

Quando sospettarla? Cosa fare?

“Vedo mio figlio più pallido e stanco negli ultimi mesi; è possibile che possa avere un’anemia? Cos’è l’anemia? Quali sono i sintomi? A cosa è dovuta?”.

In questo breve articolo proveremo a descrivere rapidamente cosa si intende per anemia, condizione molto frequente nel bambino, quali sono le principali cause, quando sospettarla, quando allarmarsi e cosa fare.

Buona lettura.

Cosa si intende per anemia?

L’anemia è una condizione caratterizzata dalla riduzione della quantità di emoglobina (Hb) (o più precisamente della concentrazione di emoglobina) nel sangue al di sotto dei limiti di riferimento per età (vedi tabella dei valori di riferimento in età pediatrica). Nell’adulto i limiti al di sotto dei quali si parla di anemia sono di 13g/dl nell’uomo e 12g/dl nella donna.

L’emoglobina è una proteina fondamentale per la “consegna” dell’ossigeno raccolto a livello polmonare (da distribuire a tutti i tessuti corporei) e per la “rimozione” dell’anidride carbonica, prodotto di scarto delle cellule, da ricondurre nei polmoni ed eliminare attraverso la respirazione. La presenza all’interno dell’emoglobina di un particolare struttura chimica contenente ferro (denominata *gruppo Eme*) le conferisce la caratteristica capacità di legare ossigeno e cederlo ai tessuti.

L’Hb è trasportata nel sangue all’interno degli eritrociti (o globuli rossi), cellule normalmente generate a livello del midollo osseo (presente prevalentemente nelle ossa del torace, del bacino e nelle ossa lunghe degli arti). Pertanto è facilmente immaginabile che *anche una diminuzione del numero di globuli rossi, comportando una parallela riduzione della quantità*

di Hb in essi contenuta, corrisponde ad una condizione anemia.

La produzione di emoglobina ed eritrociti è fortemente sensibile e strettamente dipendente dalla presenza di fondamentali elementi precursori e proteine/vitamine (Ferro, Vitamina B12, Acido folico etc) la cui carenza è in grado di determinarne una ridotta “fabbricazione midollare”.

	Hb (g/dl)		MCV (fl)	
Neonato	14.5-22.5		98-118	
1 mese	10.5-16.5		90-110	
6 mesi	11-14		68-90	
7 mesi - 2 anni	10.5-13.5		70-85	
2 anni - 6 anni	11.5-13.5		75-85	
6 anni - 12 anni	11.5-15.5		75-90	
12 anni -18 anni	M	F	M	F
	13-16	12-16	75-100	75-105
Adulto	M	F	80-100	
	13.5-17	12-16		

Hb: Emoglobina, MCV: Volume corpuscolare medio

A cosa è dovuta l’anemia? Quali sono le principali cause di anemia nel bambino?

La riduzione della quantità di emoglobina e del numero dei globuli rossi nel sangue (come già detto il calo dei globuli rossi, determinando una concomitante diminuzione dell’emoglobina in

essi contenuta, corrisponde ad una condizione di anemia) può essere sostanzialmente ricondotta a 3 possibili meccanismi:

1) Ridotta sintesi (cioè produzione) di globuli rossi.

A questo gruppo appartengono sia condizioni congenite o acquisite in cui il midollo osseo smette di funzionare o funziona più lentamente, sia condizioni in cui la carenza di fattori indispensabili impedisce o rallenta la normale eritropoiesi (processo di creazione degli eritrociti):

- Anemie aplastiche primitive (deficit congenito di produzione midollare)
- Anemie da danno midollare (danno a carico del midollo osseo da parte di sostanze tossiche, farmaci o processi infettivi/infiammatori cronici)
- Anemie da alterazione della struttura midollare (modificazione della composizione del midollo osseo frequente nei casi di leucemie, linfomi e altre condizioni tumorali)
- Anemia carenziali: anemia sideropenica o anemia da carenza di ferro (celiachia, malattie infiammatorie croniche intestinali, aumento della necessità di ferro nei periodi di rapido accrescimento staturale ponderale), anemia perniziosa o di Bierner, anemia da carenza di Vitamina B12, anemia da carenza di acido folico.

2) aumento della distruzione dei globuli rossi:

A questo gruppo appartengono le anemie emolitiche, gruppo di condizioni congenite o acquisite in cui i globuli rossi, per motivi diversi, presentano un ridotto tempo di sopravvivenza a causa di un'augmentata distruzione:

- Anemie emolitiche congenite: sferocitosi ereditaria, ellissocitosi ereditaria, emoglobinuria parossistica notturna, deficit di piruvatochinasi (deficit di PK), deficit di glucosio-6-fosfato-deidrogenasi (deficit di G6PDH)

- Anemie emolitiche acquisite: anemie emolitiche autoimmuni (da autoanticorpi caldi o freddi), da agenti infettivi (da CMV, EBV, Mycoplasma pneumoniae), da agenti fisici (ustioni) o chimici (da farmaci: acetilfenidrazina, naftalina), anemia emolitica microangiopatica.
- Emoglobinopatie: Talassemie (alfa talassemia, beta talassemia, talassemia intermedia), anemia falciforme (drepanocitosi). In realtà nelle sindromi talassemiche (condizioni genetiche in cui si verifica un'alterata sintesi dell'emoglobina) alla riduzione dell'emoglobina partecipano sia il meccanismo di ridotta sintesi che di aumentata distruzione degli eritrociti.

3) aumentata perdita dei globuli rossi.

A questo gruppo appartengono le anemie che si verificano in seguito ad un evento emorragico acuto (perdita visibile di sangue) o cronico (perdita di piccole quantità di sangue generalmente attraverso l'intestino non sempre identificabile se non mediante la ricerca del sangue occulto nelle feci).

Quali sono i sintomi in un bambino con anemia? Quando sospettare la presenza anemia nei bambini?

È buona norma ricordare che l'anemia non è una malattia ma una spia, un segno, un sintomo dietro il quale possono nascondersi molteplici condizioni, dalle più innocue (fortunatamente molto più frequenti) alle più complicate e che richiedono una maggiore attenzione da parte del pediatra.

Sarà pertanto compito del medico richiedere un emocromo completo (*vedi articolo correlato*) e, alla luce della storia clinica e dei sintomi riferiti, esami specifici sia per confermare la presenza di anemia in un bambino sia per identificarne le cause.

È possibile sospettare una condizione di anemia in un bambino che presenta sintomi aspecifici quali pallore cutaneo e delle mucose (labbra, gengive, congiuntive etc.), stanchezza (astenia), riduzione dell'appetito, tachicardia (aumento della frequenza cardiaca),

facile stancabilità e scarsa tolleranza all'esercizio fisico (può essere d'esempio la comparsa di difficoltà respiratoria dopo semplici sforzi muscolari), rallentamento della crescita staturoponderale.

Oltre a sintomi generici appena descritti è possibile poi osservare sintomi specifici correlati alla patologia di base che può nascondersi dietro una condizione di anemia. Nelle anemie emolitiche ad esempio, l'aumentata produzione di bilirubina (prodotto di scarto che deriva dalla distruzione dell'emoglobina) comporta la comparsa di ittero (colorazione giallastra della pelle) e subittero (colorazione giallastra delle sclere). Nei bambini affetti da celiachia oltre all'anemia da carenza di ferro (anemia sideropenica) possono essere presenti diarrea o stipsi (stitichezza), vomito, bassa statura, distrofia (peso basso non adeguato all'altezza) e alterazioni dello smalto dentario. Nei pazienti con leucemia è possibile osservare invece fenomeni emorragici (petecchie/ecchimosi/sanguinamenti mucosali e gengivali) o infettivi per la concomitante piastrinopenia (riduzione del numero di piastrine) e leucopenia (riduzione dei globuli bianchi).

Cosa si intende per anemia normocitica? Che differenza esiste tra anemia microcitica e macrocitica?

La classificazione delle anemie più comunemente utilizzata dai medici ne prevede la differenziazione in base alla grandezza dei globuli rossi, la cui dimensione viene calcolata in base ad un parametro emocromocitometrico (*vedi articolo correlato*) denominato MCV o Volume Corpuscolare Medio (*vedi tabella per i valori di riferimento in età pediatrica*). L'MCV è un valore numerico che stima la grandezza (volume medio) degli eritrociti e grazie al quale possiamo capire se ci troviamo di fronte ad un'anemia microcitica (MCV basso), normocitica (MCV normale), macrocitica (MCV alto) e indirizzare pertanto in un senso o nell'altro i successivi esami diagnostici da effettuare.

Anemie microcitiche:

- Anemia sideropenica
- Anemia mediterranea (stato di portatore di alfa e beta talassemia)

- Anemia da malattia cronica (infezioni, tumori)

Anemie normocitiche:

- Anemie in corso di leucemie, linfomi e altre patologie tumorali
- Anemie post emorragiche
- Anemie emolitiche

Anemie macrocitiche:

- Anemia da deficit di Vitamina B12 e B6
- Anemia da deficit di folati
- Anemie emolitiche (aumento dei reticolociti, “globuli rossi giovani” rilasciati in fretta dal midollo osseo per rimpiazzare gli eritrociti distrutti e che hanno un MCV più elevato rispetto al globulo rosso maturo)
- Anemia in corso di malattie epatiche croniche



CERCHI UN
**PEDIATRA
A CASA?**

11:29
Elenco Medici
Seleziona uno o più medici e attendi il primo che risponderà
SELEZIONA TUTTI

- Dott. Iva Trevisano
Disponibile
- Dott. Domenico Arcuri
Disponibile
- Dott. Maria Pia Panicucci
Non Disponibile
- Dott. Gaetano Padovano
Disponibile
- Dott. Marzio Calabresi
Disponibile
- Dott. Sebastiano Cremonesi
Non Disponibile

SCARICA L'APP



- Anemia in corso di insufficienza renale cronica
