1. Klinische Indikation

Analyt: **NNRIFTGR (= Antikörper gegen Nebenniere [Immunfluoreszenztest – IFT])**

- Primäre Nebenniereninsuffizienz (M. Addison)
- Autoimmunendokrinopathie Typ I oder II

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.
- Der Nachweis von Antikörpern gegen Nebennierenrinde deutet auf das Vorliegen einer primären Nebenniereninsuffzienz hin. Hieraus entwickelt sich langfristig das Krankheitsbild des M. Addison, das durch den chronischen Mangel an Nebennierenrindenhormonen (Cortisol und Aldosteron). Klinische Symptome sind u. a. Braunpigmentierung von Haut und Schleimhäuten, Adynamie, Hypotonie und Gewichtsabnahme sowie Störungen im Elektrolyt- und Glukosehaushalt. Die „Addison-Krise“ ist eine lebensbedrohliche Komplikation, die z.B. durch Infekte entstehen kann und sich zu einem akuten Krankheitsbild mit Exsikkose und Schock entwickeln kann. Betroffen sind meist Patienten im Alter von 20 bis 50 Jahren.
  Bei 60 bis 80% der Fälle eines M. Addison wird eine autoimmune Genese angenommen. Die Antikörper sind meist gegen die 21-Hydroxylase gerichtet.

- Krankheitsbilder aus dem Kreis der Autimmunpolyendokrinopathien sind charakterisiert durch eine Assoziation von mindestens zwei endokrinen Erkrankungen mit autoimmunen Mechanismen.

  Autoimmunendokrinopathie Typ I:

  - Primäre Nebennierenrindeninsuffizienz
  - Hypoparathyreoidismus und/oder
  - perniziöse Anämie sowie chronische mukokutane Candidiasis

  Autoimmunendokrinopathie Typ II:

  - Primäre Nebennierenrindeninsuffizienz
  - Autoimmunthyreoiditis (meist vom Hashimoto-, seltener Basedow-Typ)
  - Diabetes mellitus 1 (seltener)
  - Vitiligo
  - Alopezie
  - chronisch-atrophische Gastritis

Sonderformen vom Typ II sind Schmidt-Syndrom (M. Addison und Autoimmunthyreoiditis) und Carpenter-Syndrom (M. Addison und Diabetes mellitus Typ 1

Bei Hinweisen auf die Beteiligung weiterer Organsysteme sollte daher die entsprechende Diagnostik (Nachweis von Autoantikörpern gegen endokrine Gewebe wie Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Magen (Parietalzellen, Intrinsic factor), Pankreas-Inselzellen usw.) durchgeführt werden.

2. Anforderung / Befundmitteilung

Anforderung	Elektronisch mittels Lauris Laboranforderungssystem
DKGNT-Nummer /-Punkte	3820.H2 / 290
Probenart, -volumen	Serum, Monovette braun, mind. 1 ml.
Versand	ungekühlt bis 1 Tag

Nachforderung nach Probengewinnung	Innerhalb von 24 Stunden
Häufigkeit der Untersuchung	Tägl. montags bis freitags
Befundung	nach Validation über KAS und / oder Netzdruck bzw. Fax

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

Indirekter Immunfluoreszenztest (IFT) mit Fluorescein-markierten anti-IgGAM-Antikörpern (Ziege) auf Affennebenniere. (Fa. Euroimmun)

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

4.2 Mögliche Störfaktoren und Fehlerquellen

Hämolyse, Lipämie und Ikterus zeigen keinen Einfluss auf das Analyseergebnis.

5. Referenzbereiche

< 1 : 10 (Titer)

Quelle: Thomas L. Labor und Diagnose: TH-Books Verlagsgesellschaft mbH, Frankfurt/Main, 6. Auflage (2005)