

Nachweis von Calprotectin im Stuhl

- Differenzierung zwischen entzündlicher Darmerkrankung (Morbus Crohn) und nicht-entzündlicher Darmerkrankung (Reizdarmsyndrom)
- Belastende, invasive Verfahren können besonders bei Kindern vermieden werden
- Sichert Verlaufskontrolle und Therapieüberwachung

Wir bieten die Calprotectin-Bestimmung als Laborleistung an. Die Kosten werden von gesetzlichen wie auch privaten Krankenkassen übernommen.

Labor Dr. Heidrich & Kollegen MVZ GmbH

Stuvkamp 22

22081 Hamburg

Tel. 040 / 9 707 999 - 0

Fax 040 / 9 707 999 - 99

E-Mail: info@labor-heidrich.de

Internet: www.labor-heidrich.de



In Kooperation mit:



REIZDARMSYNDROM ODER ENTZÜNDLICHE DARMERKRANKUNG?

Nachweis von Calprotectin im Stuhl



Chronische Darmerkrankungen – Die Fakten

Morbus Crohn und Colitis ulcerosa sind die häufigsten **chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen (CED)**. Die Inzidenz des Morbus Crohn beträgt bei Erwachsenen etwa 5-6 und im Kindesalter 2-4 pro 100.000. Colitis ulcerosa tritt bei 3-4 Erwachsenen und 0,5-2 Kindern pro 100.000 auf. Hinweise auf eine Erkrankung können Appetitmangel, Fieber, Gedeihstörungen/Gewichtsverlust oder rezidivierende Bauchschmerzen und Durchfälle sein. Beide Erkrankungen zeichnen sich durch einen schubartigen Krankheitsverlauf aus. Ca. 25% der CEDs manifestieren sich im Kindes- oder Jugendalter. Ein nicht-belastendes, zuverlässiges diagnostisches Verfahren ist deshalb besonders für die pädiatrische Gastroenterologie von Vorteil.

Die häufigste chronische Darmerkrankung, die keine organischen Ursachen hat, ist das **Reizdarmsyndrom (RDS)**, an dem ca. 10-20 % der Bevölkerung leiden. CED und RDS können ähnliche Symptome zeigen. Eine eindeutige Diagnostik beider Erkrankungen ist entscheidend für die Wahl der Therapie.

Diagnostik

Neben der Anamnese und dem klinischen Befund unterstützen bildgebende Verfahren wie Endoskopie und Ultraschall die Diagnose. Die Differentialdiagnostik mittels invasiver, bildgebender Verfahren ist jedoch aufwändig und für den Patienten belastend.

Als unspezifische Marker zum Nachweis einer chronischen Entzündung werden u.a. BSG, CRP und Eisen eingesetzt. Als spezifischer Marker von entzündlichen Darmerkrankungen hat sich das **Calprotectin** im Stuhl etabliert.

Der Marker Calprotectin

Das Protein Calprotectin ist bei Patienten mit CED signifikant erhöht, aber nicht bei Patienten mit RDS. So erlaubt es eine klare Differenzierung beider Patientengruppen und kann teure und belastende endoskopische Untersuchungen einsparen. Wie eine Studie, durchgeführt am Universitätsspital in Basel, zeigt, korrelieren die Ergebnisse des Calprotectin-Tests signifikant mit dem klinischen Befund und der als Goldstandard angesehenen Endoskopie. Bei Patienten mit Calprotectinwerten unterhalb des Cut-offs von 50 µg/g, dies waren zwei Drittel des Kollektivs, hätte die Endoskopie erspart werden können (vgl. Abb. 1).

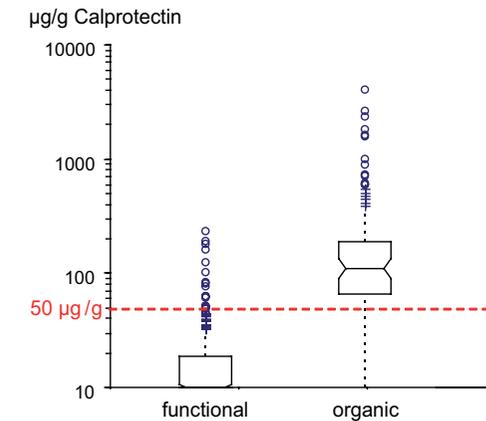
Verlaufskontrolle chronisch-entzündlicher Darmerkrankungen

Calprotectin eignet sich auch zur Verlaufskontrolle von CEDs z.B. unter Therapie. Im Rahmen eines akuten Schubes bei M. Crohn oder einer Colitis ulcerosa übersteigen die Calprotectin-Spiegel typischerweise das 10- bis 30-fache des Cut-off Wertes. Die Calprotectin-Bestimmung erlaubt daher die Beurteilung des Therapieerfolges sowie die Erkennung einer Remission oder eines Rezidivs (vgl. Abb. 2).



Einsatzmöglichkeiten

1. Differenzierung von CED und RDS mit Calprotectin



funktionell, RDS (n=271): 256 Werte liegen unterhalb des Cut-offs von 50 µg/g. Spezifität: 95%

organisch, CED (n=130): 108 Werte liegen oberhalb des Cut-offs von 50 µg/g. Sensitivität: 83%

2. Calprotectinwerte bei einem Patienten mit aktiver/inaktiver Colitis ulcerosa unter Therapie

