

## RF IgM

### (Reumatoid faktor, IgM)

#### Provtagning, provtagningsmaterial och hantering

Prov: blod tas i SST rör (gul kork Skåneförrådet)

Minsta analysvolym: 250 µl serum

Provet förvaras kylt i avvaktan på transport.

#### Transport

Kan transporteras i rumstemperatur.

#### Indikation

Vid misstanke om reumatisk sjukdom som reumatoid artrit, Sjögrens syndrom eller JCA. Observera att positivt resultat kan förväntas hos cirka 5% av normalbefolkningen. Analysen har därför störst värde vid en riktad utredning och lämpar sig inte för allmän screening. För reumatoid artrit har antikroppar mot CCP en högre specificitet och jämförbar sensitivitet.

#### Metod

Kvantitativ bestämning av IgM antikroppar mot reumatoid faktor, vilka påvisas med en automatiserad fluorescent enzymer immunoassay, Phadia ImmunoCap250. Antigen är aggregerat kanin IgG.

#### Referensintervall

Metoden är kalibrerad mot WHO referenspreparation W1066 (IgM-reumatoid faktor). Resultat anges i kilointernationella enheter/L (kIE/L). De gränser som används för bedömning av om provet är negativt eller positivt är de gränser som anges av tillverkaren

< 3,5 kIE/L besvaras negativt, gränsvärde mellan 3,5 till 5.

> 5 kIE/L besvaras positivt med angivande av mätvärde.

#### Medicinsk bakgrund

Positiv RF ses vid Sjögrens syndrom, bindvävssjukdomar såsom RA, SLE samt bakteriell endokardit. Hos de RA-patienter som blir seropositiva sker detta i allmänhet inom ett år från diagnos och RF kvarstår sedan positivt. Positiv RF föreligger om förhöjd nivå påvisats i 2 konsekutiva prover med minst 2 månaders mellanrum. Halten av reumatoida faktorer kan variera under sjukdomsperioden men kan inte användas som markör för sjukdomsaktivitet. Det har därför inget kliniskt värde att följa RF-nivån. Hos äldre ses ibland en lätt ökad RF utan tecken på artrit.

#### Litteraturreferenser

1. Lennart Truedsson (redaktör). Klinisk immunologi (ISBN 9789144074269)
2. Cederholm B och Truedsson L. Serologisk diagnostik vid autoimmuna sjukdomar i Klinisk kemi i praktisk medicin. Nilsson-Ehle, P. Upplaga 8 (ISBN 9144007663)..
3. Eberhardt KB, Truedsson L, Pettersson H, Svensson B, Stigsson L, Eberhardt JL and Wollheim FA. Disease activity and joint damage progression in early rheumatoid arthritis: relation to IgG, IgA, and IgM rheumatoid factor. Ann Rheum Dis, 49: 906-909, 1990.
4. Geirsson AJ, Sturfelt G and Truedsson L. Clinical and serological features of severe vasculitis in rheumatoid arthritis: prognostic implications. Ann Rheum Dis, 46: 727-733, 1987.
5. Johnson PM and Faulk WP. Rheumatoid factor: Its nature, specificity, and production in rheumatoid arthritis. Clin Immunol Immunopathol, 6: 414-430, 1976.
6. Shoenfeld Y et al. Autoantibodies. Elsevier, Amsterdam, 2007.

# *Klinisk immunologi och transfusionsmedicin, Labmedicin Skåne*

Godkänd av Åsa Johansson

Version 2

13-10-07