

## Anämie - Abklärung

- AWMF S1-Leitlinie 025-027: Anämiediagnostik im Kindesalter aktueller Stand: 05/2018  
 → AWMF S1-Leitlinie 025-021: Eisenmangelanämie

Cave:

**altersabh. Normwerte:**

Alter	Hämoglobin (g/dl) Mittelwert/ Perzentile 2,5	MCV (fl) Mittelwert/ 95% RI	Retikulozyten ( $10^9/l$ ) Mittelwert/ 95% RI
1. Lebenswoche	19,3 / 15,4	109,6 / 101-119	212 / 97-316
14 Tage	16,6 / 13,4	105,3 / 88-122	
1 Monat	13,9 / 10,7	101,3 / 91-111	
2 Monate	11,2 / 9,4	94,8 / 84-105	
4 Monate	12,2 / 10,3	86,7 / 76-97	46 / 25-82
6 Monate	12,6 / 11,1	76,3 / 68-84	45 / 25-82
9 Monate	12,7 / 11,4	77,7 / 70-86	47 / 29-77
1-2 Jahre	12,0/10,2	80,5 / 72,6-88,9	
3-5 Jahre	12,5/10,8	80,8 / 74,2-88	49 / 26-89
6-8 Jahre	12,9/11,3	82,1 / 75,6-88,8	49 / 26-89
9-11 Jahre	13,4/11,6	83,5 / 76,9-90,4	49 / 26-89
	♀ ♂	♀ ♂	
12-14 Jahre	13,5/ 11,7	14,0 / 12,0 86,3 / 78,6-94	84,1 / 77,2-91,3
15-17 Jahre	13,5 / 11,4	15,0 / 12,4 88,1 / 79,5-96,9	86,5 / 78,8-94,7

### Das Wichtigste für die Praxis:

#### 1. Mikrozytäre Anämie:

##### Eisenmangel:

- häufigste Ursache für eine Anämie im Kindesalter
- Hauptursache ist der alimentäre Mangel, wesentlich seltener die verminderte duodenale Resorption (z.B. bei Zöliakie), chronischer Blutverlust (z.B. bei Menorrhagie), eine chronische entzündliche Erkrankung (z.B. rheumatoide Arthritis, chronisch entzündliche Darmerkrankung) oder selten auch eine genetische Ursache einer eisenrefraktären Eisenmangelanämie (IRIDA für iron-resistant iron deficiency anemia).
- Diagnose: Hb und MCV niedrig, Ferritin vermindert, Fe-Bestimmung nicht sinnvoll!, RDW erhöht
- Orale Eisensubst. über mind. 3 Monate!

##### **DD Thalassämie!**

- Ferritin normal (Cave Akut-Phaseprotein, nicht im Infekt bestimmen) und RDW-Wert normal.
- pos. Familienanamnese (Herkunftsland? Weitere Indexpersonen?)
- Hb-Elektrophorese / Genetik zur Diagnosesicherung!

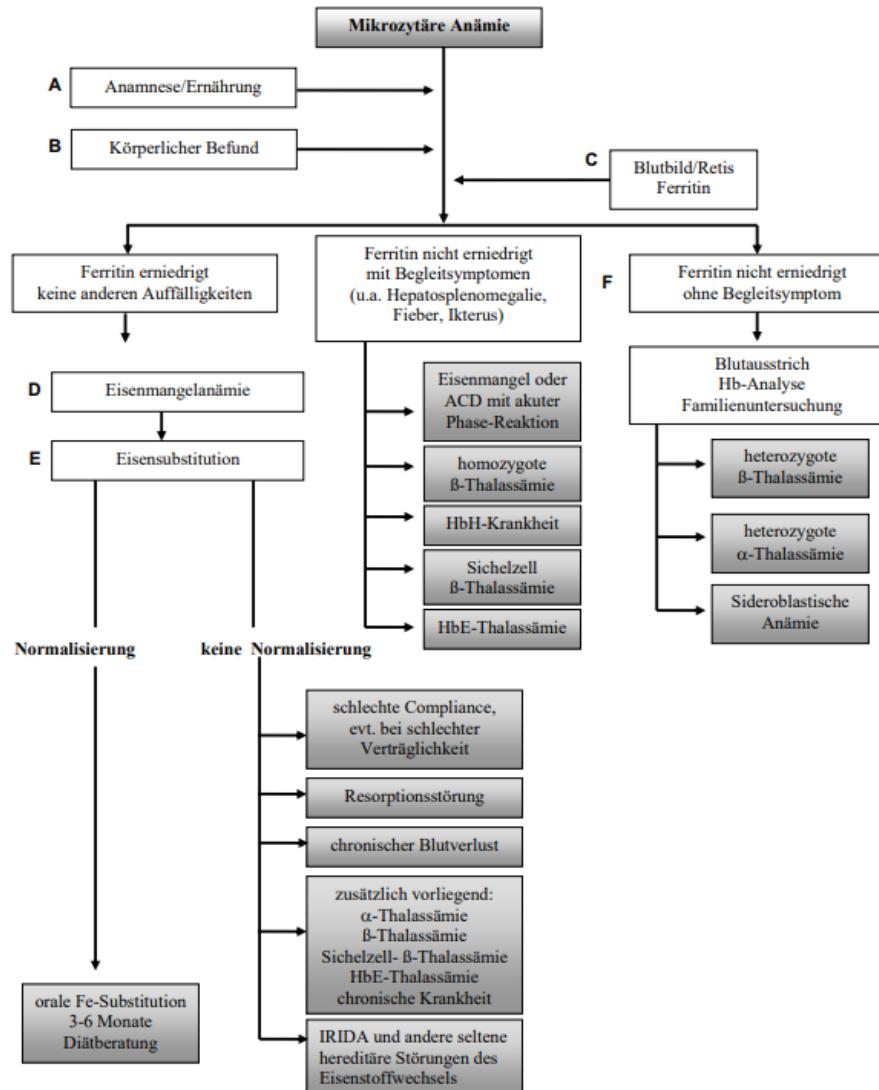
## 2. Normo- und makrozytäre Anämie

- Häufigste Ursache **Vitamin B12- und Folsäuremangel** (Vegane Ernährung?)
- DD **Transitorische Erythroblastopenie bei Kleinkindern**: Kleinkindalter, wenig beeinträchtigter Allgemeinzustand bei stark erniedrigter Hb-Konzentration, vorausgegangener Infekt, keine Hepatosplenomegalie, keine Lymphknotenschwellung, normale Leukozyten- und Thrombozytenzahlen
- Seltener Ursachen: MDS, Leukämie, s.u.

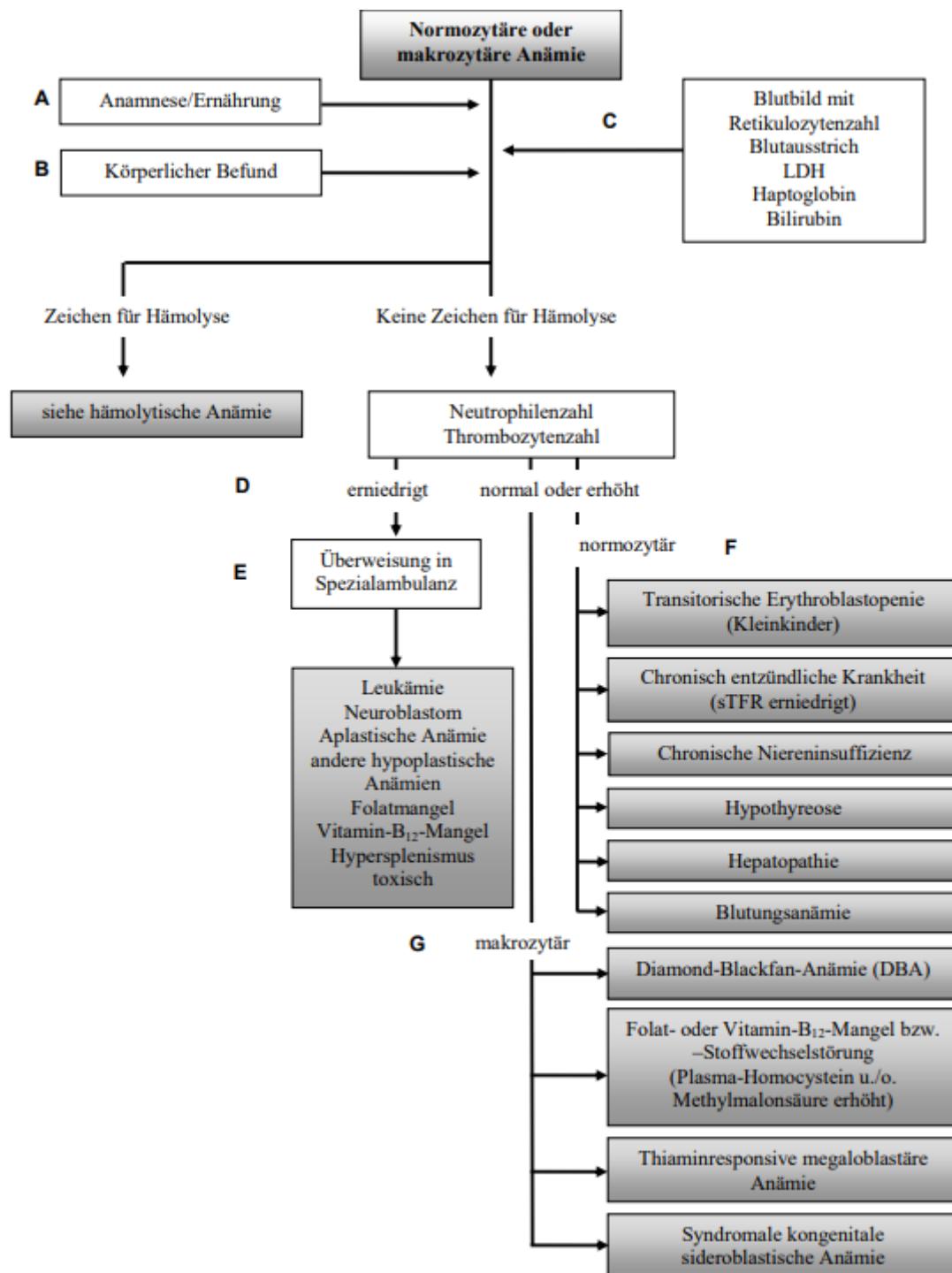
## 3. Hämolytische Anämie

- Oft rasche Dynamik (Hb-Abfall, Hämoglobinurie)
- Akute Einweisungsdiagnose!!!
- In der Regel pos. Coombstest!
- Coombs-Test-neg. hämolyt. Anämien sind seltene Erythrozytendefekte wie z.B. ein Glucose-6-Phosphat-Dehydrogenasemangel
- Therapie in hämatolog. Zentrum!

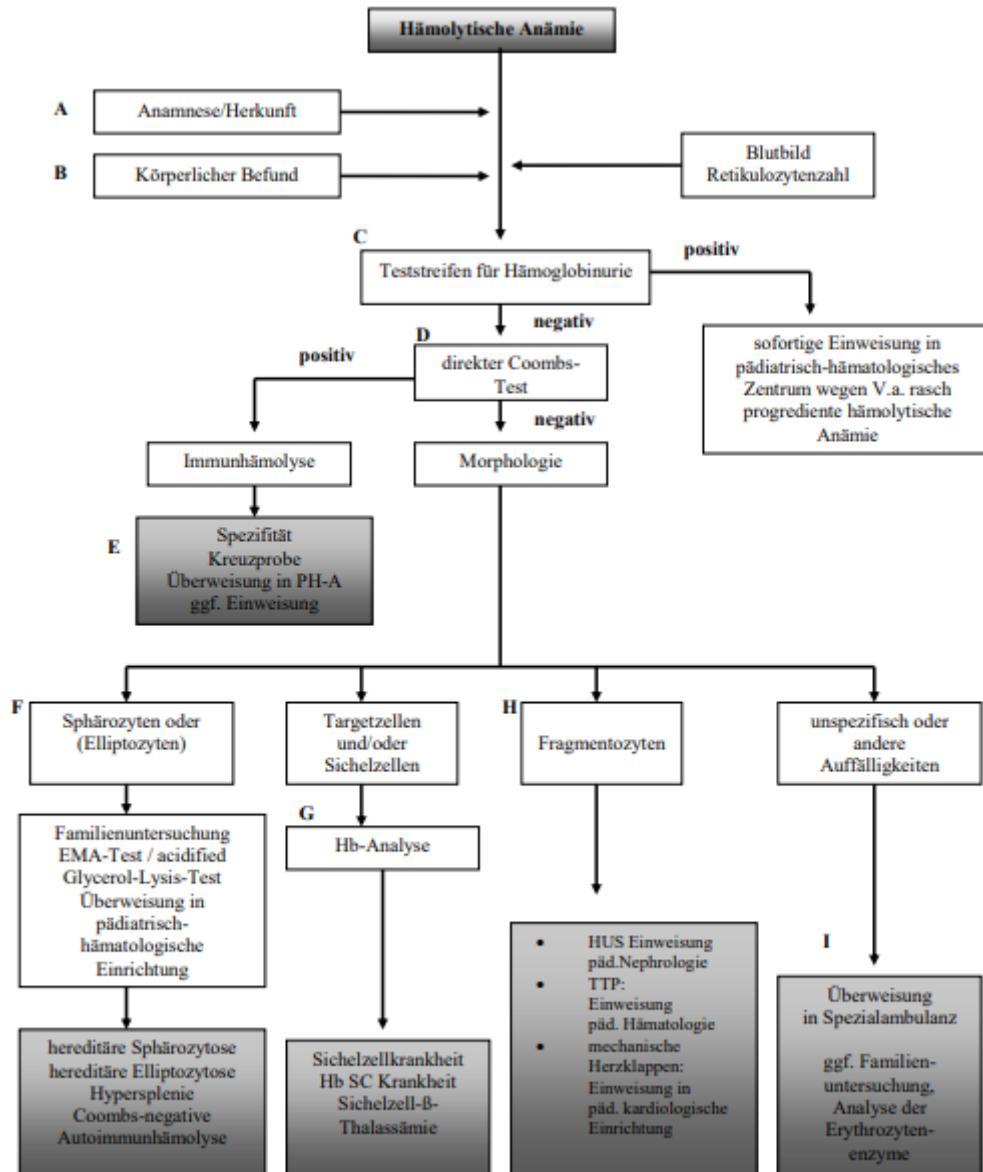
## Abklärung mikrozytäre Anämie



## Abklärung normo- und makrozytäre Anämie



## Abklärung hämolytische Anämie



Bei unklaren Befunden gerne vorab Kontaktaufnahme mit uns per e-mail oder Telefon:

[kinderonkologie.oh@klinikum-stuttgart.de](mailto:kinderonkologie.oh@klinikum-stuttgart.de)

Tel: 0711-27872740