

Abklärungsuntersuchungen bei Verdacht auf Zöliakie und Kontrolluntersuchungen bei etablierter Zöliakie bei Erwachsenen

Dr. med. Carl M. Oneta, Facharzt FMH für Innere Medizin und Gastroenterologie, spez. Hepatologie in Winterthur, im Namen des wissenschaftlichen Beirates der IG Zöliakie der Deutschen Schweiz

(überarbeitet von Prof. Dr. med. Stephan Brand unter Berücksichtigung des Updates der deutschen S2k-Leitlinie Zöliakie, Stand Oktober 2021)

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 Zöliakie-Betroffene von Interesse. 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 Ernährung nachkontrolliert werden, weil sich unbemerkt Komplikationen einschleichen können. Dies betrifft auch Jugendliche, bei denen die im Kindesalter diagnostizierte Zöliakie asymptomatisch geworden ist und die nicht mehr von einem lebenslangen Fortfahren der glutenfreien Ernährung überzeugt werden können. Es gilt: „Einmal Zöliakie, immer Zöliakie“. Die Kontrollen geben den Betroffenen bei „guten“ Werten Sicherheit und zeigen auch, dass die glutenfreie Ernährung korrekt durchgeführt wird. Auf der anderen Seite können die Kontrollen bei „schlechten“ Werten auf mögliche Ernährungsfehler oder auf eventuelle Komplikationen hinweisen.

Diese Empfehlungen sollen helfen, die häufig sehr lange Latenzzeit bis zur definitiven Diagnosestellung zu verkürzen und ein effektiveres Management von Zöliakie-Betroffenen ermöglichen. Zur besseren Übersicht sind die Empfehlungen mehrheitlich in Stichworten verfasst. Die Betreuung Zöliakie-Betroffener ist eine interdisziplinäre Aufgabe, die durch eine enge Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen optimiert werden kann (siehe Abbildung 1).

Empfehlungen für Abklärungsuntersuchungen bei Verdacht auf Zöliakie:

Klinik

- Anamnese inkl. Familienanamnese und Glutenzufuhr in der Ernährung
- Klinischer Status (inkl. BMI = body mass index)

Labor

- Bestimmung der Zöliakie-spezifischen Antikörper inkl. Gesamt-IgA im Serum:
 - Anti-human-tissue-Transglutaminase AK IgA (anti-tTG IgA)
 - Anti-Endomysium AK IgA (anti-EMA IgA) *o Als Suchtest genügt in aller Regel die Bestimmung von anti-tTG-IgA Antikörper inkl. des Gesamt-IgA. Bei Verdacht auf eine Zöliakie sollte die Glutenzufuhr erhoben werden, da eine Gluten-freie oder Gluten-reduzierte Kost die Diagnose erschweren kann.*

- Hämatogramm inkl. Indices, Ferritin, Transferrinsättigung, ion. Calcium, Albumin, Thrombinzeit, ALAT, ASAT, alkalische Phosphatase, Folsäure, Vitamin B12, Vitamin D (25-OH-Cholecalciferol), TSH

Gastroskopie mit mindestens 6 Duodenalbiopsien (mind. je 2 aus Bulbus duodeni, mittlerem und distalen Duodenum)

Osteodensitometrie (DEXA): nur empfohlen, wenn

- „klassische Form“ der Zöliakie mit Malabsorptionszeichen vorliegt und/oder
- weitere Osteoporose-Risikofaktoren (siehe Tabelle 1) vorhanden sind und/oder
- radiologische Zeichen der Osteoporose gesehen werden

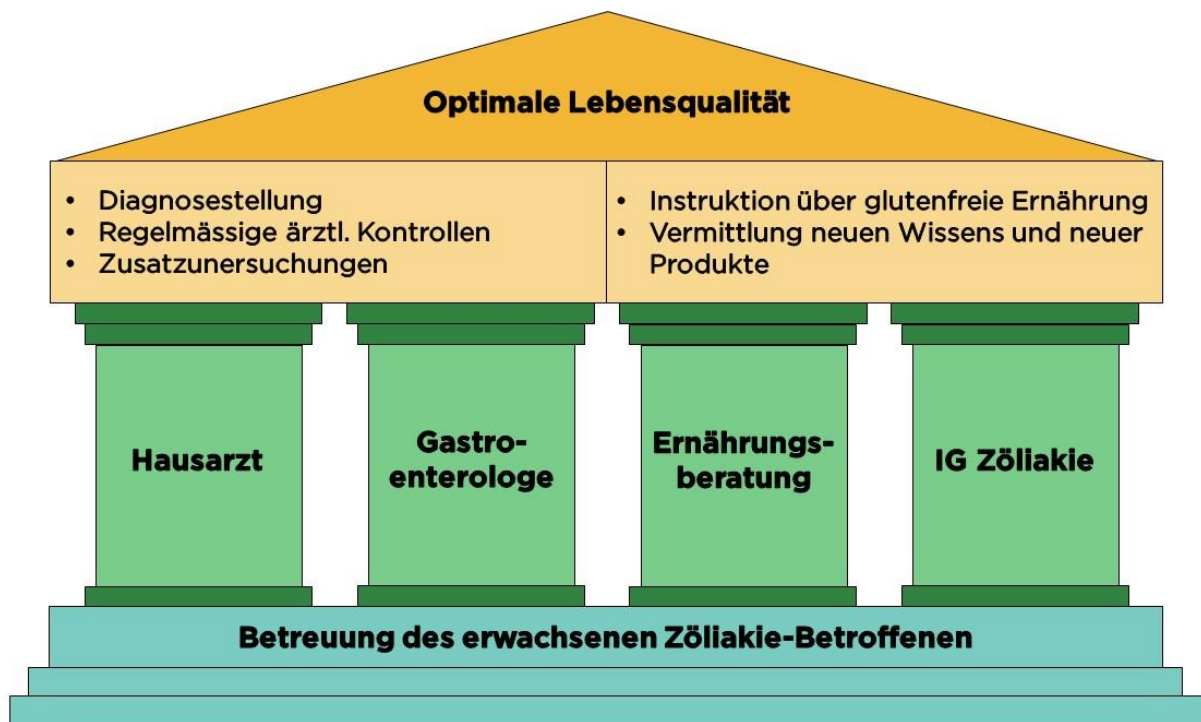
Abdomen-Sonographie (vor allem zum Ausschluss anderer Pathologien)

Bei hochgradigem Verdacht auf Gluten-Unverträglichkeit, jedoch fehlenden Hinweisen für eine Zöliakie (negative Antikörper und unauffällige Dünndarmschleimhaut) sowie auch fehlenden Hinweisen für andere relevante gastrointestinale Erkrankungen: an mögliche „nicht-Zöliakie-assoziierte Gluten-Unverträglichkeit“ denken (verlangt ebenfalls eine glutenfreie Ernährung)

Empfehlungen bei eindeutig diagnostizierter Zöliakie:

- Anmeldung zur Ernährungsberatung bezüglich glutenfreier Ernährung
- Empfehlung der Mitgliedschaft bei der IG Zöliakie
- Neudiagnostizierten-Seminare, relevante Informationen über glutenfreie Ernährung und Krankheit

Abbildung 1



Empfehlungen für Nachkontrollen bei Erwachsenen mit Zöliakie:

Bei unkomplizierten Fällen (mit gutem Ansprechen auf glutenfreie Ernährung):

Im 1. Jahr nach der Diagnosestellung nach (3), 6 und 12 Monaten:

Klinik (v.a. Anamnese und BMI-Verlauf)

Besprechung der glutenfreien Ernährung (Ernährungsberatung)

Labor (nur von Parametern, die zum Zeitpunkt der Zöliakie-Diagnosestellung pathologisch waren):

Verlauf der Zöliakie-spezifischen AK. Die erste serologische Kontrolle sollte 6 Monate nach dem Beginn der glutenfreien Diät erfolgen, danach alle 6 Monate, bis das Ergebnis unter dem Grenzwert liegt, danach einmal jährlich; bei sehr stabilem Verlauf im Erwachsenenalter sind auch alle 2 Jahre möglich. Bei Wiederauftreten von Zöliakie-Symptomen sollte ebenfalls eine serologische Kontrolle erfolgen.

Hämatogramm inkl. Indices, Ferritin, ion. Calcium, Albumin, Thrombinzeit, Folsäure, Vitamin B12, Vitamin D (25-OH-Cholecalciferol), ALAT, ASAT, alkalische Phosphatase, generell nach 12 Monaten: Schilddrüsenfunktion (TSH): bei suspekter Klinik

Gastroskopie mit Duodenalbiopsien

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 Patienten mit nicht klarem klinischem Ansprechen auf glutenfreie Ernährung und/oder fehlender Antikörper-Antwort auf glutenfreie Ernährung trotz durch die Ernährungsberatung bestätigter, korrekt durchgeführter glutenfreier Ernährung

Ja: Bei Patienten mit Wiederauftreten von Zöliakie-Symptomen nach initialem Ansprechen

Eine Kontrollendoskopie kann auch bei ausdrücklichem Wunsch des Patienten erwogen werden.

Erneute **Ernährungsberatung** bei Bedarf, insbesondere bei positiver Serologie und/oder Zöliakie-Symptomen

Im 2. Jahr nach der Diagnosestellung individuell, je nach Befinden (lebenslang):

Nach Einleitung der glutenfreien Diät sollten in regelmässigen Abständen Kontrolluntersuchungen durchgeführt werden (zuerst nach 6 Monaten, dann jährlich bzw. bei sehr stabilem Verlauf im Erwachsenenalter alle 2 Jahre)

Klinik (v.a. Anamnese und BMI-Verlauf)

Besprechung der Diät (Ernährungsberatung)

Labor

Verlauf der Zöliakie-spezifischen AK: lediglich Bestimmung der initial erhöhten AK
Hämatogramm inkl. Indices, Ferritin

Nur, wenn zum Zeitpunkt der Zöliakie-Diagnose pathologisch oder bei neuer spezifischer Fragestellung oder bei klinischen Zeichen einer Malabsorption: ion. Calcium, Albumin, Thrombinzeit, Ferritin, Transferrinsättigung, Albumin, Folsäure, Vitamin B12, Vitamin D (25-OH-Cholecalciferol), bei vorausgegangenem Mangel oder klinischen Symptomen für Mangelerscheinungen auch Mikronährstoffe wie Zink, ALAT, ASAT, alkalische Phosphatase, TSH

Osteodensitometrie (DEXA):

Eine Osteodensitometrie sollte bei allen Zöliakie-Betroffenen ab einem Alter von 50 Jahren durchgeführt werden.

Bei einem erhöhten Risiko für eine Osteoporose (siehe Tabelle 1) sollte eine Osteodensitometrie bei Diagnosestellung unabhängig vom Alter erfolgen.

Auch bei Fehlen von Risikofaktoren kann eine Osteodensitometrie bei allen erwachsenen Zöliakie-Betroffenen ca. 1 bis 1.5 Jahre nach der Diagnosestellung durchgeführt werden.

Ernährungsberatung (Kontrolle bzgl. potenzieller Ernährungsfehler)

Indikationen für eine Ernährungsberatung im Rahmen der Nachkontrollen:

- Wenn bei Verlaufskontrollen positive Antikörper oder Beschwerden vorliegen (Überprüfung der korrekten glutenfreien Ernährung)
- Bei geplanter Schwangerschaft oder in der Schwangerschaft
- Bei zusätzlichen Erkrankungen, die einer spezifischen Ernährung bedürfen (z.B. Diabetes mellitus, Adipositas, Obstipation u.a.m.)

Tabelle 1

Osteoporose-Risikofaktoren

- Alter
- Ethnische Herkunft (Weisse / Asiaten)
- Weibliches Geschlecht
- Positive Familienanamnese
- Hypogonadismus
- Oestrogenmangel
- Frühe Menopause
- Amenorrhoe (prim./sek.)
- Nullipara
- Anamn. Spontanfraktur
- Niedriges Körpergewicht
- Mangelhafte Kalziumzufuhr, Vitamin D3-Mangel
- Alkoholabusus
- Nikotinabusus
- Lange Immobilisation
- Bewegungsmangel
- Übermässige körperliche Aktivität (Ballett, Spitzensport)
- Bestimmte Medikamente wie z.B. Steroide, Heparin, Thyroxin, Antiepileptika
- Sekundär bei Hyperthyreose, Hyperparathyreoidismus, Neoplasie