

EN INFORMATIONSTIDNING OM JÄRN

NUMMER 1, 2003



INNEHÅLL

- ◆ Inledning
sidan 2
- ◆ Blodbrist - anemi under graviditet
sidan 2,3 & 4
- ◆ Så här kontaktar du oss
sidan 4
- ◆ I nästa nummer...
sidan 4



G
E
J
Ä
R
N
E
T

INLEDNING

1997 startade David Erlich Erol AB och under våren 2000 lanserades Niferex, som är ett läkemedel för behandling av järnbrist. Erol AB ligger i Skurup sydöst om Malmö. David, som är biokemist, har ett förflutet inom läkemedelsindustrin sedan drygt 20 år. För närvarande är Niferex det enda läkemedlet som marknadsförs av Erol AB.

I september 2002 blev Christina Sandberg anställd som produktspecialist för Stockholm, Södertälje, Norrtälje, Uppsala, Örebro, Västerås, Nyköping, Norrköping, Eskilstuna och Gävle/Sandviken. Christina är sjuksköterska och har arbetat med läkemedel under flera år, men de senaste åren har hon arbetat som sjuksköterska med dels äldre rehabilitering och dels med dialysbehandling. Kontor finns i bostaden som ligger i Sollentuna norr om Stockholm.

Adresser och telefonnummer finns på sista sidan.

Ge Järnet är en tidskrift som kommer att ges ut 2-3 gånger varje år. Den kommer att innehålla artiklar om ämnet järn och järnbrist. Tidningen riktar sig framför allt till barnmorskor. Vi tar tacksamt emot förslag på intressanta artiklar som vi kan publicera i **Ge Järnet**.

På sista sidan kommer vi att ha en frågespalt om järnbrist och Niferex. Kontakta oss gärna om du har någon fråga som vi kan ha med i tidningen!

Niferex patientinformation är omarbetad och texten är något förenklad. För övrigt ser den ut som tidigare.

Vi önskar dig en stunds intressant läsning!

BLODBRIST - ANEMI UNDER GRAVIDITET

Många kvinnor ser blodvärdet som ett tecken på hur friska dom är. Därför är det viktigt att veta att nästan alla kvinnor sjunker något i blodvärde under graviditeten, tämligen många så mycket att det blir blodbrist. Det beror på att plasmavolymen ökar under graviditeten med ungefär 50%. De röda blodkropparna ökar också, med ungefär 25% men ökningen släpar efter i förhållande till ökningen av plasmavolymen.

Blodvärdet, hemoglobinvärdet, (Hb) hos en frisk kvinna i barnafödande ålder brukar ligga mellan 115-145 g/l. Anemi är Hb under 110 g/l medan värden över 100 g/l inte räknas som speciellt sjukligt under graviditet.

Denna normala sänkning av blodvärdet visar sig ofta i graviditetens mellersta tredjedel och eftersom den kommer långsamt märker kvinnan oftast inte av den.

Plasma är det som blodkropparna badar i - om man centrifugerar blod så att alla blodkroppar, vita som röda, hamnar nederst i centrifugröret kvarstår en klargul vätska som utgör plasma. Här finns alla ämnen som transporteras i blodet, många bundna till bärarprotein (äggviteämnen).

BLODBRIST SOM UPPSTÅR UNDER GRAVIDITET

Många kvinnor blir anemiska under graviditetens förlopp och i mer än 95% av fallen beror det på järnbrist (Fe-brist). Graviditet medför nämligen ett starkt ökat järnbehov som totalt uppskattas till ca 700 mg. Det gör sig gällande som ett successivt ökande dagligt behov med början från graviditetsvecka 20 och fram till förlossningen.

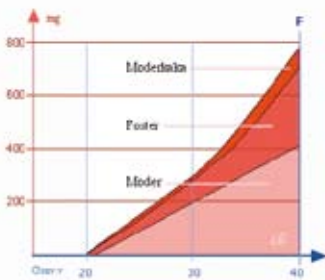
Lycka!

Åhh, det är mycket enkelt, det är bara god hälsa & dåligt minne...

Ernest Hemingway

EROL AB

Det beror på det ökande behovet av syretransportörer och därmed en ökande nybildning av röda blodkroppar. Järn är ett viktigt ämne för hemoglobinnbildningen. I Sverige rekommenderar vi ett järntillskott på 100 mg/dag från graviditetsvecka 20 då undersökningar visat att hälften av alla gravida kvinnor utan denna profylax skulle utveckla järnbristanemi eller laboratoriemässiga tecken på järnbrist.



Det kumulativt ökande järnbehovet under graviditeten fördelat på var den ökande mängden behövs - moder, foster respektive moderkaka. F står för förlösning.

BLODBRIST REDAN FÖRE GRAVIDITETEN

Blodbrist som kvinnan har redan före graviditeten upptäcks inte sällan i samband med inskrivningen hos barnmorska. Även bland dessa fall är den vanligaste orsaken järnbrist, men det finns andra typer som måste diagnostiseras i tidig graviditet – de så kallade talassemierna (se nedan).

En del blodbristsjukdomar hittar vi inte inom mödravården av den anledningen att de oftast redan är konstaterade i samband med hälsokontroll eller insjuknande tidigare i livet. Ett exempel på detta är pernicios anemi som beror på vitamin B₁₂-brist av någon anledning.

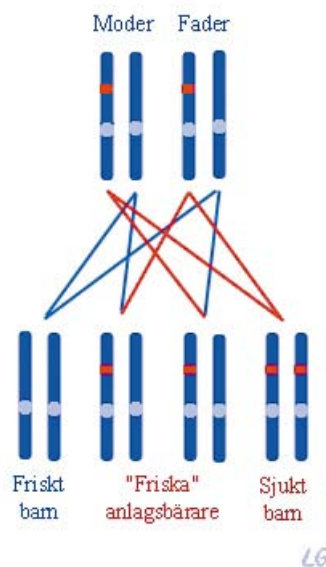
Megaloblastanemi

I något fall på tusen uppstår en megaloblastanemi under graviditet, den brukar inte uppträda förrän i sista tredjedelen av graviditeten. Oftast beror den då på folsyrebrist, vitamin B₁₂-brist är extremt sällsynt i dessa fall. Folsyrebrist kan förekomma vid vissa tarmsjukdomar med dåligt upptag via tarmen men också på grund av dålig kost, eventuellt i samband med alkoholmissbruk.

Talassemi

Talassemierna är genetiskt betingade (ärftliga) blodbristsjukdomar där den största genetiska koden ger bildning av ett defekt hemoglobin. Ärftligheten är rak och förutsägbar: om en av föräldrarna har ett sjukdomsanlag blir 25% av barnen anlagsbärare men inte allvarligt sjuka, resten helt friska och inte bärare till anlaget. Har båda föräldrarna vardera ett anlag blir barnen till 25% friska, till 50% anlagsbärare och till 25% sjuka i den allvarliga bemärkelsen (se figur).

Sjukdomsanlaget är extremt ovanligt i den genuint nordiska befolkningen men finns i betydande omfattning i vissa områden i Sydeuropa, Afrika, Asien och Ostasien. Förekomsten av anlag ökar givetvis med invandringen och i invandratäta områden är talassemi inte helt ovanligt. Talassemierna är s k hemolytiska anemier, dvs de röda blodkropparna förstörs ute i kärlen och hemoglobinet kommer ut i plasma där det mister sin syrebärande förmåga och bryts ner.



Nedärvning av talassemi

Rött på kromosomerna betecknar talassemi-genen. Vardera mammans kromosomer har två möjligheter att smälta samman med faderns kromosomer, därav de fyra möjliga slutprodukterna. Om både moder och fader är bärare av ett anlag blir 25% av barnen friska och utan anlag. 50% oftast friska men bärare av anlaget och 25% allvarligt sjuka i talassemia major (dubbelt bärarskap).

Att skriva brev till sin käresta är som att rita en skinksmörgås när man är hungrig...

Carl-Gustaf Lindstedt



Beta-talassemi är den vanligaste formen av talassemi och den som kan ha de allvarligaste konsekvenserna för det väntade barnet. Det finns vissa möjligheter att tidigt i graviditeten fastställa om det väntade barnet kommer att få den allvarliga formen av beta-talassemi. Det görs genom att titta på kromosomerna i fosterceller som man hämtat ut via moderkaksprov eller fostervattenprov. Eftersom det finns många genetiska typer av beta-talassemi måste man dock i förväg ha fastställt vilken undertyp de båda föräldrarna har eller ett tidigare sjukt barn vara typbestämt.

Thalassaemia minor kallas det tillstånd då man har ett av två möjliga sjukdomsanlag, så kallat enkelt bärarskap. Det finns olika uttrycksformer men de flesta är besvärsfria trots lågt Hb. Blodbilden efter provtagning visar samma resultat som vid Fe-brist (järnbrist). Misstänker doktorn talassemi tar hon/han ett annat blodprov som kallas Hb-elfores och som skiljer ut de olika Hb-typerna och ger diagnos. Under graviditet är skillnaden mellan järnbristanemi och talassemi viktig eftersom kvinnan med talassemi ofta inte har järnbrist – och inte får ta för mycket järn under sin graviditet. Vid för hög järndos i dessa fall är risken stor för att det ansamlas järn i kroppen i sjukdomsframkallande mängd. Dessutom behövs ett tillskott av folsyra på 5 mg dagligen.

Thalassaemia major kallas det tillstånd då man har båda anlagen, dubbelt bärarskap. Det innebär en mycket svår blodbrist som fodrar ständigt upprepade blodtransfusioner och barn med denna sjukdom når praktiskt taget aldrig barnafödande ålder.

Alfa-talassemi förekommer, liksom beta-talassemi i en mängd genetiska varianter och ger sig därmed tillkänna på olika sätt. De flesta typerna är vid enkelt bärarskap milda utan symtom men med lätt sänkt blodvärde – som vid beta-talassemi. En viktig skillnad mellan dessa båda typer av blodbrist är att gravida kvinnor med alfa-talassemi behöver järntillskott i samma utsträckning som friska gravida kvinnor. Dessutom behövs ett

tillskott av folsyra på 5 mg dagligen.

Det finns sällsynta genetiska varianter som givna av båda föräldrarna till ett barn kan göra detta mycket sjukt – så sjukt att det kan dö redan i livmodern.

Sicklecellanemi är också en ärftlig sjukdom som drabbar hemoglobinet och ger blodbrist. Dessutom ger den skador på de röda blodkropparnas cellmembran som gör att dessa ändrar form (sicklar) och att de blir rigida, stela. Detta senare gör att de kan fastna i de tunna kärlen i mikrocirkulationen ute i olika organ. Hos den som drabbas ger sig detta tillkänna allt från en obehagskänsla till svåra smärtor – framförallt drabbar detta armar och ben, leder och buk. Kvinnor med enkelt bärarskap brukar ha en lätt anemi och vara tämligen besvärsfria, dock kan, i vissa situationer, en kris med sickling utlösas.

Graviditetsutfallet är utmärkt, det skiljer sig inte från genomsnittet. Det är inte säkert att man behöver något järntillskott men däremot folsyra 5 mg per dag. För kvinnor med sjukdomen sicklecellanemi, det vill säga dubbelt bärarskap är situationen sämre med ofta svår anemi. Oftast har dessa kvinnor också täta kriser med svåra smärtor och organpåverkan, vanligast benvävnad, njurar, lungor och hjärta. Infektionsbenägenheten är mycket stor och man måste söka för minsta tecken på blåskatarr, njurbäckeninflammation och lunginflammation.

Graviditetsutfallet är dåligt med ökad risk för missfall och intrauterina dödsfall och dödsfall vid eller efter förlossningen är kraftigt ökad. Ett måttligt järntillskott behövs, liksom folsyra 5 mg per dag.



*Docent Lars Grennert
Mödrahälsöverskövrläkare
Universitetssjukhuset MAS,
Malmö*

I NÄSTA NUMMER

- Frågor & svar
- Vår personal
- Artikel om: *“Biff eller persilja - vilken mat ger mest järn?”*

SÅ HÄR KONTAKTAR DU OSS:

David Erlich

0708-54 08 35

david.erlich@erol.se

Christina Sandberg

0709-50 44 30

christina.sandberg@erol.