Provtagningsanvisning Trombocyter, B- Hälso- och sjukvård Region Gävleborg

Remiss	Elektronisk remiss från journalsystem i Gävleborgs län eller pappersremiss 1 Bassortiment Gävleborg
Provtagning	5 mL EDTA-rör, lila propp  Kan även tas kapillärt, lila propp Kapillärrör minst 250 µL och max 500 µL blod Viktigt! Det är av yttersta vikt att provrör vänds 8–10 gånger direkt efter provtagning för att undvika koagel i röret. Vid misstanke om pseudotrombocytopeni (aggregation av trombocyter) kan trombocyter i Na-citratrör analyseras. Se Provtagningsanvisning Trombocyter i citratrör, B- Hälso- och sjukvård Region Gävleborg
Förvaring/Transport	Hållbart 24 timmar i kyl
Analyserande laboratorium	Enheten för Klinisk kemi och transfusionsmedicin i Gävle, Hudiksvall och Bollnäs.
Referensintervall	1-7 d 80-350 x 10^9/L 8-14 d 110-430 x 10^9/L 15-30 d 120-590 x 10^9/L 31-60 d 190-680 x 10^9/L 61 d-5 mån 150-650 x 10^9/L 6 mån-10 år 210-590 x 10^9/L 11-17 år 190-460 x 10^9/L K > 18 år 165-387 x 10^9/L M > 18 år 145-348 x 109/L
Svarstid	Dagligen
Ackrediterad	Ja
Efterbeställning	Kan i undantagsfall efterbeställas inom 4 timmar
Patientinformation	Ej tillämpligt
Biobanksprov	Nej

Kopi

Kommentarer/Övrig upplysning	Vid beställning av B-Trombocyter svaras även B-Trombocytmedelvolym (MPV) ut, se Provtagningsanvisning Trombocytmedelvolym, B- Hälso- och sjukvård Region Gävleborg
Medicinsk bakgrund/ indikation Forts.→	Indikation: Vid utredning av oklar blödningsbenägenhet och hematologisk utredning Trombocyterna är blodets minsta celler och är av central betydelse för blodets koagulationsförmåga. De bildas i benmärgen genom fragmentering av megakaryocyternas cytoplasma och saknar därför cellkärna. Totalt bildas 1500 till 3000 trombocyter per megakaryocyt. Trombocyter har en överlevnads-tid på 9–10 dygn i cirkulationen och elimineras därefter av fagocyterande celler i mjälte och lever. Normalt finns tre fjärdedelar av trombocyterna i cirkulationen och en fjärdedel i mjälten. Låga värden, trombocytopeni, kan bero på nedsatt produktion, ökad perifer förbrukning, ökad destruktion eller ändrad fördelning av trombocyterna. • Nedsatt produktion ses i första hand benmärgsskador, t.ex. aplastisk anemi, och även vid akut leukemi och myelom. • Andra orsaker kan vara behandling med cytostatika, vissa andra läkamedel (t.ex. tiazider och sulfonureider), etanolintag, brist på vitamin B_{12} och/eller folsyra, infektionssjukdomar. • Ökad perifer destruktion ses framför allt i samband med immun trombocytopen purpura (ITP), men även vid SLE, förvärvad immunologiskt betingad trombocytopeni (fr.a. vissa läkemedel, t.ex. heparin, kinin, kinidin, guld, sulfonamider, digitoxin och tiazider). Uttalad trombocytopeni tillsammans med hemolytisk anemi, njurfunktionspåverkan och neurologiska symtom ses vid s.k. trombotisk trombocytopen purpura (TTP). • Ökad förbrukning av trombocyter är typisk för patologisk proteolys (disseminerad intravaskulär koagulation; DIC).

Kopia garanteras endast i utskriftsdatumet

Forts. Medicinsk bakgrund/ indikation	• Ändrad fördelning av trombocyterna ses framför allt vid splenomegali vare sig den är betingad av stas (portal hypertension), hematologisk neoplasi eller (numera sällsynt) infektion. För att en blödningsbenängenhet ska kunna förklaras av trombocytopeni krävs värden under 50 x 10^9/L under förutsättning att trombocytfunktionen är normal. Falsk låga värden ses vid pseudotrombocytopeni som är ett in vitro-fenomen orsakat av antikroppar som agglutinerar trombocyter i provrör, oftast tillsats av EDTA. I dessa fall bör citratblod användas. Förhöjt antal trombocyter förekommer vid två principiellt skilda tillstånd, trombocytos och trombocytemi. • Som trombocytos brukar man beteckna dels den tillfälliga ökning av trombocytantalet som förekommer efter trauma samt efter splenektomi, dels den mera kontinuerliga ökning som förekommer vid kroniska inflammatoriska tillstånd (t.ex. reumatoid artrit, regional enterit och ulcerös kolit). Trombocytantalet brukar variera mellan 400 och 800 x 10^9/L. • Med trombocytemi avses vanligtvis den trombocytstegring som är ett led i vad man brukar kalla myeloproliferativa syndrom. Det kan antigen röra sig om delfenomen i exempelvis primär polycytemi, ibland övergångsvis vid kronisk myeloisk leukemi samt myelofibros, eller också om det som brukar benämnas essentiell trombocytemi. Trombocytantalet kan vara mycket högt, 1000 -1500 x 10^9/L. Trombocytfunktionen är inte sällan defekt och kliniskt kan såväl blödningsbenägenhet som tromboembolism förekomma.

Kontrollerad garanterad endast i utskriftsstatumet

Revideringar

Datum	Revisionsnr	Ändring
2024-09-23	13	Lagt till rubrik Revideringar. Mindre justering av titel samt uppdatering av analysnamn i text och länkar enligt harmonisering av benämning utifrån rekommenderat rapportnamn.

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet