

## Erhöhte Leberwerte bei unauffälliger Hepatitisserologie Diagnostik der Autoimmunhepatitis

### **Beschreibung:**

Bleibt bei erhöhten Leberwerten die Hepatitisserologie unauffällig und ist eine medikamentös-toxische oder nutritiv-toxische Ursache ausgeschlossen, sind für die weitere Abklärung unterschiedliche Aspekte zu berücksichtigen. Liegt der vermutete Infektionszeitpunkt kurzfristig zurück, so sind Antikörper häufig noch nicht nachweisbar. Eine Verlaufskontrolle ist deshalb angezeigt.

Bleibt die Diagnostik hinsichtlich Hepatitis A, B, C, E und gegebenenfalls D ohne Ergebnis, kommen als weitere häufige Ursachen einer Leberwerterhöhung Infektionen durch das Epstein-Barr-Virus (EBV) oder das Cytomegalie-Virus (CMV) in Betracht. Abhängig von der Anamnese sind auch seltenere Infektionskrankheiten, wie zum Beispiel die Leptospirose in die Differenzialdiagnose mit einzubeziehen. Hier bietet jeweils die Bestimmung der spezifischen Antikörper eine zielführende Diagnostik.

Weitere seltenere Differenzialdiagnosen sind:

Ein Morbus Wilson (Kupferspeicherkrankheit). Hier empfiehlt sich die Bestimmung von Kupfer im Serum (erniedrigt) und Urin (erhöht) sowie des Coeruloplasmins im Serum (erniedrigt).

Eine Hämochromatose muss bei erhöhten Leberwerten ebenfalls mit in Betracht gezogen werden (Bestimmung von Ferritin, der Transferrinsättigung und gegebenenfalls Veranlassung einer Genotypisierung).

**Dem gegenüber ist die Gruppe der Autoimmunhepatitiden für ca. 10 bis 20% der chronischen Lebererkrankungen verantwortlich.** Die Erkrankung kommt bei Frauen rund viermal häufiger vor als bei Männern. Ein Häufigkeitsgipfel an Neuerkrankungen tritt schon vor dem Erreichen des 30. Lebensjahres auf. Typische Symptome bei regelhaft erhöhten Lebertransaminasen sind im weiteren Verlauf Zeichen einer Leberinsuffizienz wie Ikterus, Abgeschlagenheit, Gerinnungsstörungen und Aszites.

An diagnostischen Laborparametern sollten zum Ausschluss oder Nachweis einer Autoimmunhepatitis (AIH) bestimmt werden:

**Antimitochondriale Antikörper (AMA)**, vor allem bei primär biliärer Zirrhose,

**Liver-Kidney-Mikrosomen-Antikörper (LKM-AK)**, vor allem bei der Typ 2-AIH,

**Lösliches Leberantigen-Antikörper (SLA-AK, SLA/LP-AK)**,

**Antinukleäre Antikörper (ANA und ENA)**,

**Glattmuskel-Antikörper (ASMA, Smooth-Muscle-AK)**,

**Anti-Neutrophile cytoplasmatische Antikörper (ANCA)**, erhöht bei primär sklerosierender Cholangitis (PSC) sowie AIH. Bei der PSC sind in 80% der Fälle ANCA nachweisbar.

Bei der PSC haben 75% der Betroffenen auch eine chronisch entzündliche Darmerkrankung, daher empfiehlt sich bei positiven ANCA mit hochgradigem Verdacht auf eine PSC noch die Bestimmung von Calprotectin im Stuhl.

**Methoden:** IFT, ELISA, EIA

**Referenzbereich:** Siehe Befundbericht

**Probenmaterial:** 3 ml Serum

---