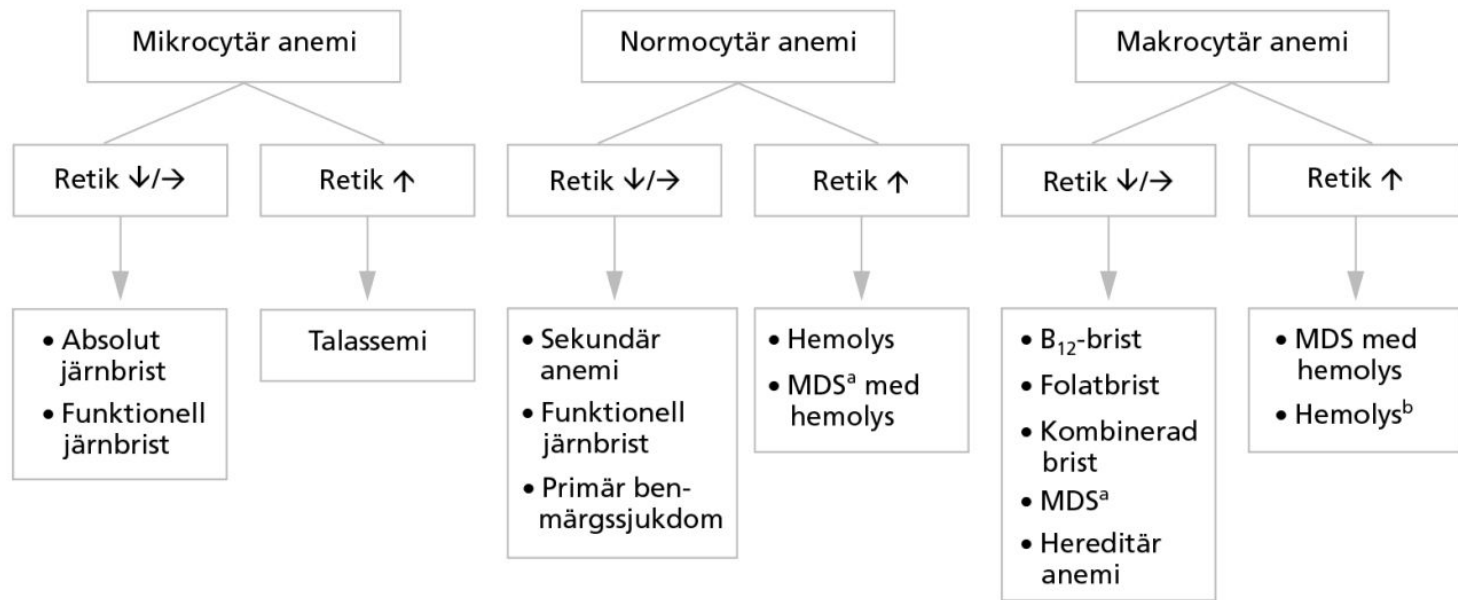
Vidare utredning som gjordes:

- BE -5,1, standardbik 19,7
- Na, K, Ca: inom referensintervaller
- S- Kobalamin 370
- Krea 98, eGFR 56
- DT thorax, buk
- Benmärgspunktion?
- Blodstatus med diff
- DAT: Positivt (IgG)

Anemi & anemiutredning:

Figur 1.

Anemiutredning med utgångspunkt från MCV och retikulo-cyter



^a Myelodysplastiskt syndrom

^b "Falsk makrocytos"

Hemolys:

= Ökad nedbrytning av erythrocyter

⇒ Symtom :

- Ikterus
- Splenomegali (AIHI, sfarocytos)
- Feber
- Perifer cyanos

⇒ Utredning : -Hereditet ? Läkemedel ?

-Lab : B-retikulocyter (högt), LD (högt), S-haptoglobin (lågt), bilirubin (högt).

-Blodutstryk (sfärocyter? sickle-celler?)

- DAT

- Misstanke om DIC : APTT, PK, fibrinogen, D-dimer, antitrombin III

Orsaker till hemolys :

⇒ AIHA (autoimmun varm hemolytisk anemi) : SLE, lymfom, KLL, läkemedel

⇒ Hereditär sfärocytos

⇒ Infektionsorsakad hemolys

⇒ Hemoglobinopatier (sickle celle anemi, thalassemi)

⇒ Splenomegali

⇒ DIC

⇒ TTP

⇒ Övriga: kemiska/toxiska samt mekaniska

Behandling:

- Alla med hemolytisk anemi
 - Folsyra
- AIHA
 - Steroider i hög dos
 - Om blodtransfusion, ge hydrokortison innan och inled med biologisk förprov!
- Infektionsutlöst
 - Infektionsbehandling
- TTP
 - Plasmaferes
- Thalassemi major
 - Rb transfusioner och järnkelatkomplexbildare
- Sickle cell anemi skov
 - Smärtbehandling (opiater), syrgas, vätskebehandling , ev transfusion. Hydroxyurea vid frekventa skov
- Hereditär sfärocytos
 - Ev splenektomi

Evidens:

Table 1: Levels and types of evidence and grade of recommendations

Level	Type of evidence	Grade
Ia	Meta-analysis of randomised controlled trials	A
Ib	At least one randomised controlled trial	A
IIa	At least one well designed, controlled study but without randomisation	B
IIb	At least one well designed, quasi-experimental study	B
III	At least one well designed, non-experimental descriptive study (e.g. comparative studies, correlation studies, case-control studies)	B
IV	Expert committee reports, opinions and/or experience of respected authorities	C