 universitäts klinikumbonn Institut für Klinische Chemie und Klinische Pharmakologie -Zentrallabor-	Leistungsverzeichnis	Version: 2 gültig ab: 18.10.2010 Revision: 18.10.2011
	LV_ATSHR	Intranet Seite 1 von 2

1. Klinische Indikation

Analyt: TSH-Rezeptor-Antikörper, Thyreotropin-Rezeptor-Antikörper, TRAK

Indikationen:

- Differentialdiagnose einer Hyperthyreose
- V. a. M. Basedow
- Abklärung einer endokrinen Ophthalmopathie
- Therapeutischer und prognostischer Verlaufsparemeter bei M. Basedow
- Kontrolle Schwangerer mit M. Basedow
- Abklärung einer Hypothyreose mit der Fragestellung nach blockierenden Antikörpern
- Schilddrüsenfunktionsstörung mit wechselndem klinischen Bild

Hinweise:


TRAK haben meist TSH-agonistische Eigenschaften, d.h. sie stimulieren den TSH-Rezeptor. Sie gehören in der Regel zu der Klasse IgG und sind daher plazentagängig.

Erhöhte TRAK finden sich bei über 80% der Patienten mit M. Basedow. TRAK kommen jedoch auch bei anderen immunogenen Schilddrüsenerkrankungen vor, allerdings schließt das Fehlen von TRAK einen M. Basedow nicht aus. Bei thyreostatischer Therapie eines M. Basedow wird das Absinken der Antikörper innerhalb eines Jahres als günstiges Zeichen gewertet, ein Persistieren trotz Therapie wird als Indiz für ein Rezidiv gesehen.

Bei Schwangeren mit positivem TRAK-Befund muss wegen der Plazentagängigkeit an eine mögliche Gefährdung des Fetus sowie postpartal an die Hyperthyreose des Neugeborenen gedacht werden.

2. Anforderung / Befundmitteilung

Anforderungsformular	Laboranforderungskarte des Zentrallabors oder Lauris Laboranforderungssystem
DKGNT-Nummer/-Punkte	3879 / 550
Probenart, -volumen	Serum, Monovette braun, mind. 1 ml
Versand	ungekühlt
Nachforderung nach der Probengewinnung	3 Tage

 <p>universitäts klinikumbonn</p> <p>Institut für Klinische Chemie und Klinische Pharmakologie -Zentrallabor-</p>	<p>Leistungsverzeichnis</p>	<p>Version: 2 gültig ab: 18.10.2010 Revision: 18.10.2011</p>
	<p>LV_ATSHR</p>	<p>Intranet Seite 2 von 2</p>

Häufigkeit der Untersuchung

Montag bis Freitag, 8 – 15 Uhr

Befundung

nach Validation über

3. Anforderungen an das Untersuchungsgut

3.1 Anforderung an die Patientenvorbereitung

Keine Besonderheiten.

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.

4. Prinzip des Untersuchungsverfahrens

4.1 Methode und Prinzip

ElektroChemiLumineszenz ImmunoAssay („ECLIA“)

Gerät: cobas e411 Rack, Roche Diagnostics.

4.2 Mögliche Störfaktoren und Fehlerquellen

Starke Hämolyse und Lipämie.

Bei Verwendung von Proben mit Biotin-Konzentrationen <41 nmol/l bzw. <10 mg/ml erhält man erhöhte Ergebnisse. Bei Patienten unter Therapie mit hohen Biotindosen (> 5mg/Tag) sollte die Probenentnahme mindestens 8 Stunden nach der letzten Applikation erfolgen.

Es wurden keine Einflüsse durch Rheumafaktoren bis zu einer Konzentration von 600 IU/ml beobachtet.

Keine Proben von Patienten unter Heparintherapie verwenden.

5. Referenzbereiche

Cutoff: < 1,75 IU/l

Rückführbarkeit: Die Methode wurde gegen den NIBSC (National Institute for Biological Standards and Control) 1st IS 90/672 Standard standardisiert.