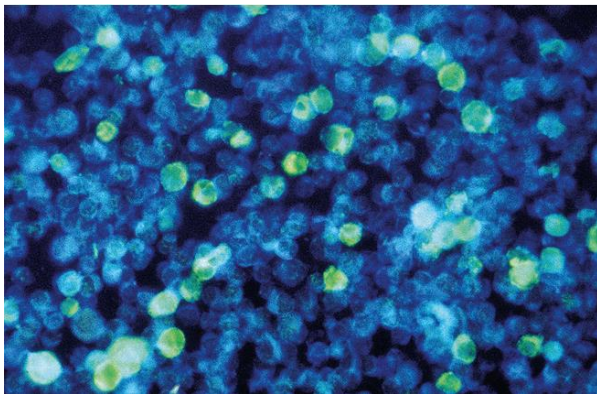


Labordiagnostik bei Verdacht auf infektiöse Mononukleose

Klinischer Hintergrund

Mehr als 90 Prozent der Menschen infizieren sich im Laufe des Lebens mit dem Epstein-Barr-Virus (EBV). Die Erstinfektion erfolgt meist im Kindes- oder Jugendalter und verläuft bei Immunkompetenz asymptomatisch oder als sogenanntes Pfeiffersches Drüsenfieber (infektiöse Mononukleose). Letzteres geht typischerweise mit Fieber, Müdigkeit, Angina tonsillaris, Pharyngitis und einer generalisierten Lymphadenopathie, ggf. auch mit Spleno-, Hepatomegalie oder Exanthem einher. Meist verläuft die Infektion harmlos und heilt in der Regel, manchmal allerdings Wochen bis Monate andauernd, aus. In seltenen Fällen kann die Infektion zu Komplikationen wie Meningoencephalitis, Milzruptur oder Myokarditis führen. Bei Immunsuppression kann es zu schweren, letalen Verläufen kommen (lymphoproliferative Erkrankungen).



Übertragung

- Kontaktinfektion über Speichel
- selten durch Transfusion und Transplantation
- Die Inkubationszeit schwankt zw. 1 bis 7 Wo.

Abb.: Epstein-Barr-Virus, hier in Leukämiezellen grün angefärbt
(CDC/Dr. Paul M. Feorino)

Labordiagnostik

Bei Verdacht auf primäre Epstein-Barr-Virus-Infektion (Infektiöse Mononukleose, Pfeiffersches Drüsenfieber) empfehlen wir folgende Parameter:

- Großes Blutbild inkl. mikroskopischer Differenzierung
- CRP
- Transaminasen
- EBV-Antikörper (VCA-IgG, VCA-IgM, EBNA-1-IgG)

Mittels **EBV-Antikörperbestimmung** lässt sich eine **EBV-Primärinfektion** sehr gut erfassen. Bei entsprechender Symptomatik sind oftmals schon EBV-IgM-Antikörper isoliert oder gemeinsam mit EBV-VCA-IgG-Antikörpern nachweisbar.

Der Spätantikörper EBNA-1-IgG wird erst Wochen bis Monate nach Primärinfektion gebildet. Bei fehlendem EBNA-1-IgG-Nachweis muss differentialdiagnostisch dessen grundsätzlich ausbleibende

Bildung (ca. 5% der Fälle) bzw. dessen sekundärer Verlust (beispielsweise bei Immunsuppression) bei länger zurückliegender Mononukleose in Betracht gezogen werden.

Der **EBV-PCR-Nachweis** aus dem Rachenabstrich spielt bei der Primärdiagnostik keine Rolle, da EBV auch intermittierend bzw. bei asymptomatischen Reaktivierungen ausgeschieden wird und daher keinen eindeutigen Beweis einer Primärinfektion liefern kann. Hier stellen die EBV-spezifischen Antikörperbestimmungen das Mittel der Wahl dar.

Außerdem weisen wir auf die eingeschränkte PCR-Indikation laut EBM bei gesetzlich Versicherten hin, welche sich auf die Gruppe der **Immunsupprimierten** bezieht (GOP 32844: Nukleinsäurenachweis von Epstein-Barr-Virus bei immundefizienten Patienten“), sodass wir bei entsprechender Anforderung von der Erfüllung dieses Kriteriums ausgehen.

Im **mikroskopischen Differentialblutbild** sind frühzeitig reaktive, atypische Lymphozyten zu finden. Mittels **CRP** kann die systemische Infektion, mittels **Transaminasen** eine eventuell vorliegende Begleithepatitis erfasst werden.

Hinweise zu Präanalytik und Abrechnung

Probenmaterial		1 ml Serum			
Methode		ELISA			
	EBM		GOÄ	1-fach	1,15-fach
EBV-VCA-IgG	32607	9,10 €	4391	17,49 €	20,11 €
EBV-VCA-IgM	32608	9,80 €	4391	17,49 €	20,11 €
EBNA-1-IgG	32606	8,40 €	4391	17,49 €	20,11 €

Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Ihr Ansprechpartner

Dr. med. Dirk Sühnel
Leitung Infektionsserologie
+49 341 6565-723
d.suehnel@labor-leipzig.de

Literatur:

- (1) Thomas, Lothar; Labor und Diagnose, Auflage, 2023
- (2) Deutsches Zentrum für Infektionsforschung
- (3) DGPI Handbuch, 7. Auflage

Stand: 07.09.2023