

Hb-provtagning för asylsökande under 18 år

Syfte

Är att fungera som ledning vid bedömning av avvikande provsvar för Hb vid screening av asylsökande barn och ungdomar under 18 år.

Omfattning

Läkare, sjuksköterskor och övriga medarbetare i primärvården som är engagerade i hälsoundersökning av asylsökande.

Ansvar

Chefläkare

Riktlinje

Princip för bedömning av avvikande Hb-värde vid screening av asylsökande barn och ungdomar under 18 år.

Vad som är normalt Hb-värde för barn är åldersberoende och framgår av nedan tabell.

K (kvinna, flicka); M (man, pojke)

6 mån–7 år	KM 107-134 g/l
8–11 år	KM 118-148 g/l
12–18 år	K 112-158 g/l
12–18 år	M 126-170 g/l

Lågt Hb-värde vid screening behöver värderas genom att barnet erbjuds att komma på en klinisk undersökning med anamnes och ställningstagande till om ytterligare undersökning behöver göras. Det är upp till läkaren att ta ställning till behov av utredning i det enskilda fallet. Självfallet är undersökning frivillig.

Om befogat att utreda ytterligare är den basala bedömningen och utredningen samma som görs för barn i allmänhet, t ex

- bedömning av tillväxt,
- förekomst av lever eller mjältoförstoring,
- kompletterande provtagning utifrån bedömningen; t ex CRP, järnstatus, blodstatus, Hb, MCV, MCH, leukocyter, trombocyter, B12, folat, ev transglutaminasantikroppar (för glutenintolerans)

- För barn som kommer från områden där ärftlig thalassemi är vanligare (t ex Mellanöstern och Afrika) ingår även elfores av hemoglobin om ett lågt Hb bekräftas vid omkontroll. Vid detta tillstånd föreligger vanligen lågt MCV (små röda blodkroppar).
- Vid tveksamhet om hur man ska lägga upp utredningen kan barnklinikens jour/eller bakjour konsulteras.
- Uppenbart sjuka barn med symtomgivande anemi ska naturligtvis remitteras skyndsamt direkt till barnklinik för ställningstagande till blodtransfusion.
- Vid normalt Hb-värde räcker det att vidimera provet. Någon särskild information om det behöver inte lämnas eftersom det rör ett screeningprov bland flera andra.

Bakgrund till screening

Hälsoundersökning och provtagning för asylsökande regleras av SOSFS 2011:11. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om hälsoundersökning av asylsökande m.fl.

Provtagning görs dels för att identifiera smittsam sjukdom och screening för potentiellt allvarliga och livshotande tillstånd hos barn. Syftet med provtagningen är dels att kunna behandla den enskilde mot sjukdomen och dels att förhindra vidare spridning bland befolkningen i Sverige.

Provtagningen enligt Socialstyrelsens rekommendationer innehåller främst screeningsprover för smittsamma sjukdomar. Provtagning för alla barn inkluderar HIV, Hepatit B (HBsAg och antiHBs), Hepatit C (antiHCV), Hb, och för barn upp till 8 år inkluderas även PKU och för barn upp till 6 år även maskäggi/giardiainfektion. Som för hälsosamtalen och undersökning är även denna del av hälsoundersökningen frivillig.

Beträffande Hb-screening hos barn är ett skäl till provtagning att identifiera thalassemi. I många länder finns screeningprogram för att finna bärare av beta-thalassemi. Screening i kombination med möjligheten till fosterdiagnostik har gjort att antalet barn som föds med svår form av beta-thalassemi har minskat kraftigt i dessa länder. Samtidigt har migration gjort att thalassemi blivit vanligare i länder där sjukdomen tidigare var nästan okänd, som exempelvis Sverige. I en utredning som WHO gjorde 1994 uppskattades att det varje år i världen föds cirka 26 000 barn med svår beta-thalassemi och 4 500 med den svåraste formen av alfa-thalassemi som innebär att barnet dör redan på fosterstadiet eller strax efter födseln. Alfa-thalassemi förekommer framför allt i befolkningar från Sydostasien, medan beta-thalassemi är vanligast i Medelhavsområdet, norra Afrika, Mellanöstern, Indien och Sydostasien.

Det finns idag inga säkra uppgifter om hur många personer i Sverige som har symtomgivande thalassemi. Troligen finns det cirka 100 personer med den svåra formen av beta-thalassemi som kräver blodtransfusioner. Sjukdomen är vanlig i de geografiska områden i världen där malaria tidigare har varit eller idag är vanligt.

Personer med **alfa-thalassemia minor** har endast lindrig anemi som oftast saknar praktisk betydelse för hälsan.

Vid **Hb-H-sjukdom** är anemin medelsvår eller svår med blodvärde (hemoglobinvärde) mellan 70-100 g/L. Anemin ger symtom i form av trötthet och blekhet. Det är vanligt med ikterus (gulsot) på grund av ökad nedbrytning av hemoglobin och att levern och mjälten blir förstörade. Akut försämring av anemin (hemolytiska kriser) kan uppträda vid infektioner som stör den sköra balansen mellan bildning och nedbrytning av röda blodkroppar.

Personer med **beta-thalassemia minor** har en lindrig anemi, oftast mikrocytär anemi. Under normala förhållanden ger anemin inte några symtom. Den kan förvärras av järn- eller folsyrabrist, liksom vid infektioner. Ungefär 10 procent får lever- och mjältförstoring.

Vid **beta-thalassemia major** visar sig symtomen oftast redan under det första levnadsåret med blekhet och trötthet till följd av anemin. Barnen har dålig tillväxt och den motoriska och kognitiva utvecklingen är ofta försenad. Kraftig lever- och mjältförstoring uppkommer också tidigt. Utan blodtransfusioner avlider de flesta med sjukdomen vid två till tre års ålder, ofta till följd av hjärtsvikt orsakad av den stora blodvolymen och syrgasbristen på grund av den svåra anemin.

Med dagens behandling med blodtransfusioner går det att nästan helt undvika symtom av anemin.

Vid **beta-thalassemia intermedia** är inte blodbristen så uttalad, utan hemoglobinnivån brukar normalt hålla sig över 70 g/L. Man behöver då vanligtvis inte upprepade blodtransfusioner men uppföljning är viktigt.

Källor: Socialstyrelsens information, Rikshandboken Barnhälsovård

Ändringshistorik

Datum	Ändring	Utförd av
2018-12-04	Reviderad utan ändringar	Mattias Alvunger
2017-03-29	Utformad efter socialstyrelsens informationsmaterial	Uppgift saknas
2022-05-02	Reviderad	Charlotte Joborn

