

## Mai 05/11: Geringe Aussagekraft von ANA-Tests bei pädiatrischen Routineuntersuchungen

### Die wichtigsten Aussagen:

- Der ANA-Test wird oft falsch eingesetzt und ist in der Kinderheilkunde daher unbrauchbar.
- Niedrige Titer von <1:640 ohne Anzeichen systemischer Erkrankungen können bei Kindern ignoriert werden.
- Empfehlung der Autoren: Test nur bei Kindern mit SLE- oder Kollagenose-Symptomen verwenden; ANA-Tests mit Titern von >1:160 sollten durch Tests zur Bestimmung von dsDNA- und Anti-ENA-Antikörper bestätigt werden.

Malleson PN, Mackinnon MJ, Sailer-Hoeck M, Spencer CH

**Review for the generalist: The antinuclear antibody test in children - When to use it and what to do with a positive titer**  
(Überblick für Allgemeinmediziner: Der Antinukleäre Antikörper-Test bei Kindern – Verwendung und Umgang mit positiven Titern)  
*Pediatr. Rheumatol.* 2011; 8: 27

**Hintergrund:** Der indirekte Immunfluoreszenztest (IFT) zur Bestimmung von antinukleären Antikörpern (ANA) wird in der Kinderheilkunde übermäßig oft angeordnet. Bei Kindern mit Muskel-Skelett- oder rheumatischen Symptomen ist dieser Test standardmäßiger Bestandteil rheumatologischer Untersuchungen. Die Aussagekraft des Tests und positiver Testergebnisse ist allerdings fragwürdig.

**Zusammenfassung:** Eine Überprüfung von Studien über ANA-Tests bei Kindern hat ergeben, dass der ANA-Test aufgrund geringer Sensitivität und Spezifität für Frühdiagnosen bei Kindern mit rheumatischen Symptomen nicht geeignet ist. Bei pädiatrischen, im Krankenhaus behandelten Patientenpopulationen sind positive ANA-Tests häufig. Das Vorhandensein von ANA weist nur selten auf einen versteckten systemischen Lupus erythematoses oder andere Bindegewebserkrankungen hin, obwohl ein negativer ANA-Test eine solche Diagnose weitgehend ausschließt. Sogar Informationen über das Muster erhöhen den Nutzen des Tests nur in nicht signifikantem Maße.

Die Autoren empfehlen, den Test nur bei Kindern mit Symptomen von SLE oder Kollagenose zu verwenden und Tests zur Bestimmung von dsDNA und Anti-ENA-Antikörpern nur dann zu verordnen, wenn die positiven Testergebnisse des ANA-Tests Titer von > 1:160 aufweisen.

**Schlussfolgerungen:** Der ANA-Test sollte bei Kindern mit Muskel-Skelett-Beschwerden nicht standardmäßig angeordnet werden. Durch die hohe Rate an falsch positiven Testergebnissen und den dadurch bedingten geringen klinischen Nutzen ist der Test für die Diagnose von SLE, Kollagenosen oder ähnlichen systemischen Erkrankungen nur beschränkt nützlich. Da der ANA-Test bei Nicht-Autoimmunkrankheiten häufig positiv ist, sollten niedrige Titer von <1:640 außer bei Kindern mit Symptomen einer systemischen Erkrankung ignoriert werden.

Die Autoren schlagen eine Kosten-Nutzen-Analyse vor, um zu prüfen, ob Tests zur Bestimmung von dsDNA- oder Anti-ENA-Antikörpern den ANA-Test ersetzen könnten. Dies könnte den zusätzlichen Vorteil mit sich bringen, schmerzhaftes Venenpunktionen, überflüssige Überweisungen und die große psychische Belastung für die Eltern zu vermeiden.

**Kommentar:** In diesem Rückblick wird betont, dass der ANA-Test bei pädiatrischen Routineuntersuchungen von Kindern mit Symptomen einer Muskel-Skelett-Erkrankung oder Rheuma nicht die Standardmethode sein darf. Die Untersuchungsmethode für Bindegewebserkrankungen EliA CTD Screen ermöglicht erste Tests zur Bestimmung von dsDNA- und den vierzehn wichtigsten Anti-ENA-Antikörpern in einem einzigen Assay und liefert eindeutige und zuverlässige Ergebnisse.

