



α_1 -Antitrypsin-Phänotypisierung

Einige genetische Varianten des Proteinase-Inhibitors (Pi) α_1 -Antitrypsin weisen eine verminderte Serumkonzentration auf und disponieren zu Lebererkrankungen und Lungenemphysem. Diese Mangel-Varianten können zuverlässig nur durch eine Phänotypisierung diagnostiziert werden.

Pathophysiologie

Das α_1 -Antitrypsin ist einer der wichtigsten Proteinase-Inhibitoren und wird daher heute auch α_1 -Proteinase-Inhibitor (PI) genannt. Wesentlich stärker als das Trypsin hemmt es die Elastasen aus den neutrophilen Granulozyten. Es schützt so z. B. die alveolären Strukturen der Lunge vor der „Selbstverdauung“ (1).

Bei Entzündungen der oberen Luftwege penetrieren vermehrt neutrophile Granulozyten in die Alveolen und setzen Elastasen frei. Während die Elastasen normalerweise durch α_1 -Antitrypsin und andere Proteinase-Inhibitoren neutralisiert werden, können bei α_1 -Antitrypsinmangel freie Elastasen die Alveolar-septen zerstören (2), (Abb. 1). Nachteilig wirkt sich zusätzlich das Rauchen aus, da Bestandteile des Tabakrauchs das α_1 -Antitrypsin inaktivieren (2).

Die Entstehung von Leberschäden ist weniger gut aufgeklärt als die Pathogenese der Lungenerkrankungen. Histologisch findet sich eine Akkumulation von großen α_1 -Antitrypsin-Molekülen im endoplasmatischen Retikulum, welche für die Hepatozyten nicht mehr exportierbar sind und führen längerfristig zur Zellschädigung mit einer daraus resultierenden Fibrose bis zur Leberzirrhose. Erstaunlicherweise ist das gleichzeitige Auftreten von Lungen- und Leberschäden im selben Individuum sehr selten.

Mehr als 75 genetische Varianten von α_1 -Antitrypsin sind bekannt, doch nur wenige gehen mit einem klinisch relevanten

α_1 -Antitrypsin-Mangel einher. Die gesunden Phänotypen werden mit dem Buchstaben M (M1-M6) gekennzeichnet. Gebräuchlich ist die Kurzformel PI*MM, die zwei M-Allele als genetischen Code für den Proteinaseinhibitor beschreibt. Mutationen im α_1 -Antitrypsin-Gen können zu einer verminderten α_1 -Antitrypsin-Serumkonzentration führen. Der häufigste Defektyp ist der homozygote Z-Phänotyp (PI*ZZ).

Klinik

Der homozygote α_1 -Antitrypsin-Mangeltyp PI*ZZ verursacht bei einem Teil der betroffenen Neugeborenen und Kindern Lebererkrankungen (Ikterus prolongatus, Hepatitis, Leberzirrhose) mit relativ guter Prognose (1,4) und bei den meisten erwachsenen Merkmalsträgern ein chronisches Lungenemphysem bereits im frühen bis mittleren Erwachsenenalter, das schon im 5. Lebensjahrzehnt zum Tode führen kann (1). Das Emphysemrisiko ist erhöht, wenn die α_1 -Antitrypsinkonzentration unter 35% des mittleren Normalwertes also unter 0,50 g/l (nephelometrisch) bzw. unter 0,80 g/l (radiale Immundiffusion) liegt (1). Man rechnet in Deutschland mit 3.000-4.000 Trägern dieses Defekts. Eine frühzeitige Diagnose ist wichtig, da sich präventive Maßnahmen (z. B. Rauchverbot) und die Substitution mit α_1 -Antitrypsin (Prolastin HS) günstig auf die Prognose auswirken (1).

Heterozygote Merkmalsträger der Mangel-Varianten PI*MZ und PI*SZ erkranken im allgemeinen nicht an einem frühzeitigen Lungenemphysem. Rauchen bedeutet für sie jedoch ein erhöhtes Emphysem-Risiko. Sie weisen außerdem eine Disposition zu chronischen Lebererkrankungen auf (3, 4). Der heterozygote Mangeltyp PI*MZ findet sich gehäuft bei der sog. kryptogenen chronischen Hepatitis (3).

Bei Kaukasiern hat der mit einer Häufigkeit von 92% vorkommende Phänotyp PI*MM eine normale α_1 -Antitrypsin-Konzentration. Etwa 7% der Bevölkerung weisen ein Mangelallel oder stummes Allel auf was mit einer leichten bis mittelschweren Verminderung von α_1 -Antitrypsin verbunden ist.

In Tabelle 1 sind die Häufigkeiten und die relativen Serumkonzentrationen der verschiedenen α_1 -Antitrypsin-Phänotypen sowie ihre klinische Bedeutung zusammengestellt.

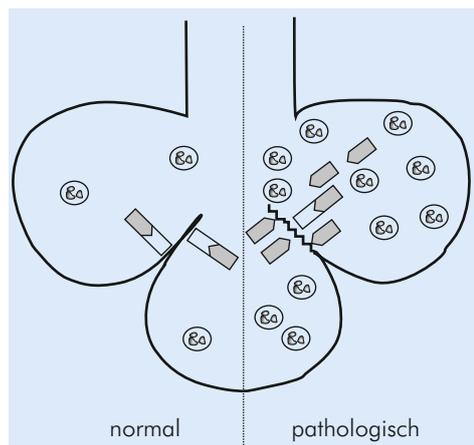


Abb. 1

Schematische Darstellung der Pathogenese des Lungenemphysems bei α_1 -Antitrypsinmangel. α_1 -Antitrypsin (□), Elastasen (▭), polymorphkernige Granulozyten (⊗)

Tab. 1 α_1 -Antitrypsin-Frequenzen in der Normalbevölkerung und bei Patienten (6), relative Serumkonzentrationen und klinische Bedeutung der einzelnen Phänotypen. Bei α_1 -Antitrypsin-Konzentrationen von unter 35% besteht ein erhöhtes Emphysem-Risiko. Grafik in Anlehnung an (1).

Normalbevölkerung (%)	Patienten (%)	Relative Serumkonzentration (%)		Klinik
		Phänotyp	Erhöhtes / Kein erhöhtes Emphysemrisiko	
94,47	68,89	MM	Kein erhöhtes Emphysemrisiko	Kein erhöhtes Risiko für ein Lungenemphysem oder eine chronische Lebererkrankung.
2,31	5,87	MS	Kein erhöhtes Emphysemrisiko	
0,00	0,31	SS	Kein erhöhtes Emphysemrisiko	
2,25	15,55	MZ	Erhöhtes Emphysemrisiko	Erhöhtes Emphysemrisiko bei Rauchern. Disposition zu chronischen Lebererkrankungen.
0,09	1,42	SZ	Erhöhtes Emphysemrisiko	
0,03	4,6	ZZ	Erhöhtes Emphysemrisiko	Lebererkrankungen bei Kindern, z. T. auch bei Erwachsenen. Frühzeitiges Lungenemphysem besonders bei Rauchern.
		Phänotyp	Kein erhöhtes Emphysemrisiko	

Labor

Der α_1 -Antitrypsinmangel kann nicht ausreichend zuverlässig mit einer quantitativen Bestimmung von α_1 -Antitrypsin im Serum diagnostiziert werden, da die α_1 -Antitrypsinkonzentration bei Infektionen oder in der Schwangerschaft ansteigen kann (Akut-Phase-Protein). Hieraus erfolgt die Empfehlung, zeitgleich zur α_1 -Antitrypsin-Bestimmung das C-reaktive-Protein (CRP) zu messen, um die genannte Situation mit pseudonormalen α_1 -Antitrypsinkonzentration ausschließen zu können. Die sichere Diagnose gelingt nur durch Bestimmung des α_1 -Antitrypsin-Phänotyps mit der hochauflösenden isoelektrischen Fokussierung (5). Im allgemeinen werden die typischen α_1 -Antitrypsin-Varianten mit Coomassie angefärbt (Abb. 2). Zum Nachweis schwacher Z-Banden kann eine spezifische Immunfixation anstelle einer allgemeinen Proteinfärbung mit Coomassie vorteilhaft sein. Die zusätzliche Bestimmung des Genotyps mit molekularbiologischen Methoden bringt für die klinische Routine keine weiteren Informationen.

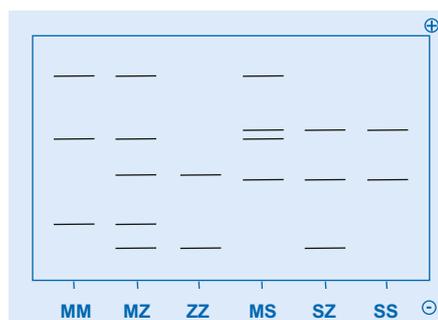


Abb.2 Darstellung der α_1 -Antitrypsin-Phänotypen durch isoelektrische Fokussierung (pH 4.2-4.9)

Indikation

- Verdacht auf α_1 -Antitrypsinmangel
- Familiäre Belastung
- Lungenemphysem
- Ikterus prolongatus
- Kindliche Leberzirrhose
- Lebererkrankungen unklarer Genese
- Berufsgruppen, die gegenüber hepato- und pulmotoxischen Substanzen exponiert sind

Literatur

1. Graf HJ, Konietzko N. Substitutionstherapie bei schwerem α_1 -Proteinase-Inhibitor-Mangel und Lungenemphysem. DtÄrztebl 1992; 89:1705-1707
2. Konietzko N. Lungenemphysem bei schwerem α_1 -PI-Mangel. München-Deisenhofen: Dustri-Verlag 1989
3. Schneider M, Pott G, Gerlach U. Alpha-I-Antitrypsin-Mangel. Klin Wochenschr 1986; 64: 197205
4. Schönfeld v. J, Breuer N. α_1 -Antitrypsin-Mangel und Erkrankungen der Leber. Dtsch med Wschr 1993; 118: 1819-1824
5. N.N. Analysis of α_1 -antitrypsin phenotypes in immobile electrofocusing gels.. LKB Application Note 470
6. Beyer S. Das Alpha-I-Antitrypsin (Pi). Bremer Ärzteblatt 1993; 3: 8-10
7. Biedermann A., Köhlein T. Alpha-1-Antitrypsin-Mangel eine versteckte Ursache der COPD. DtÄrztebl 2006; 26; 1828-1832

Untersuchungsmaterial

Serum 1ml