

Gäller för: Område M3 MHV

Giltig från: 2024-06-03

Innehållsansvar: Antje Johannsmeyer, (antjo1), Överläkare

Giltig till: 2026-06-03

Granskad av: Antje Johannsmeyer, (antjo1), Överläkare

Godkänd av: Åsa Prebensen, (asapr), Områdeschef

Anemi under graviditet – utredning och behandling, M3

Förändringar sedan föregående version

I kapitlet om parenteral järnsubstitution är indikationerna uppdaterade och handläggningen borttagen. Istället länkas det till ett eget dokument “Järninfusion under graviditet och post partum samt efter stor blödning”.

Bakgrund och syfte

Anemi under graviditet är mycket vanligt förekommande. Rutinen avser ge vägledning i screening, utredning, behandling och uppföljning av anemin.

Definitioner anemi

Anemi är ett samlingsbegrepp för alla tillstånd som medför sänkt hemoglobinhalt (lågt Hb), oavsett orsak.

Anemi under graviditet definieras som Hb <110 g/L tom vecka 27+6 samt Hb <105 g/L from vecka 28+0

Vanliga orsaker till anemi under graviditet

Utspädningsanemi

Orsakas av ökad blodvolym (med 30 – 40 %) där plasmavolymen ökar mer än nybildningen av röda blodkroppar. Effekten är mest uttalad kring graviditetsvecka 28–32.

Brist på näringsämnen

Järn, folsyra och vitamin B12 behövs för att bilda hemoglobin. Allvarlig brist på dessa ämnen leder till lågt Hb.

Medfödda defekter av förmågan att bilda hemoglobin

Thalassemi (beta eller alfa). Sickle cell-anemi. OBS. Separat PM är under utarbetning.

Utförande

Screening för anemi under tidig graviditet (upp till v 12+0)

I basprogrammet ingår vid inskrivningen även screening för anemi med kapillärt Hb samt screening för järnförråd med S-ferritin. Vid järnbrist (låg S-ferritin) utan anemi (normalt Hb) följs riktlinjen ”Järntillskott under graviditet”. Vid anemi skall provsvaren bedömas av läkare.

Screening för anemi efter v 12+0

Hb kontrolleras enligt basprogram i v 10–12, 25 och v 35, samt utöver basprogram om patienten uppger symtom/visar kliniska tecken enligt ovan.

Provtagning för utredning av anemi som tillkommer under graviditet

Provtagningen syftar till att fastslå orsaken till anemin.

Basala anemiprover

Hb, EVF, MCV, MCHC, MCH, S-ferritin (oavsett tidigare provtagning), TPK och LPK (tas utan läkarordination av barnmorska vid Hb <110 g/L före v 28+0 eller Hb <105g/L from v 28+0). Normala provsvar signeras av barnmorska.

Avvikande provsvar läggs upp i konsultationslistan för läkarbedömning och fortsatt utredning enligt ordination, där följande tabell kan ge vägledning:

Fynd	Indicerad provtagning	Frågeställning
Hyperkrom och makrocytaranemi (eller normokrom och normocytär anemi <i>trots</i> järnbrist).	S-Hcy (S-Homocystein).	Brist på folsyra och/eller vitamin B12.

Fynd	Indicerad provtagning	Frågeställning
Hypokrom och mikrocytär anemi <i>trots</i> normalt S-Ferritin.	Fraktionerat Hb (om ej testat tidigare).	Thalessemi, sicklecell anemi.
Vitamin B12-brist	S-TIBC	Järnbrist (S-Ferritin ej tillförlitligt vid Vitamin B12-brist).
Oklar anemi (OBS: anamnes, blödning? läkemedel?).	<ol style="list-style-type: none"> 1. Celler, b-diff, retikulocyter, TPK. 2. S-krea, u-prot, ALAT, ASAT, gamma-GT. 3. S-haptoglobin, S-LD 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Benmärgspåverkan 2. Lever-/njurpåverkan 3. Hemolys

Tabell för tolkning av laboratoriesvar vid anemiutredning, se: [Anemi under graviditet, utredning och behandling Bilaga 1 Barnmorskemottagningar M3](#)

OBS. Vid allvarlig anemi utan uppenbar förklaring efter fortsatt utredning enligt ovan inom mödrahälsovården eller vid utebliven effekt på behandling remitteras patienten till vårdcentral eller hematolog för fortsatt handläggning (läkarremiss)!

Behandling av anemi under graviditet

Oral järnsubstitution

Tablett järnsulfatheptahydrat (t ex Duroferon®) 100 mg x 2–3 i minst två månader. Det kan vara meningsfullt att börja med lägre dos och trappa upp under några dagar för att minska risken för gastrointestinala biverkningar.

Hb-kontroll efter 10–14 d. Hb förväntas stiga med 1g/L och dag. Om det inte sker måste annan orsak till kvarstående anemi övervägas.

Järnabsorptionen förbättras av C-vitamin, fisk och kött och hämmas av mjölk, ägg, te samt antacida och bulklaxativ. (Hämningen är dock mer uttalad vid tillskott än vid anemibehandling). Järnpreparat skall inte intas samtidigt med levotyroxin (t ex Levaxin®), eftersom järn minskar upptaget av tyroxin.

Vid förstoppning ges kostråd och rekommendationer om bulklaxativ (som dock inte ska intas samtidigt som järnet). Man kan även pröva preparatbyte till ferroglycinsulfatkomplex (t ex Niferex®) 100 mg x 2–4.

Det finns andra beredningsformer, så som olika kosttillskott, som hos vissa patienter kan ha mera gynnsam biverkningsprofil och möjliggör försök till oral substitution även om ferroglycinsulfatkomplex och järnsulfatheptahydrat inte tolereras.

Parenteral järnsubstitution

Indikationer

- Symtomgivande anemi verifierad genom anemiprover (lågt MCV) där järnbrist anses vara den mest sannolika orsaken (S-Ferritin <15)
- Stor blödning post partum eller i samband med abort, missfall eller extrauterin graviditet
- Patienter med
 - Kontraindikation mot peroral järnbehandling (t ex överkänslighet/allergi)
 - påvisad intolerans mot peroral järnbehandling (även patienter med inflammatorisk tarmsjukdom under skov eller som ej tolererar oralt järn)
 - inadekvat svar på peroral järnbehandling

Handläggning

För handläggning hänvisas till dokumentet "Järninfusion under graviditet och post partum samt efter stor blödning".

Behandling av vitamin B12-brist

Vid påvisad vitamin B12-brist kontrolleras S-TIBC. Detta för att obehandlad grav B12-brist leder till ineffektiv erytropoes med omfördelning av kroppens järn från den reducerade erytrocytmassan till serum och depåer, vilket ses som ökad transferrinmättnad och ferritin, ibland till nivåer som vid hemokromatos. Normal transferrinmättnad och normalt ferritin är i denna situation ett uttryck för absolut järnbrist. S-ferritin och S-TIBC ska följas upp efter insatt vitamin B12-substitution.

Remissionsbehandling

Tablett Vitamin B12/cyanokobalamin (t ex Betolvex®, Betolvidon®)
1mg, 2x2 i en månad.

Underhållsbehandling

Någon av ovanstående tablett på 1 mg 1x1 dagligen.

Vitamin B12 ges endast i undantagsfall parenteralt (vid otillfredsställande effekt på oral behandling eller förekomst av neurologiska symtom).

Vid nyupptäckt vitamin B12-brist utfärdas remiss till vårdcentral för utredning och uppföljning, då bakomliggande sjukdom som orsak bör uteslutas (läkarremiss).

Behandling av folatbrist

Remissionsbehandling

Tablett folsyra 5 mg, 2x2 i 2–3 veckor.

Underhållsbehandling

5 mg 1x1 2–3 ggr per vecka alternativt folsyra 1 mg 1x1.

OBS. Vid samtidig folsyra- och vitamin B12-brist skall vitamin B12-bristen korrigeras först, då man med folsyraterapi kan förvärra neurologiska symtom. Folatomsättningen är vitamin B12-beroende. Vid grav vitamin B12-brist utan samtidig folatbrist stiger P-folat men B-folat sjunker. Vid folatbrist är både P-folat och B-folat låga.

Hemoglobinopatier

Thalassemierna och sicklecell-trait/anemi är en grupp ärftliga sjukdomar med defekt produktion av proteinet hemoglobin (Hb) respektive produktion av en felaktig Hb-molekyl. Då det är fler aspekter att beakta än anemin hos den gravida kvinnan avhandlas detta kapitel i ett separat PM som är under utarbetning.

Uppföljning

Diagnoskoder

Anemi O99.0

Järnbristanemi D50.9

Folatbristanemi D52.9

B12-bristanemi D51.9

Ansvar

Mödrahälsovårdsöverläkare ansvarar för innehållet i riktlinjen. Områdeschefer och enhetschefer ansvarar för att riktlinjen implementeras och efterlevs.

Länk för fördjupning:

[Anemier | Läkemedelsboken \(lakemedelsboken.se\)](https://lakemedelsboken.se)

Information om handlingen

Handlingstyp: Riktlinje verkställighet

Gäller för: Område M3 MHV

Innehållsansvar: Antje Johannsmeyer, (antjo1), Överläkare

Granskad av: Antje Johannsmeyer, (antjo1), Överläkare

Godkänd av: Åsa Prebensen, (asapr), Områdeschef

Dokument-ID: RHS9927-391389789-14

Version: 4.0

Giltig från: 2024-06-03

Giltig till: 2026-06-03