

Empfehlungen für Abklärungsuntersuchungen bei Verdacht auf Zöliakie bei Erwachsenen



Im folgenden sind Empfehlungen für die Abklärungen bei Verdacht auf Zöliakie sowie für die Nachkontrollen bei etablierter Zöliakie aufgeführt. Sie gelten primär für Ärzte, sind aber auch für Zöliakiebetreffende von Interesse, insbesondere was die Nachkontrollen anbelangt. Eine klare Diagnose der Zöliakie vereinfacht das weitere Management des Patienten. Regelmässige Nachkontrollen sind in jedem Fall von Zöliakie lebenslang notwendig. Über deren Häufigkeit entscheidet der Verlauf der Erkrankung. Es sollten aber auch Fälle mit unkompliziertem, beschwerdefreiem Verlauf unter glutenfreier Diät nachkontrolliert werden. Das gleiche gilt für Jugendliche, bei denen die im Kindesalter diagnostizierte Zöliakie asymptomatisch geworden ist und die nicht mehr von einem lebenslangen Fortfahren einer glutenfreien Diät überzeugt werden können. Es gilt: «Einmal Zöliakie, immer Zöliakie». Die Kontrollen geben den Betroffenen bei «guten» Werten Sicherheit und zeigen auch, dass die glutenfreie Diät korrekt durchgeführt wird. Auf der anderen Seite können die Kontrollen bei «schlechten» Werten auf mögliche Diätfehler oder auf eventuelle Komplikationen hinweisen.

Diese Empfehlungen sollen die häufig sehr lange Latenzzeit bis zur definitiven Diagnosestellung verkürzen helfen und ein effektiveres Management von Zöliakiebetreffenden ermöglichen. Der Klarheit Willen sind die Empfehlungen in Stichworten verfasst. Die Betreuung Zöliakiebetreffender ist eine interdisziplinäre Angelegenheit und wird optimal, wenn die verschiedenen Berufsgruppen eng zusammenarbeiten (siehe Abbildung 1).

(Quelle: «Sonderheft Mai 2008»)

Empfehlungen für Abklärungsuntersuchungen bei Verdacht auf Zöliakie:



1. Klinik:

- Anamnese inkl. Familienanamnese
- Klinischer Status (inkl. BMI = body mass index)

2. Labor:

- Bestimmung der Zöliakie-spezifischen Antikörper inkl. totales IgA:
 - o anti-Gliadin AK IgA und IgG
 - o anti-Endomysium AK IgA (anti-EMA)
 - o anti-human-tissue-Transglutaminase AK IgA (anti-tTG)Als Suchtest genügt in aller Regel die Bestimmung von anti-Gliadin AK plus einer der beiden anderen Antikörper.
- Hämatogramm inkl. Indices, Ferritin, ion. Ca, Albumin, Thrombinzeit, EC-Folsäure, Vitamin B12, ALAT, AP, TSH
- Lactose-Toleranz-Test: fakultativ (gemäss Klinik und Ansprechen auf glutenfreie Diät)

3. Gastroskopie mit 6 Duodenalbiopsien

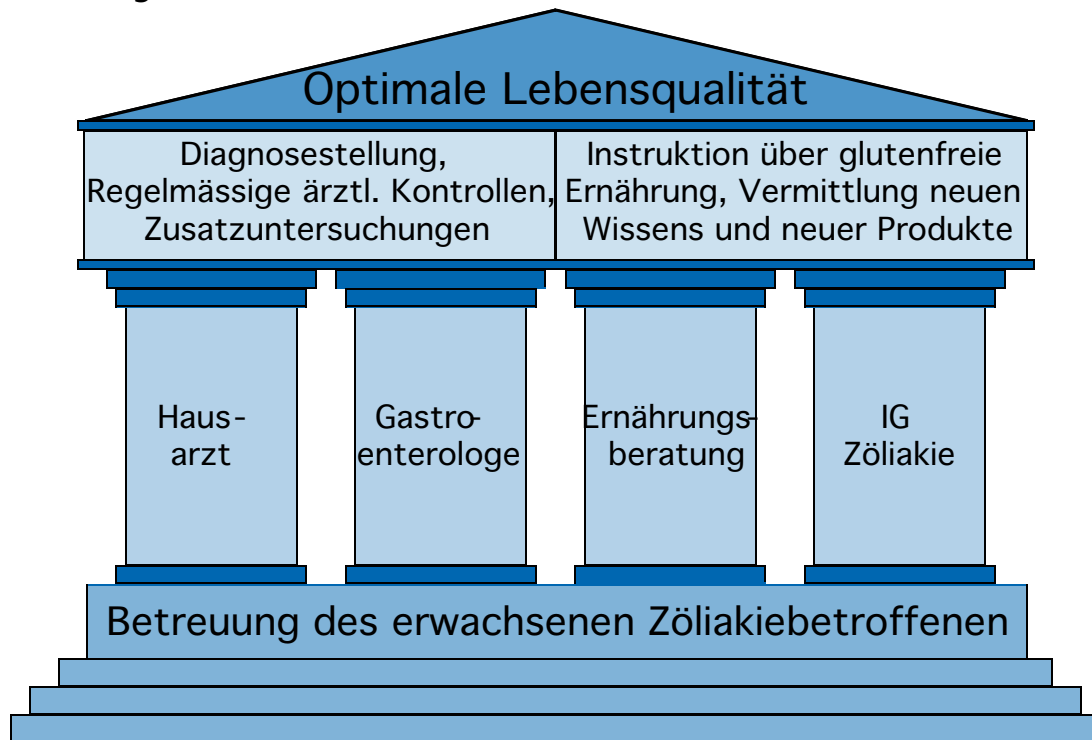
4. **Osteodensitometrie:** sofern Malabsorptionszeichen vorhanden u/o bei Vorhandensein weiterer Osteoporose-Risikofaktoren (siehe Tabelle 1) u/o bei klinischem Verdacht auf Osteoporose

5. **Abdomen-Ultrasonographie** (vor allem zum Ausschluss anderer Pathologien, z.B. bei Abdominalschmerzen)

6. Bei eindeutig diagnostizierter Zöliakie oder hochgradigem Verdacht darauf:

- **Anmeldung zur Ernährungsberatung** bezüglich glutenfreier Diät
- **Empfehlung der Mitgliedschaft bei der IG Zöliakie** (Neudiagnostizierten-Seminare, relevante Informationen über Diät und Krankheit)

Abbildung 1



(Quelle: Medizinischer Beirat der IG Zöliakie)

Empfehlungen für Kontrolluntersuchungen bei Erwachsenen mit etablierter Zöliakie:



- bei unkomplizierten Fällen (gutem Ansprechen auf glutenfreie Diät):
 - im 1. Jahr nach der Diagnosestellung:
 - wann?: nach (3), 6 und 12 Monaten
 - was?:
 1. **Klinik** (v.a. Anamnese und BMI-Verlauf)
 2. **Besprechung der Diät** (Ernährungsberatung?)
 3. **Labor** (nur von Parametern, die zum Zeitpunkt der Zöliakie-Diagnosestellung pathologisch waren):
 - Verlauf der Zöliakie-spezifischen AK (frühestens nach 6 Monaten)
 - Hämatogramm inkl. Indices, Ferritin, ion. Ca, Albumin, Thrombinzeit, EC-Folsäure, Vitamin B12, ALAT, AP: generell nach 12 Monaten
 4. **Gastroskopie** mit Duodenalbiopsien nach 12 Monaten:
Aufgrund der aktuellen wissenschaftlichen Evidenz kann die generelle Durchführung einer Verlaufsgastroskopie nach 12 Monaten nicht empfohlen werden! Die Notwendigkeit sollte individuell erwogen werden:
 - Ja bei Antikörper-negativer Zöliakie (z.B. IgA-Mangel)
 - Ja bei Patienten mit nicht klarem klinischem Ansprechen auf glutenfreie Diät u/o fehlender Antikörper-Antwort auf glutenfreie Diät trotz durch die Ernährungsberatung bestätigter, korrekt durchgeführter Diät
 - Ja bei Wunsch des Patienten
 5. **Erneute Ernährungsberatung** bei Bedarf
 - ab dem 2. Jahr nach Diagnosestellung:
 - wann? individuell, je nach Befinden (lebenslang)
 - was?
 1. **Klinik** (v.a. Anamnese und BMI-Verlauf)
 2. **Besprechung der Diät** (Ernährungsberatung?, Mitgliedschaft IG??)



3. Labor:

- Generell:
 - o Verlauf der Zöliakie-spezifischen AK: lediglich Bestimmung der initial erhöhten AK
 - o Hämatogramm inkl. Indices, Ferritin
- Nur, wenn zum Zeitpunkt der Zöliakie-Diagnose pathologisch, oder bei neuer spezifischer Fragestellung:
 - o ion. Ca, Albumin, Thrombinzeit, EC-Folsäure, Vitamin B12, ALAT, AP

4. Spezielles:

- Osteodensitometrie: je nach Befund zum Zeitpunkt der Diagnose der Zöliakie (ev. zuvor Kostengutsprache bei Krankenkasse einholen)
 - o Wenn damals normal oder unbekannt:
 - bei Menopause (Frauen)
 - im Alter > 55 Jahren (Männer)
 - bei weiteren Osteoporose-Risikofaktoren
 - o Wenn damals Osteopenie: nach 2 Jahren
 - o Wenn damals Osteoporose: nach 1-2 Jahren unter Therapie
 - Schilddrüsenfunktion (TSH): bei suspekter Klinik
-
- bei komplizierteren Fällen (anhaltenden oder rezidivierenden Beschwerden trotz glutenfreier Diät):
 1. Betreuung durch Gastroenterologen (Reevaluation)
 2. Ernährungsberatung (Diätfehler?)

Indikationen für eine Ernährungsberatung im Rahmen der Nachkontrollen

- wenn bei Verlaufskontrollen positive Antikörper oder Beschwerden vorliegen (Überprüfung der glutenfreien Diät auf irrtümliche Glutenaufnahme etc.)
- bei geplanter Schwangerschaft oder in der Schwangerschaft
- bei zusätzlichen Erkrankungen, die einer spezifischen Ernährung bedürfen (z.B. Diabetes mellitus, Adipositas, Obstipation u.a.m.)

(Quelle: Medizinischer Beirat der IG Zöliakie)

Osteoporose-Risikofaktoren

- Alter
- Ethnische Herkunft (Weisse/Asiaten)
- Weibliches Geschlecht
- Positive Familienanamnese
- Hypogonadismus
- Oestrogenmangel
- Frühe Menopause
- Amenorrhoe (primär/sekundär)
- Nullipara
- Anamnestische Spontanfraktur
- Niedriges Körpergewicht
- Mangelhafte Kalziumzufuhr
- Alkoholabusus
- Nikotinabusus
- Lange Immobilisation
- Bewegungsmangel
- Übermäßige körperliche Aktivität (Ballett, Spitzensport)
- Steroide, Heparin, Thyroxin, Antiepileptika
- Sekundär bei Hyperthyreose, Hyperparathyreoidismus, Neoplasie

