 universitäts klinikumbonn  Institut für Klinische Chemie und Klinische Pharmakologie -Zentrallabor-	<b>Leistungsverzeichnis</b>	Version: 11 gültig ab: 11.03.2025 Revision: 11.03.2026
	<b>LV_CRBM</b>	Intranet  Seite 1 von 4

## 1. Klinische Indikation

**Analyt:** Carbamazepin

- Therapeutisches Drug-monitoring
- Verlaufsbeurteilung einer Carbamazepinüberdosierung

Die Untersuchung sollte als Talspiegel im Steady State vor der nächsten Dosis erfolgen.

### Klinische Pharmakologie:

- zu 97% hepatische Metabolisierung
- 2-3% werden unverändert renal eliminiert
- Eliminations-HWZ: 36 Std. bei Einzeldosierung und 10 – 20 Std. bei Dauertherapie, Kinder und Schwangere zeigen eine um das Doppelte bis Vierfache erhöhte Clearance
- Bei Monotherapie: HWZ 11 – 13 Std.
- Bei Mehrfachtherapie mit anderen Antikonvulsiva: HWZ 6 – 13 Std.
- Peakspiegel werden nach Beginn der Therapie nach 2 bis 24 Std., im Steady state nach 1 bis 5 Std. erreicht.
- Erste toxische Wirkungen: ab 12 bis 15 µg/ml.

Aufgrund der langsamen und unvollständigen Absorption im Darm, der geringen renalen Ausscheidung und der starken interindividuellen Unterschiede in der Halbwertzeit ist die Plasmakonzentration von Carbamazepin schwer abschätzbar. Deshalb ist es wichtig, die Plasmakonzentration zu kontrollieren. Toxische Dosen von Carbamazepin können anfallsfördernd wirken.

Unter Carbamazepintherapie findet sich meist ein beschleunigter Abbau anderer Pharmaka, Phenytoin wird jedoch verlangsamt abgebaut.

Aufgrund der langsamen und unvollständigen Absorption im Darm, der geringen renalen Ausscheidung und der starken interindividuellen Unterschiede in der Halbwertzeit ist die Plasmakonzentration von Carbamazepin schwer abschätzbar. Deshalb ist es wichtig die Plasmakonzentration zu kontrollieren. Toxische Dosen von Carbamazepin können anfallsfördernd wirken.

	Erstellt von:	Geprüft von:	Freigegeben von:
Name	Sabrina Söntgen	Matthias Hentschel	Ramona Dolscheid
Datum	10.03.2025	11.03.2025	11.03.2025

 universitäts klinikumbonn  Institut für Klinische Chemie und Klinische Pharmakologie -Zentrallabor-	<b>Leistungsverzeichnis</b>	Version: 11 gültig ab: 11.03.2025 Revision: 11.03.2026
	<b>LV_CRBM</b>	Intranet  Seite 2 von 4

## 2. Anforderung / Befundmitteilung

Anforderung	Elektronisch mittels Lauris Laboranforderungssystem
DKGNT-Nummer /-Punkte	4156 / 250
Probenart, -volumen	EDTA-Plasma, Monovette rot, mind. 1 ml. ohne Trenngel
Versand	ungekühlt bis 1 Tag
Nachforderung nach Probengewinnung	3 Tage
Häufigkeit der Untersuchung	tägl. 24 h
Befundmitteilung	taggleich nach Validation über KAS und / oder Netzdruck

## 3. Anforderungen an das Untersuchungsgut

### 3.1 Anforderung an die Patientenvorbereitung

Die Blutentnahme sollte möglichst am nüchternen Patienten oder nach einem leichten Frühstück erfolgen.

### 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.

Die Proben sind schnellst möglich in das Labor zu transportieren.

Blutentnahme – Empfehlung: Maximum 2-4 Stunden nach der letzten Dosis, Minimum unmittelbar vor der nächsten Dosis.

 universitäts klinikumbonn  Institut für Klinische Chemie und Klinische Pharmakologie -Zentrallabor-	<b>Leistungsverzeichnis</b>	Version: 11 gültig ab: 11.03.2025 Revision: 11.03.2026
	<b>LV_CRBM</b>	Intranet  Seite 3 von 4

## 4. Prinzip des Untersuchungsverfahrens

### 4.1 Methode und Prinzip und Kurzbeschreibung der Ergebnisberechnung

Messverfahren: Mikropartikel-Enzym-Immunoassay (MEIA)

Der ONLINE TDM Carbamazepine Gen.4 Test ist ein homogener Mikropartikelagglutinations-Immunoassay. Dieser besteht aus einem Zwei-Reagenzien-System zum Nachweis von Carbamazepin im Plasma. Die kinetische Wechselwirkung von Mikropartikeln (kinetic interaction of microparticles, KIMS) wird mit Analysenautomaten gemessen. Bei dieser Technologie dient biotinyliertes, an mit Streptavidin beschichtete Latexkugeln gebundenes Hapten als Bindungspartner für Anti- Carbamazepin-Antikörper. Das an Latex gebundene Hapten und das freie Carbamazepin der Plasmaprobe konkurrieren um eine begrenzte Anzahl spezifischer Anti-Carbamazepin-Antikörper. Die Signalabnahme ist zur Carbamazepinkonzentration in der Probe proportional.

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

Reagenz: CARB4, Roche Diagnostics

Gerät: cobas® c703, Roche Diagnostics

### 4.2 Mögliche Störfaktoren und Fehlerquellen

Keine wesentliche Beeinflussung bis 1000 mg/dL (11,3 mmol/L) Triglyceride.

Rheumafaktoren: Keine wesentliche Beeinflussung durch Rheumafaktoren bis 1200 IU/mL.


Gesamtprotein: Keine wesentliche Beeinflussung durch Gesamtprotein bis zu 13 g/dL.

Cholesterin: Keine wesentliche Beeinflussung durch Cholesterin bis zu 600 mg/dL.

Wie bei allen Tests mit Schaf-Antikörpern können in der Probe Störungen durch humane Anti-Schaf-Antikörper hervorgerufen werden, die zu unzuverlässigen Werten führen können.

In sehr seltenen Fällen kann eine Gammopathie, insbesondere vom Typ IgM (Waldenström-Makroglobulinämie), zu unzuverlässigen Ergebnissen führen.

Für diagnostische Zwecke sind die Ergebnisse stets im Zusammenhang mit der Patientenvorgeschichte, der klinischen Untersuchung und anderen Untersuchungsergebnissen zu werten.

 universitäts klinikumbonn  Institut für Klinische Chemie und Klinische Pharmakologie -Zentrallabor-	<b>Leistungsverzeichnis</b>	Version: 11 gültig ab: 11.03.2025 Revision: 11.03.2026
	<b>LV_CRBM</b>	Intranet  Seite 4 von 4

## 5. Referenzbereiche

Therapeutischer Bereich: 4,0 – 12,0 µg/ml  
 8,0 – 12,0 µg/ml (für Maximalwirkstoffkonzentrationen bei Monotherapie)  
 4,0 – 12,0 µg/ml (für Maximalwirkstoffkonzentrationen bei Mehrfachtherapie mit anderen Antikonvulsiva)

Kritischer/alarmierender Bereich: Werte > 20 µg/ml können zu toxischen Symptomen führen. Der behandelnde Arzt muss bei jedem Patienten den richtigen therapeutischen Bereich ermitteln.

Quelle: AGNP Consensus Guidelines for Therapeutic Drug Monitoring in Psychiatry: Update 2017; Pharmacopsychiatry 51 (1-02): 9-62

Aufgrund der individuellen Unterschiede hinsichtlich Metabolismusaktivität und der Intensität der epileptischen Anfälle benötigen einige Patienten u.U. für eine effektive Behandlung Plasmakonzentrationen außerhalb dieses Bereichs. Der hier angegebene Bereich dient daher zusammen mit anderen klinischen Zeichen und Symptomen nur als Richtlinie für die Interpretation.