

IgA-Mangel: Klinische Konsequenzen?

19.05.2021, Prof. Dr. med. Oliver Frey

Frage 1 : Für die Diagnose einer selektiven IgA-Defizienz müssen folgende Kriterien erfüllt sein:

- 1. Alter des Patienten mindestens 4 Jahre**
- 2. IgA < 0.07 g/l (7 mg/l)**
- 3. Ausschluss anderer Ursachen einer Hypogammaglobulinämie**
- 4. Normale Impfantwort**

- Nur Aussage 2 ist richtig
- Nur Aussagen 1 und 2 sind richtig
- Keine der Aussagen ist richtig
- Nur Aussagen 2 und 3 sind richtig
- Alle Aussagen sind richtig

Frage 2 : Die Häufigkeit einer selektiven IgA-Defizienz beträgt in Mitteleuropa:

- 1:50.000
- 1:10.000
- 1:5.000
- 1:500
- 1:100

Frage 3 : Welche Aussage zur Klinik eines selektiven IgA-Mangels trifft zu?

- Ein selektiver IgA-Mangel geht immer mit einer Infektneigung einher
- Ein selektiver IgA-Mangel ist oft klinisch asymptomatisch
- Allergien treten bei Patienten mit selektivem IgA-Mangel fast nie auf
- Autoimmunphänomene schließen einen IgA-Mangel faktisch aus
- Ein selektiver IgA-Mangel wird regelmäßig im Kleinkindalter klinisch auffällig

Frage 4 : Welche Aussage zum IgA trifft zu?

- IgA stellt den größten Teil der Immunglobuline im Serum dar
- IgA wird auf Schleimhäute abgegeben
- IgA bindet auf Mastzellen
- IgA kann sehr gut das Komplementsystem aktivieren
- IgA hat eine Halbwertszeit von einigen Wochen

Frage 5 : Welche Aussage zu Antikörpern ist korrekt?

- IgG kommt im Blut vorwiegend als Dimer vor
- IgA kommt auf Schleimhäuten vorwiegend als Monomer vor
- IgM bildet im Serum Pentamere
- IgE bildet Immunkomplexe mit Allergenen
- IgD kann über die Plazenta übertragen werden

Frage 6 : Welche Aussage zur Bildung von Antikörpern trifft zu?

- IgA wird als erstes Immunglobulin bei einer Immunantwort gebildet
Die Umlagerung der Gensegmente für den variablen Anteil der Immunglobuline erfolgt
- in den Lymphknoten nach Antigenkontakt
Die Umlagerung der Gensegmente für die konstanten Anteile der Immunglobuline
- (Klassenswitch) erfolgt bereits im Knochenmark
- Der Klassenswitch ist grundsätzlich reversibel
- Für die Bildung von IgG, IgA und IgE benötigen B-Zellen Hilfe durch T-Zellen

Frage 7 : Welche Aussage zum klinischen Management von Patienten mit selektivem IgA-Mangel ist korrekt?

- Wegen der starken Infektanfälligkeit ist die prophylaktische Gabe von Antibiotika indiziert
- Alle zwei Jahre sollte eine Kontrolle von IgG, IgM, IgA sowie der IgG-Subklassen erfolgen
- Eine Sequenzierung des IgA-Gens ist bei Patienten mit selektivem IgA-Mangel auf jeden Fall ratsam
- Impfungen sind bei Patienten mit IgA-Mangel kontraindiziert
- Es sollte eine Koloskopie zum Ausschluss einer Zöliakie durchgeführt werden

Frage 8 : Was ist als Ursache einer Hypogammaglobulinämie unwahrscheinlich?

- Therapie mit Antiepileptika
- Therapie mit Captopril
- Therapie mit langwirksamen Antirheumatika (csDMARDS)
- HIV-Infektion
- Autoimmune Lebererkrankung

Frage 9 : Welche Aussage trifft nicht zu? Ein IgA-Mangel sollte ausgeschlossen werden bei:

- Allen gesunden Personen
- Patienten mit Infektneigung
- Patienten mit Allergien
- Patienten mit Autoimmunerkrankungen
- Nach Transfusionszwischenfällen

Frage 10 : Welche Aussagen zu Anti-IgA-Antikörpern trifft zu?

- Anti-IgA-Antikörper treten bei weniger als 5% der Patienten mit IgA-Mangel auf
- Diese Antikörper treten nur bei vorangegangener Exposition zu Blutprodukten auf
- Anti-IgA-Antikörper sind die Ursache des IgA-Mangels, da sie das IgA binden und zerstören
- Anti-IgA-Antikörper führen nur bei Therapie mit Immunglobulinen zu klinischen Problemen
- Anti-IgA-Antikörper können bei Bluttransfusionen zu schwerwiegenden Komplikationen führen