



Unklare Ferritinerhöhung / V. a. Eisenüberladung

Nüchtern-BE (2x, möglichst nicht in akuter Phase): Ferritin + Transferrinsättigung (TfS)

Ferritin erhöht*,
Transferrinsättigung niedrig/normal

V. a. Eisenverteilungsstörung
kein Hinweis auf Eisenüberladung

- Ursachen und deren labordiagnostische Abklärung:
- **Hepatopathie**
Transaminasen
Hepatitis-Serologie (HBsAg, anti-HBc [IgG+IgM], anti-HBs, HCV-AK)
Alpha-1-Antitrypsin
Autoimmune Lebererkrankung (ANA, AMA, ASMA, LKM-, SLA-AK, p-ANCA)
M. Wilson (Kupfer und Coeruloplasmin i. S., Kupfer i. 24-Std.-SU), TfS kann erhöht sein
NASH
 - **Alkoholkonsum** (bei chronischem Konsum, Leberzirrhose TfS erhöht)
 - **Metabolisches Syndrom**
(HbA_{1c}, Lipidstatus)
 - **Akute/chronische Entzündung, autoimmunologische Erkrankung oder Infektion**
(CRP, BSG, Blutbild, ANA, mikrobiologische Untersuchungen)
 - **Niereninsuffizienz**
 - **Solider Tumor**
 - **Hämato-onkologische Erkrankung**
(Differentialblutbild)
 - (selten) **weitere genetische Ursachen:**
Ferroportin-assoziierte hereditäre Hämochromatose Typ 4A
Acoeruloplasminämie
Atransferrinämie
Hyperferritinämie-Katarakt-Syndrom (HHCS)
M. Gaucher Typ1

Ferritin erhöht und/oder
Transferrinsättigung erhöht*

V. a. Eisenüberladung

Hinweise auf sekundäre Hämochromatose bei Polytransfusion und/oder ineffektive bzw. gesteigerte Erythropoese?
(z. B. aplastische, chron.-hämolytische Anämie, Thalassämie, Sichelzell-Anämie, MDS)

nein

Gentest auf hereditäre
Hämochromatose[#]
(HFE-Genotyp)

Interpretation
siehe Rückseite

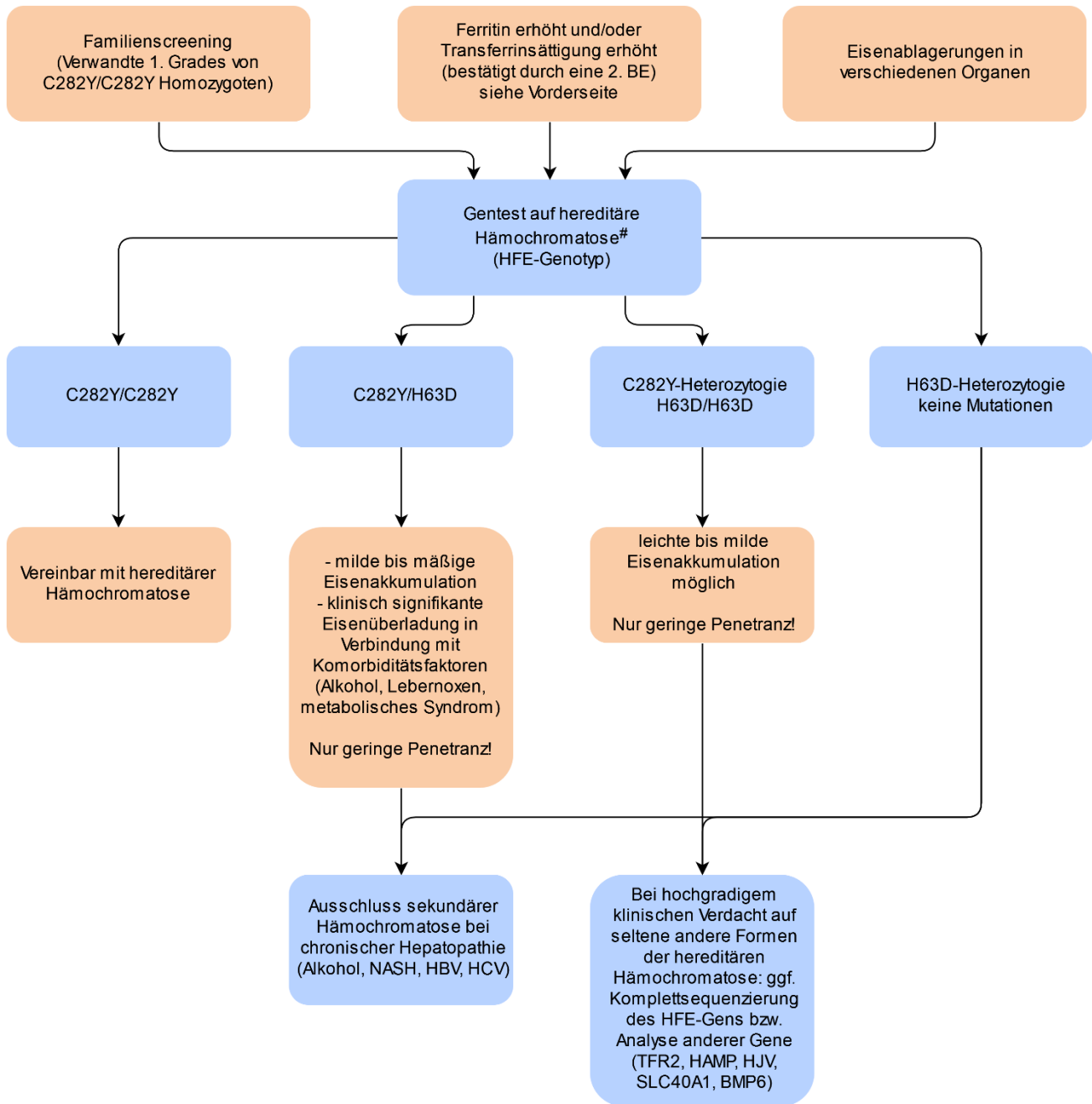
ja

Sekundäre
Eisenüberladung
Ausschlussdiagnostik

* Erhöhung: > oberer Referenzbereich: Ferritin: > 150 ng/ml (Frauen ≤ 50 J.)
> 300 ng/ml (Frauen > 50 J.)
> 400 ng/ml (Männer)
Transferrinsättigung: > 45 % (Frauen und Männer)

gesondertes EDTA-Röhrchen und Einwilligung nach GenDG





gesondertes EDTA-Röhrchen und Einwilligung nach GenDG

© copyright MVZ Labor 28 GmbH