

ANEMİNİN LABORATUAR DEĞERLENDİRİLMESİ VE MORFOLOJİK SINIFLAMASI

4. BÖLÜM

ASLI ÖCAL¹

Giriş

Anemi, eritrosit kitlesinin ve hemoglobin (Hb) miktarının yaş ve cinsiyet göz önüne alınarak hesaplanan normal değerlerin altında olmasıdır (1). Anemi, kadınlarda Hb < 12 g /dL, erkeklerde Hb < 13 g / dL şeklinde saptanmasıdır (2). Anemi bir tanı değildir, anemi nedeni açıklanması gereken bir laboratuvar bozukluktur. Anemi tespitinden sonra mutlaka nedeni saptanmalıdır (1).

Aneminin Laboratuvar Değerlendirilmesi

Aneminin ağırlığı, patofizyoloji hakkında önemli bilgileri elde etmemizi sağlayan cihazlar elektronik, otomatize kan sayım cihazlarıdır. Bu cihazlarla saptadığımız normal aralıklar mevcuttur (**Tablo 1**) (3).

¹ Uzm. Dr., Kartal Doktor Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği, asgozek@hotmail.com

ğerlendirilmesi önemlidir. Normositer anemisi olan hastada protein elektroforezi multipl myelom tanısında destekleyici olabilmektedir. Belirgin neden saptanmayan olgularda kemik iliği incelenmesi açısından hasta değerlendirilmelidir (8,9).

Makrositer Aneminin Değerlendirilmesi (MCV>100 fl)

Megablastik anemi ilk akla gelmesi gereken makrositer anemidir. Öncelikle tespit edilmesi gerekmektedir. Megaloblastik anemide periferik yayma değerlendirilmesi önemlidir. Periferik yaymada genelde nötrofillerde hipersegmentasyon ve oval makrositler saptanır. Serum kobalamin ve serum folat seviyeleri ilk planda bakılması gereken laboratuvar tetkiklerdir. Eksiklik saptanması durumunda altta yatan neden araştırılarak replasmana başlanılır. Laboratuvar değerleri normal aralıkta olması durumunda retikülosit mutlak sayısı ve hemotokrit seviyesine göre retikülosit üretim indeksi (RPI) hesaplanmalıdır. Retikülositoz saptanırsa, altta yatan hemolitik veya hemorajik durum araştırılmalıdır. İlk planda yapılması gereken tetkikler arasında hemoglobinopatiler için hemoglobin elektroforezi, hemoliz için direkt antiğlobulin (Coombs) testi, glukoz-6-fosfat dehidrogenaz (G6PD) eksikliği için taramadır (8,10).

Sonuç

Tespit edilen anemi sonrası yapılması gereken ilk şey aneminin sınıflandırılmasıdır. Bize en çok yardımcı olan morfolojik sınıflandırmadır. Hem tam kan sayımı hem de periferik yayma değerlendirilmesi önemlidir. Hastanın kliniği ve anamnezi doğrultusunda testler uygun bir algoritmaya göre istenilmelidir.

KAYNAKÇA

1. Hillman,R.S.,Characteristics of marrow production and reticulocyte maturation in normal man in responsetoanemia. TheJournal of clinicalinvestigation, 1969. 48(3): p. 443-453.
2. Beutler, E. and J. Waalen, Thedefinition of anemia: what is thelower limit of normal of theblood hemoglobin concentration? Blood, 2006. 107(5): p. 1747-1750
3. Ünal S. CecilTexbook of Medicine (L. Goldman, D.Ausiello). 22. Baskı. Güneş Yayın Evi, 2006: 963-75
4. İliçin G, Ünal S, Biberöğlü K, Akalın S, Gültekin G. Temel iç Hastalıkları. 2. Baskı. Güneş Yayın Evi, 2002: 1181-1246
5. B., M.S. and W.J. L., ClinicalLaboratoryHematology Third Edition. 2015
6. Stiene-Martin, E.A., C.A. Lotspeich-Steininger, and J.A. Koepke, ClinicalHematology: Principles, Procedures, Correlations. 1998: Lippincott-Raven
7. Ünal S, Balcı YI, Toprak SK. Eritrosit hastalıkları ve hemoglobin bozuklukları tanı ve tedavi kılavuzu. Bölüm III Yetişkinde Demir Eksikliği Tanı ve Tedavi Kılavuzu, Ankara; Türk Hematoloji Derneği 2011. p. 23-33

8. Ferhanođlu B. PDQ Hematoloji (WillamF.Kern, MD). 1. Baskı.stanbul Medikal Yayıncılık, 2005: 1-155
9. Nkhoma, E.T., et al., The global prevalence of glucose-6-phosphate dehydrogenase deficiency: a systematic review and meta-analysis. *Blood Cells, Molecules, and Diseases*, 2009. 42(3): p. 267-278. .
10. Dhaliwai, G., P.A. Cornett, and L.M. Tierney, Hemolytic anemia.American family physician, 2004. 69: p. 2599-2608.