

Bezeichnung:**Löslicher Transferrinrezeptor****Synonym:**

sTfR

Handelsname:

Keiner

Akkreditiert:

ja

Pathophysiologie:

Der im Plasma nachweisbare lösliche Transferrinrezeptor (sTfR) resultiert aus der proteolytischen Abspaltung der extrazellulären Domäne des Transferrinrezeptors von der Oberfläche der exprimierenden Zellmembranen. Der Transferrinrezeptor transportiert Eisen in die Erythroblasten und Retikulozyten. Dieses abgespaltene Fragment, der lösliche Transferrinrezeptor (sTfR), weist ein Molekulargewicht von ca. 85 kD auf, komplexiert mit Transferrin liegt ein MW von 320 kD vor.

Es besteht eine konstante Beziehung zwischen dem Gehalt eines Gewebes an TfR und der sTfR-Konzentration im Serum. sTfR ist erhöht bei hyperproliferativer Erythropoese (Retikulozyten und Erythroblasten erhöht) und ineffektiver Erythropoese (Erythroblasten erhöht).

Der sTfR wird als möglicher Regulator für den Eisenbedarf der Körperzellen, insbesondere der Erythropoese, postuliert und entspricht dem Eisenbedarf der Erythropoese. Ein hohes sTfR drückt einen hohen Eisenbedarf der Erythropoese aus, dieser kann aus einem Funktionseisenmangel bestehen oder aus einer gesteigerten Erythropoese. Dafür spricht, dass Patienten mit Thalassämie trotz gefüllter Eisenspeicher erhöhte sTfR-Werte haben.

Da die sTfR-Konzentration im Gegensatz zur Ferritinkonzentration nicht durch Akute-Phase-Reaktionen, akute Funktionsstörungen der Leber oder bösartige Tumoren beeinträchtigt wird, kann zwischen Anämie chronischer Erkrankungen (Anemia of Chronic Disease, ACD) und Eisenmangelanämie (Iron Deficiency Anemia, IDA) unterschieden werden.

Analyt	Änderung	IDA	ACD	IDA + ACD
Ferritin	Depoteisen	↓	↑	- oder ↑
TIBC/TRSF	Eisenstatus	↑	↓	↑ oder -
Serumeisen	Eisenstatus	↓	↓	↓
sTfR	Funktioneller Eisenmangel	↑	-	↑

ACD: Anemia of Chronic Disease

IDA: Iron Deficiency Anemia

Indikation:

- Verdacht auf Eisenmangel (Speicher- oder Funktionseisenmangel), erhöhtes sTfR drückt einen erhöhten Bedarf an Funktionseisen aus.

- Diagnostik des Funktionseisenmangels bei normozytärer, normochromer Anämie bei Patienten mit Entzündungen oder malignem Tumor
- Beurteilung des Eisenhaushalts von Anämiepatienten in Kombination mit der Ferritinbestimmung vor Beginn einer Therapie mit rekombinantem humanem Erythropoetin (rHuEPO)

Präanalytik:

Probentransport und Abnahme:

Detaillierte Informationen siehe unter [Präanalytik/Entnahmesystem](#) auf der Homepage der Zentralen Einrichtung Klinische Chemie.

Die Antikörper sind sTfR-spezifisch. Unter den Testbedingungen besteht keine Kreuzreaktivität mit Diferrotransferrin, Apotransferrin oder Ferritin.

Einflussfaktoren:

Erhöhte sTfR-Werte können bei Polyzythämie, hämolytischer Anämie, Thalassämie, hereditärer Sphärozytose, Sichelzellanämie, megaloblastischer Anämie, Myelodysplasie sowie bei Vitamin B₁₂-Mangel vorliegen. Erhöhte sTfR Konzentrationen können, als Ausdruck eines funktionellen Eisenmangels, auch während einer Schwangerschaft auftreten.

Störfaktoren:

Der Analyt unterliegt der Serum-Index-Bestimmung (HIL-Check) der Roche Cobas-Systeme (c). Hier gelten folgende Grenzen des Herstellers:

Hämolyse		Ikterus			Lipämie
Index H	≈ Hämoglobin (mg/dl)	Index I ggf. kon./ unkonj.	≈ konj. Bilirubin (μmol/l)	≈ unkonj. Bilirubin (μmol/l)	Index L
800	800	60	1026	1026	1000

Bei Serum-Indizes unterhalb der aufgeführten Grenzen ist die Methode im Entscheidungsbereich laut Herstellerangaben analytisch um weniger als +/- 10% gestört.

Rheumafaktoren < 150 IU/mL stören nicht.

High-Dose-Hook-Effekt: Bis zu einer sTfR-Konzentration von 80 mg/L tritt kein falsches Ergebnis auf. Die Antikörper sind sTfR-spezifisch. Unter den Testbedingungen besteht keine Kreuzreaktivität mit Diferrotransferrin, Apotransferrin oder Ferritin.

In sehr seltenen Fällen kann eine Gammopathie, insbesondere vom Typ IgM (Waldenström-Makroglobulinämie), zu unzuverlässigen Ergebnissen führen.

Wie bei allen Tests, die Maus-Antikörper verwenden, kann es bei Proben von Patienten, die mit monoklonalen Maus-Antikörpern behandelt wurden oder diese aus diagnostischen Gründen erhalten haben, zu falschen Ergebnissen kommen.

Einheit:

mg/l

Probenmaterial:

Im Plasma Li-Heparin-Plasma, entnommen mit Standard-Probenentnahmeröhrchen (4,9ml Gelmonovette):



Referenzbereiche:

Ab dem 18.02.2020

Die Referenzbereiche sind alters- und geschlechtsunabhängig.

- Männer (20 - 76 Jahre): 1,80 – 4,70 mg/L
- Frauen (20 – 71 Jahre): 1,78 – 4,59 mg/L

Quelle: Packungsbeilage Roche 2019-10, V.10.0; Interne Roche Studie: „Reference Range Study STfR Version 1.0 Additional Application Report Data cobas c 501“

Referenzbereich für Kinder:

- 6 – 24 Monate: 1,37 – 2,85 mg/L
- 2 – 6 Jahre: 1,05 – 3,05 mg/L
- 7 – 12 Jahre: 1,16 – 2,72 mg/L

Die Referenzbereiche für Kinder wurden mit Messmethoden erhoben die different zu den Methoden der zentralen Einrichtung der klinischen Chemie der Uni Ulm sind, daher sind die Referenzwerte für Kinder nur **orientierend** zu verwenden und werden im Befund nicht angezeigt.

Quelle: Kratovil et al. Age specific reference intervals for soluble transferrin receptor (sTfR). Clin Chim Acta 2007; 380: 222 – 4.

Ab dem 5.10.2010 bis zum 18.02.2020:

Die Referenzbereiche sind alters- und geschlechtsunabhängig.

- Männer (n = 208) (18-60 Jahre): 2,2-5,0 mg/L
- Frauen (n = 211) (18-45 Jahre): 1,9-4,4 mg/L

Quelle: Packungsbeilage 2010-03, V 4 Deutsch. Bzw. Lehmann P, Roeddiger R, Lotz J, Hafner G, Kolbe-Busch S. Löslicher Transferrin-Rezeptor (sTfR) und Ferritin (F) als Diagnostische Marker der Anämien. Poster, Kongress für Laboratoriumsmedizin 2000 der Deutschen Gesellschaft für Laboratoriumsmedizin und der Deutschen Gesellschaft für Klinische Chemie.

Bis zum 5.10.2010:

Die Referenzbereiche sind alters- und geschlechtsunabhängig.

- Es gilt 0,83 – 1,76 mg/l

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

Methode/Messverfahren/Gerät:

Ab dem 1.1.2017: PETIA-Bestimmung am Cobas 8000 (Bereichslabor Michelsberg Cobas 6000) mit den Modulen c501/c502/c702/e801 und dem Reagenz der Firma Roche.

Ab dem 5.10.2010: Partikelverstärkter immunturbidimetrische (PETIA) Messung am Cobas 6000 der Firma Roche mit dem Reagenz der Firma Roche. Diese Methode wurde gegen eine interne Referenzpräparation standardisiert.

Bis zum 5.10.2010: Immun-Nephelometrie am Dade Behring Nephelometer II (BN II)

Analysenfrequenz:

Direkt nach Probeneingang

Literatur/Quelle der Referenzbereiche

- Packungsbeilage Roche 2019-10, V.10.0; Interne Roche Studie: „Reference Range Study STFR Version 1.0 Additional Application Report Data cobas c 501“
 - Kratovil et al. Age specific reference intervals for soluble transferrin receptor (sTfR). Clin Chim Acta 2007. 380: 222 – 4.
 - Ooi et al. Pediatric reference intervals for soluble transferrin receptor and transferrin receptor-ferritin index. World J Pediatr. Vol 5 No 2.
 - Va'zquez-Lo'pez et al. Reference Values of Serum Transferrin Receptor and sTfR/Log Ferritin Index in Healthy Adolescents. J Pediatr Hematol Oncol. 2015;37:274–280
 - Cook JD, Skikne BS, Baynes RD: Serum transferrin receptor. Ann Rev Med 44: 63 – 7 (1993)
 - Suominen P, Punnonen K, Rajamäki A: Automated immunoturbidimetric method for measuring serum transferrin receptor. Clin Chem 45: 1302 – 5 (1999)
 - Skikne BS, Flowers CH, Cook JD: Serum transferrin receptor: a quantitative measure of tissue iron deficiency. Blood 75: 1870 – 6 (1990)
 - Punnonen K, Irjala K, Rajarnäki A: Serum transferrin receptor and its ratio to serum ferritin in the diagnosis of iron deficiency. Blood 89: 1052 – 7 (1997)
 - QDS, The Quality of Diagnostic Samples, <http://www.diagnosticsample.com>, Zugang über www.dgkl.de (Daten zur Haltbarkeit der Probenmaterialien).
 - Lehmann P, Roeddiger R, Lotz J, Hafner G, Kolbe-Busch S. Löslicher Transferrin-Rezeptor (sTfR) und Ferritin (F) als Diagnostische Marker der Anämien. Poster, Kongress für Laboratoriumsmedizin 2000 der Deutschen Gesellschaft für Laboratoriumsmedizin und der Deutschen Gesellschaft für Klinische Chemie
 - L. Thomas. Labor und Diagnose 8. Auflage Seite 455- 460.
-