

# Anemi vanlig diagnos hos äldre

## Men hur lågt kan ett Hb-värde bli?



**STEFAN JANSSON**, distriktsläkare, Brickebackens vårdcentral, Örebro; doktorand, Allmänmedicinskt forskningscentrum, Örebro universitet; vid tiden för fallet vid Laxå vårdcentral  
stefan.jansson@orebroll.se

Anemi är ett relativt vanligt kliniskt fynd på en vårdcentral, och i takt med att vi får fler äldre i befolkningen stiger prevalensen. I en nyligen publicerad systematisk översikt [1] där man undersökt anemiförekomsten hos personer företrädesvis äldre än 65 år fann man en prevalens på totalt 17 procent. Prevalensen var högre hos personer som inkom till sjukhus och hos sjukhemsboende och var i dessa fall 40 procent respektive 47 procent.

Definitionen av anemi enligt WHO [2] kom 1968, då gränsen för kvinnors hemoglobin(Hb)-nivå sattes till <120 g/l och för män <130 g/l. Efter WHO:s publikation har det förts en debatt om huruvida gränsvärdet för anemi är rimlig. I en artikel från 2006 diskuterade man rimligheten att ha dessa gränsvärden vid definitionen av anemi i allmänhet [3]. I en annan artikel, som byggde på ett svenskt material, diskuterades gränsen för äldre (70–88 år) i synnerhet [4].

Trots det finns det i dag ingen globalt accepterad anemidefinition för äldre personer. I praktiken i en vardagssituation föreligger anemi om Hb-nivån understiger referensgränsen för den analysmetod som använts.

### Anemiorsaker och symtom

Järnbrist är den vanligaste orsaken till anemi, och bland övriga orsaker hittar man sekundäranemi, hemolys, megaloblastanemi, maligna blodsjukdomar med mera. Vanliga symtom är andfäddhet, hjärtklappning, trötthet och angina pectoris vid ansträngning. Allt detta finns utmärkt beskrivet i den senaste Läkemedelsboken [5].

### Fallbeskrivning

En eftermiddag i augusti 2007 var en kvinna med symtomen trötthet och svullna ben uppsatt på min jourmottagning. Det visade sig att det var en för mig känd 77-årig patient. Jag träffade henne första gången våren 2000 då hon sökte på grund av kortvariga hjärtklappningsbesvär. Hon var då en i övrigt frisk icke-rökare och hade aldrig tidigare varit på vårdcentralen.

Basal utredning vid detta besök visade inte på någon ischemisk hjärtsjukdom. Laboratorieprov som togs visade ett B-Hb på 142 g/l (referensvärde 115–140 g/l), normala elektrolyter inklusive kreatinin, transaminaser och glukos. P-kolesterol var 6,3 mmol/l (referensvärde <5 mmol/l), S-TSH 5,2 ml U/l (referensvärde 0,5–4,2 ml U/l), S-tyroxin fritt 12,5 pmol/l (referensvärde 12–23 pmol/l) samt urinprov med spår av leukocyter.

## »Som allmänläkare möter vi dagligen en mängd olika människor med de mest varierande symtom ...«

Hon fick då atenolol (Tenormin) insatt och blev på detta besvär fri. Kost- och motionsråd gavs med tanke på den lätta kolesterolstegringen, och uppföljande provtagning visade på förbättrade värden. TSH-värdet följdes upp med nya provtagningar, men efter en initial förbättring försämrades värdena återigen våren 2001, och TSH visade sig då vara 4,2 ml U/l och fritt tyroxin 11,1 pmol/l, varvid diagnosen hypotyreoze ställdes, och levotyroxin (Levaxin) sattes in med god effekt.

Vid kontroll hos distriktssköterska (blodtryck och TSH-värde) 2006 påtalade hon besvär med »myrkrypningar« i benen av och till, framför allt nattetid. Hon nämnde en bekant som fått levodopa (Madopark) mot liknande symtom och ville prova denna medicin. Efter telefonkontakt sattes Madopark in i liten dos, och symtomen gick i regress. Den planerade provtagningen med kontroll av B-Hb, P-ferritin och S-kobalaminer blev inte av. Patienten, boende tre mil från vårdcentralen, tyckte att hon kunde få prova medicinen först och vid utebliven förbättring kunde hon tänka sig ytterligare utredning.

**Vid besöket 2007** berättade patienten att hon det senaste halvåret fått tilltagande svullnad i båda benen och känt sig trött. Hon bor i egen villa och när hon skulle gå till postlådan var hon tvungen att stanna en gång och vila, eftersom hon blev trött i benen; därefter kunde hon fortsätta. Hon hade inga bröstsmärtor, andfäddhet eller hosta vid ansträngning eller i vila, och på natten sov hon bra utan extrakudde under huvudet. Hon hade god aptit, ingen viktnedgång och inga ändrade avföringsvanor och inte heller hade hon noterat något blod i avföringen. Bensvullnaden var mer påtaglig på kvällen än på morgonen.

Vid undersökningen var hon opåverkad, möjligen lite blek i hyn. Benen var lätt svullna upp på halva underbenen. Munhåla och svalg var retningsfria, och inget anmärkningsvärt noterades vid palpation av lymfkörtelstationer och tyreoida. Hjärtat auskultades med en regelbunden rytm utan biljud och med en frekvens av 70 slag/minut. Inget anmärkningsvärt hördes över lungfälten. EKG visade sinusrytm, lite flackare T-vågor över V1–V2–V3 jämfört med 2000. Blodtrycket uppmättes till 125/70 mm Hg i liggande. Buken palperades överallt mjuk och oöm.

Min patient hade fått en akuttid men var påfallande opåverkad, och jag kunde efter anamnes och statusfynd inte få någon ytterligare vägledning om vad detta kunde röra sig om. Jag ordinerade blodprovstagning, och efter denna kunde hon få åka hem igen, och jag lovade att höra av mig dagen därpå för att rapportera vad blodproven visade.

**Tio minuter senare** kom undersköterskan inrusande till mig

### ■ SAMMANFATTAT

**Anemi** är en relativt vanlig diagnos på en vårdcentral och förekommer hos nästan var femte individ över 65 år. **Enkel patientnära** provtagning med kapillärt Hb möjliggör tidigt upptäckt av anemi, och därmed kan behandlingsbara

orsaker relativt snabbt identifieras. **Vid uppföljningar** av äldre individer på vårdcentral, oberoende av orsak, bör man överväga att regelmässigt kontrollera Hb-värde.

och berättade att Hb-värdet var 27 g/l hos min patient och detta efter tre mätningar. Dessutom hade undersköterskan mätt Hb-värdet på sig själv tre gånger, och värdet var 111 g/l. Vårdcentralens laboratorium är ackrediterat så det kändes rimligt att lita på dessa värden.

Undersköterskan sprang ut på parkeringen och hämtade in patienten och medföljande dotter för information och vidare remiss till sjukhuset, 46 km norrut. (I vanliga fall kontrollerar undersköterskan att de blodprovsvärden som direkt analyseras är inom referensintervallet innan patienten får lämna vårdcentralen; denna gång blev det något fördröjt.)

### Uppföljning

På sjukhuset konfirmerades det låga Hb-värdet, och kvinnan lades in och fick blodtransfusioner. Vidare utredning med DT-buk visade inte på något anmärkningsvärt och inte heller gastroskopi. Däremot upptäcktes en tumör i ändtarmen vid koloskopi. Inom två veckor var hon opererad, och en sigmoideumstomi hade anlagts.

Vid telefonkontakt med patienten i januari 2008 mådde hon efter omständigheterna bra, och hon gav då sin tillåtelse till att jag skriver om detta i en medicinsk tidskrift. I november 2008 mådde hon fortsatt bra och hade kunnat vara ute med hunden på promenad (enligt muntlig rapport från sköterska på vårdcentralen).

### Konklusion

Som allmänläkare möter vi dagligen en mängd olika människor med de mest varierande symtom, där vi måste ta ställning på en ganska kort tid om hur vi bäst ska handlägga varje enskild individ. Det aktuella fallet belyser detta, och med facit i hand kan man naturligtvis tycka att en rektal- och bröstpalpation hade varit på sin plats. Å andra sidan gav anamnesen inga hållpunkter för sjukdom gastrointestinalt. Däremot kompletterades undersökningen med blodprovstagning och akutsvar på några få variabler (Hb, plasmaglukos, SR) som man många gånger har stor hjälp av.

Efter besöket 2000 följdes patienten upp med inriktning på blodtrycket och ämnesomsättningen, varför ytterligare Hb-prov inte togs. Patientens symtom med myrkrypningar i benen

2006 kunde naturligtvis ha varit ett första tecken på järnbrist med efterföljande gradvis anemiutveckling som hon haft tid att anpassa sig till. Av ovan nämnda skäl blev då ingen provtagning utförd.

En lärdom från detta fall skulle kunna vara att man i samband med övrig provtagning också kontrollerar Hb-värdet med jämna mellanrum för att eventuellt upptäcka anemi i tidigt skede. Trots allt förekommer anemi hos nästan var femte individ i gruppen äldre.

Under min tid som verksam allmänläkare har jag aldrig noterat ett så lågt Hb-värde och ingen av kollegerna heller. Vid förfrågan på hematologen på Universitetssjukhuset i Örebro hade ingen där heller hört talas om ett så lågt Hb-värde.

Nyligen publicerades i Läkartidningen en beskrivning av ett fall av extremt lågt Hb-värde (17 g/l), denne patient var dock 30 år yngre [6].

Min fråga till läsarna är om era erfarenheter av låga Hb-värden hos äldre, har ni sett så här låga värden någon gång?

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

*Kommentera denna artikel på lakartidningen.se*

### REFERENSER

1. Gaskell H, Derry S, Andrew Moore R, McQuay HJ. Prevalence of anaemia in older persons: systematic review. *BMC Geriatr.* 2008;8:1.
2. Blanc B, Finch CA, Hallberg L, Herbert V, Lawkowitz W, Layrisse M, et al. Nutritional anaemias. Report of a WHO scientific group. *World Health Organ Tech Rep Ser.* 1968; 405:1-40.
3. Beutler E, Waalen J. The definition of anemia: what is the lower limit of normal of the blood hemoglobin concentration? *Blood.* 2006;107(5): 1747-50.
4. Nilsson-Ehle H, Jagenburg R, Landahl S, Svanborg A. Blood haemoglobin declines in the elderly: implications for reference intervals from age 70 to 88. *Eur J Haematol.* 2000;65(5):297-305.
5. *Läkemedelsboken 2007/2008.* Stockholm: Apoteket AB; 2007.
6. Lindgren A, Lasson A. Hb 17 g/l! Överlevde utan synbara men. Rapport om ett fall med extrem perniciös anemi. *Läkartidningen.* 2008; 105:3015-7.

Enligt läkarna är tid och personalresurser viktiga för en patientsäker vård.\*  
Vad tycker du?

**PS.**

Var med och påverka förutsättningarna för en patientsäker vård på [www.lakarforbundet.se/ps](http://www.lakarforbundet.se/ps). Som i patientsäkerhet.

\*Enligt vår undersökning i april 2008