 universitäts klinikumbonn  Institut für Klinische Chemie und Klinische Pharmakologie -Zentrallabor-	<b>Leistungsverzeichnis</b>	Version: 3 gültig ab: 08.12.2021 Revision: 08.12.2022
	<b>LV_CIBDIFTGR</b>	Intranet  Seite 1 von 4

## 1. Klinische Indikation

**Analyt: CIBD-IFT (= Antikörper zur Diagnose chronisch-entzündlicher Darmerkrankungen (CIBD = Chronic Inflammatory Bowel Disease))**

Nachweis humaner Antikörper der Immunglobulinklassen IgG und IgA gegen *Saccharomyces cerevisiae*, intestinale Becherzellen, Azini und Pankreasantigene (CUZD1 und GP2) sowie pANCA bei chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen zur abgrenzenden Differentialdiagnostik zwischen M. Crohn und Colitis ulcerosa

Hinweise:


- Die Angabe der (Verdachts-) Diagnose bei der Anforderung (Lauris/Laboranforderungskarte) sowie der klinischen Begleitumstände (Erstdiagnostik, Therapie, Verlauf) ist für eine Ergebnisbeurteilung unverzichtbar.
- Das Ergebnis der IFT wird semiquantitativ mittels Titerstufe angegeben. Begonnen wird mit dem Titer 1 : 10.

Nachweis von Autoantikörpern zur Serodiagnostik des M. Crohn (MC):

- Autoantikörper gegen Azini und Pankreasantigene (CUZD1 und GP2) stellen ein sicheres Erkennungsmerkmal des MC dar. Sie besitzen hinsichtlich ihrer Organspezifität und Krankheits-Assoziation sowie ihrer oft hohen Serum-Konzentrationen eine große krankheitsspezifische Signifikanz. Das semiquantitative Testergebnis lässt sich mit dem Status der Autoaggression vergleichen. Die Prävalenz der Autoantikörper beträgt im Durchschnitt 40 %, bei Bestehen der Krankheit seit mehr als 2 Jahren über 50 %. Dass nur ein Teil der Patienten diese Autoantikörper aufweist, steht in Zusammenhang mit der Autoimmunpathogenese des MC.
- Antikörper gegen *Saccharomyces cerevisiae* treten fast nur bei MC auf (Prävalenz: 73%, wenn man die Immunglobulinklassen IgG und IgA zusammenrechnet). Bei zusätzlicher Bestimmung von Pankreas-Azinus-Zellantikörpern (Prävalenz: 40%) kann man ca. 80% der Patienten einen M. Crohn serologisch identifizieren, da beide Antikörper nicht unmittelbar miteinander korrelieren, aber infolge ihrer jeweiligen unabhängigen diagnostischen Aussagekraft zusammengefasst das Testergebnis optimieren.

Nachweis von Autoantikörpern zur Serodiagnostik der Colitis ulcerosa (CU):

	Erstellt von:	Geprüft von:	Freigegeben von:
Name	Martina Schmidt	Anke Carstensen	Birgit Stoffel-Wagner
Datum	08.12.2021	08.12.2021	08.12.2021

 Institut für Klinische Chemie und Klinische Pharmakologie <b>-Zentrallabor-</b>	<b>Leistungsverzeichnis</b>	Version: 3 gültig ab: 08.12.2021 Revision: 08.12.2022
	<b>LV_CIBDIFTGR</b>	Intranet Seite 2 von 4

- Autoantikörper gegen intestinale Becherzellen, die exklusiv bei CU vorkommen, sind pathognomonische Marker für diese Autoimmunerkrankung.
- Die Prävalenz positiver serologischer Ergebnisse beträgt 28 %, dagegen beim M. Crohn 0 % und bei Gesunden ebenfalls 0 %. Die Immunglobulinklassen verteilen sich wie folgt: IgA 8 %, IgG 23 % sowie IgA + IgG 69 %. Die Becherzell-Autoantikörper sind bei der CU bei männlichen Patienten dreimal häufiger vorhanden als bei weiblichen.
- Zur weiteren Steigerung der Diagnosesicherheit bei autoimmunologischen Darmerkrankungen spielen Autoantikörpern gegen das Cytoplasma der neutrophilen Granulocyten (pANCA (Anti-Neutrophile-Cytoplasma-Antikörper vom perinukleären Typ) eine ergänzende Rolle.
- Die Prävalenz der Autoantikörper gegen pANCA für CU liegt bei 50 % bis 80 % (für MC bei 10 % bis 20 %, für Gesunde bei 0 % bis 1 %) mit folgender Immunglobulinklassen-Verteilung: ausschließlich IgA 3 %, ausschließlich IgG 39 %, sowohl IgA als auch IgG 58 %.

## 2. Anforderung / Befundmitteilung

Anforderung	Elektronisch mittels Lauris Laboranforderungssystem
DKGNT-Nummer /-Punkte	3827.H2 / 290
Probenart, -volumen	Serum, Monovette braun, mind. 1 ml.
Versand	ungekühlt bis 1 Tag
Nachforderung nach Probengewinnung	Innerhalb von 7 Tagen
Häufigkeit der Untersuchung	tägl. montags bis freitags
Befundung	nach Validation über KAS und / oder Netzdruck bzw. Fax

 universitäts klinikumbonn  Institut für Klinische Chemie und Klinische Pharmakologie -Zentrallabor-	<b>Leistungsverzeichnis</b>	Version: 3 gültig ab: 08.12.2021 Revision: 08.12.2022
	<b>LV_CIBDIFTGR</b>	Intranet  Seite 3 von 4

### 3. Anforderungen an das Untersuchungsgut

#### 3.1 Anforderung an die Patientenvorbereitung

Die Angabe der (Verdachts-) Diagnose bei der Anforderung (Lauris/Laboranforderungskarte) sowie der klinischen Begleitumstände (Erstdiagnostik, Therapie, Verlauf) ist für eine Ergebnisbeurteilung unverzichtbar

#### 3.2 Entnahme, Transport

Die Dauer der Stauung sollte 30-60 Sekunden nicht übersteigen. Nach erfolgreicher Punktion ist die Stauung zu lösen und das Blut ohne zu schnelles Aufziehen zu entnehmen.

Bei einer Blutentnahme von Serum-, EDTA-, Citratröhrchen muss das Serumröhrchen immer als erstes abgenommen werden, um eine Kontamination mit den Inhaltsstoffen der anderen beiden Röhrchen zu vermeiden.

Blutentnahmen aus Kathetern und Venenverweilkanülen sollten vermieden werden. Muss aus einem Katheter abgenommen werden, wird der Katheter zweimal mit je 5 ml physiologischer Kochsalzlösung durchgespült, 2 ml Blut sind zu verwerfen und erst dann kann die Blutentnahme für die Analytik erfolgen.

Probe direkt nach Entnahme vorsichtig schwenken, um Gerinnselbildung zu vermeiden.

Die Proben sind schnellst möglich in das Labor zu transportieren.


### 4. Prinzip des Untersuchungsverfahrens

#### 4.1 Methode, Prinzip und Kurzbeschreibung der Ergebnisberechnung

Messverfahren: Indirekter Immunfluoreszenztest (IFT).

Substrat-Kombinationen werden mit Patientenproben inkubiert. Bei positiven Reaktionen binden sich spezifische Antikörper der Klassen IgA und IgG an die Antigene. Gebundene Antikörper werden mit Fluorescein-markierten Anti-Human-Antikörpern angefärbt und im Fluoreszenzmikroskop sichtbar gemacht.

Auskünfte zur Messunsicherheit erteilen wir auf Anfrage, damit die medizinische Interpretation labordiagnostischer Ergebnisse sinnvoll und patientenorientiert erfolgen kann. (siehe Homepage, Rubrik Qualitätsmanagement)

 Institut für Klinische Chemie und Klinische Pharmakologie -Zentrallabor-	<b>Leistungsverzeichnis</b>	Version: 3 gültig ab: 08.12.2021 Revision: 08.12.2022
	<b>LV_CIBDIFTGR</b>	Intranet  Seite 4 von 4

#### 4.2 Mögliche Störfaktoren und Fehlerquellen

Hämolytische, lipämische und ikterische Proben haben keinen Einfluss auf das Ergebnis

### 5. Referenzbereiche

pANCA (IgA):	< 1 : 10 (Titer)
pANCA (Ig G):	< 1 : 10 (Titer)
CUZD1 (IgA, IgG):	< 1 : 10 (Titer)
GP2 (IgA, IgG)	< 1 : 10 (Titer)
Intest. Becherzellen (IgA, IgG):	< 1 : 10 (Titer)
Saccharomyces cerv. (IgA):	< 1 : 100 (Titer)
Saccharomyces cerv. (IgG):	< 1 : 1000 (Titer)

Quelle: Fa. Euroimmun, Seekamp 31, D-23560 Lübeck