

## **Borrelien-AK IgG Serum**

BORIGS

Einheit VE Probenmaterial Serumröhrchen 10 ml, gelb-oranger Stopfen

Präanalytik:

Zur weiteren Klärung schwieriger differentialdiagnostischer Fragestellungen kann auf Anforderung ein Immunblot durchgeführt werden. Siehe unter 'Borrelien-Antikörper-Immunoblot'.

Der Antikörper-Anstieg tritt in den meisten Fällen 2-4 Wochen nach dem Zeckenbiß auf, längere Latenzphasen werden jedoch auch beobachtet.

Erhöhte IgG- bzw. IgM-Titer sind nicht unbedingt spezifisch für Borrelia-burgdorferi-Infektionen, sondern kommen auch bei anderen Borrelia- und bei Treponema-Infektionen vor.

Daher wird jeder positive Befund durch einen Immunoblot bestätigt. Wegen der bestehenden Kreuzreaktionen ist ein ggf. ein Lues- und EBV-Ausschluß erforderlich.

Auch nach einer (erfolgreichen) Therapie fallen die Werte nur langsam ab. Kontrollen sind frühestens 2 Monate nach der Therapie ratsam.

Eine frühe Antibiotika-Therapie kann Titerbewegungen (z. B. Ausbildung eines IgM-Antikörpers) inhibieren. IgM-Titer können trotz ausreichender Therapie über mehrere Jahre persistieren.

Diagnostische Kriterien der Neuroborreliose  
(nach den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie)

mögliche Neuroborreliose:

- typisches klinisches Bild (Hirnnervenausfälle, Meningitis/Meningoradikulitis, fokale neurologische Ausfälle)
- Borrelien-spezifische IgG- und/oder IgM-Antikörper im Serum
- Liquorbefund nicht vorliegend

wahrscheinliche Neuroborreliose:

- wie "mögliche Neuroborreliose", jedoch zusätzlich:
- Positiver Liquorbefund mit lymphozytärer Pleozytose,
- Blut/Liquorschrankenstörung und/oder
- intrathekalere Immunglobulinsynthese und
- Ausschluß anderer Ursachen für die vorliegende Symptomatik

gesicherte Neuroborreliose:

- wie "wahrscheinliche Neuroborreliose", jedoch zusätzlich:
- intrathekale Synthese Borrelien-spezifischer Antikörper (IgG und/oder IgM) im Liquor
- oder positive PCR im Liquor

### **Referenzbereich**

negativ