

IBDnet Nurse Webinar

Anamneseerhebung bei IBD-Patienten: innen
Worauf sollte man bei der Erstdiagnose und in
den Verlaufskontrollen besonders achten?

Danko Batusic, Dritë Rushiti

Ablauf der Präsentation

Erstdiagnose

Verlaufskontrollen

Sonographie
Endoskopie
Bildgebung

Exkurs: Impfstatus
und EIM bei IBD

Praktische Tips
Fazit

Erstdiagnose IBD – eine sensible Phase

- IBD-Diagnose oft ein Schock für Betroffene
- Bedürfnis nach Zeit zur Verarbeitung und Orientierung
- Viele offene Fragen, Unsicherheiten, Ängste

Unsere Rolle als Fachpersonen:

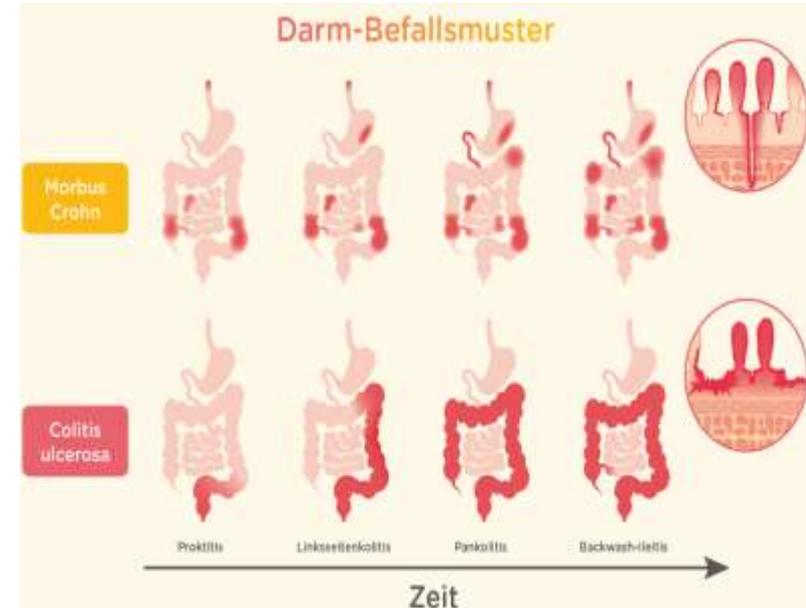
- Mit Einfühlungsvermögen begegnen
- Auf individuelle Bedürfnisse eingehen
- Wichtige Befunde behutsam und klar kommunizieren
- Strukturierte, verständliche Information vermitteln
- Raum für Fragen und Austausch bieten



Erstdiagnose: Beschwerdebild/ Leitsymptome

Stuhlfrequenz (Durchfälle, nächtliche Defäkation)

- Stuhlqualität (blutig, schleimig, wässrig)
- Anale/Perianale Beschwerden, In/Kontinenz
- Abdominale Schmerzen (Lokalisation, Intensität, zeitlicher Verlauf), Nausea/Emesis,
- Gewichtsverlust, Fieber, Fatigue
- Extraintestinale Manifestationen: Haut (Erythema nodosum, Pyoderma gangraenosum), Gelenke (Arthralgien), Augen (Uveitis), Leber/Galle (PSC)



Erstdiagnose: Krankheitsverlauf

Erstmanifestation oder bekannte Diagnose (Erstdiagnose?)

- Wann traten die ersten Symptome auf?

Handelt es sich um: Colitis ulcerosa, Morbus Crohn oder Colitis Indeterminata?

Lokalisation und Ausbreitung der Entzündung (nach Montreal-Klassifikation)

Frühere Schübe, Häufigkeit, Dauer, Therapieansprechen, Hospitalisationen, Operationen (z. B. Kolektomie, Ileozökalresektion)



Erstdiagnose: Therapieverlauf

Frühere und aktuelle medikamentöse Therapien:
5-ASA, Steroide, Immunmodulatoren, Biologika, JAK-Inhibitoren
Komedikation (z. B. NSAR, Antibiotika können Schübe triggern)
Therapieerfolg, Nebenwirkungen, Therapieadhärenz



Erstdiagnose

Familienanamnese

IBD bei Verwandten ersten Grades?, Assoziierte Erkrankungen (z. B. Zöliakie, Autoimmunerkrankungen), Kolorektales Karzinom

Sozialanamnese

Raucherstatus (relevant für Morbus Crohn), Ernährung, Alkohol, Drogen

Psychosoziale Belastungen

Stress, Depression, soziale Isolation, Angst, Sexualprobleme, Berufliche Einschränkungen, Fatigue, Schlafstörungen

Reiseanamnese und Infektionen

Tropenreisen, Infektiöse Ursachen, Clostridium difficile, Parasiten

Screening auf opportunistische Infektionen

(Tbc, Hepatitis Viren, HIV, VZV, EBV usw.)



Erstdiagnose: Exkurs Impfstatus

Impfstatus **vor** Beginn einer immunsuppressiven Therapie überprüfen

Totimpfstoffe können **immer gegeben** werden (auch unter Immunsuppression)

Lebendimpfstoffe sind **kontraindiziert bei bestehender Immunsuppression**

➤ möglichst **mind. 4 Wochen vorher verabreichen**

⊖ **Lebendimpfstoffe – nur VOR Immunsuppression!**
MMR, Varizellen, Gelbfieber!!!

(Empfehlung nach STIKO & DGVS)

- Tetanus, Diphtherie, Pertussis
- Polomyelitis
- MMR (CAVE: Lebendimpfstoff)
- Hepatitis B (empfohlen bei allen chronisch kranken)
- Hepatitis A (bei Reisen, Risikogruppen und PSC)
- Varizellen (CAVE: Lebendimpfstoff)
- Weitere: Influenza, Pneumokokken, COVID 19, Herpes Zoster

Erstdiagnose: Planung

Ablaufpunkt	Beschreibung
Zeitplanung	Für die Erstkonsultation wird ca. eine Stunde eingeplant.
Befundaufnahme	Alle Befunde werden gesammelt und analysiert.
Infektausschluss	Infektionen wie CMV, Stuhlkeime oder Serologien müssen ausgeschlossen werden.
Impfstatus	Notwendige Impfungen werden ergänzt.
Aufklärung	Der Patient wird umfassend über das Krankheitsbild und mögliche Therapieoptionen aufgeklärt (Material wird mitgegeben).
Therapieplanung	Die Therapieplanung erfolgt in der zweiten Sitzung, inklusive Zielbesprechung und Klärung offener Fragen.
Unklare Befunde	Bei unklaren Befunden (z. B. widersprüchliche Histologie) wird eine Verdachtsdiagnose gestellt.

Shared Decision Making (SDM)

Gemeinsame Entscheidungsfindung

Kernpunkte:

Der Arzt informiert über die medizinischen Möglichkeiten, Risiken und Nutzen.

Der Patient bringt seine Werte, Wünsche und Lebensumstände ein.

Ziel ist eine **informierte, partnerschaftliche Entscheidung**, die medizinisch sinnvoll und für den Patienten akzeptabel ist.

SDM ist besonders relevant bei **chronischen Erkrankungen** und **Behandlungen mit mehreren gleichwertigen Optionen**.

Elwyn et al. (2012): „Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice“, *Journal of General Internal Medicine*



Verlaufskontrollen

Anamnese

Veränderungen der Stuhlfrequenz, Blutungen, Schmerzen

Labor

Entzündungsparameter: CRP, Blutbild, Albumin, Eisenstatus, Vitamin B12, Folsäure, Vitamin D, Zink, Selen, Leberwerte (z. B. unter Azathioprin oder bei PSC), Spiegelbestimmung bei Biologika (z. B. Infliximab trough level + Antikörper)

Calprotectin im Stuhl

Therapieüberwachung (Neben-/Wirkung, Therapietreue)

Endoskopie

CU: Mayo Endoscopic Score (MES), UCEIS

MC: SES-CD, Rutgeerts-Score

Sonographie bei IBD

Nutzen der Sonographie bei IBD

- Wanddicke beurteilen
-  Durchblutung messen
-  Komplikationen erkennen
-  Therapiekontrolle
- Strahlenfrei
- Schnell, wiederholbar

Details

Zeichen für Aktivität

Doppler-Sonographie für
Entzündungsaktivität

Fisteln, Abszesse, Strikturen

Rückgang der Aktivitätszeichen
prüfen

Vorteil gegenüber CT, besonders bei
Kindern/Jugendlichen

Ideal für Akut- und
Verlaufsdagnostik

Endoskopie/Bildgebung

Indikation abhängig vom Verlauf:

- **Koloskopie zur Rezidivkontrolle** (Bei klinischem Verdacht auf Schub oder nach Therapieeinleitung, um Mukosaheilung zu beurteilen)
Ziel: Entzündungskontrolle, Therapieanpassung
- **Koloskopie zur Dysplasieüberwachung** (v. a. CU), in Remission. **Technik:** Bevorzugt **Chromoendoskopie** (Methylenblau / Indigokarmin), alternativ **HD-Koloskopie**
Ziel: Früherkennung kolorektaler Neoplasien
- **MRT/CT-Enterographie** bei Morbus Crohn zur Dünndarmbeurteilung
Ziel: Monitoring auf Komplikationen: Strikturen, Fisteln, Abszesse

Koloskopie zur Dysplasieüberwachung

8 Jahre nach Erkrankungsbeginn bei CU (und MC, wenn das Kolon betroffen ist)

- Ausnahme: Bei zusätzlichem PSC (primär sklerosierende Cholangitis): **sofort ab Diagnose jährlich**

Intervallkoloskopien (nach DGVS & ECCO)

Risikogruppe

Empfohlenes Intervall

Hohes Risiko (PSC, positive Familienanamnese, ausgedehnte Entzündung, Pseudopolypen)

Jährlich

Mittleres Risiko (ausgedehnte Kolitis mit moderater Entzündung)

Alle 2–3 Jahre

Niedriges Risiko (linksseitige Kolitis mit geringer Entzündung)

Alle 4 Jahre

Malignom-Überwachung unter Biologischer Therapie bei IBD

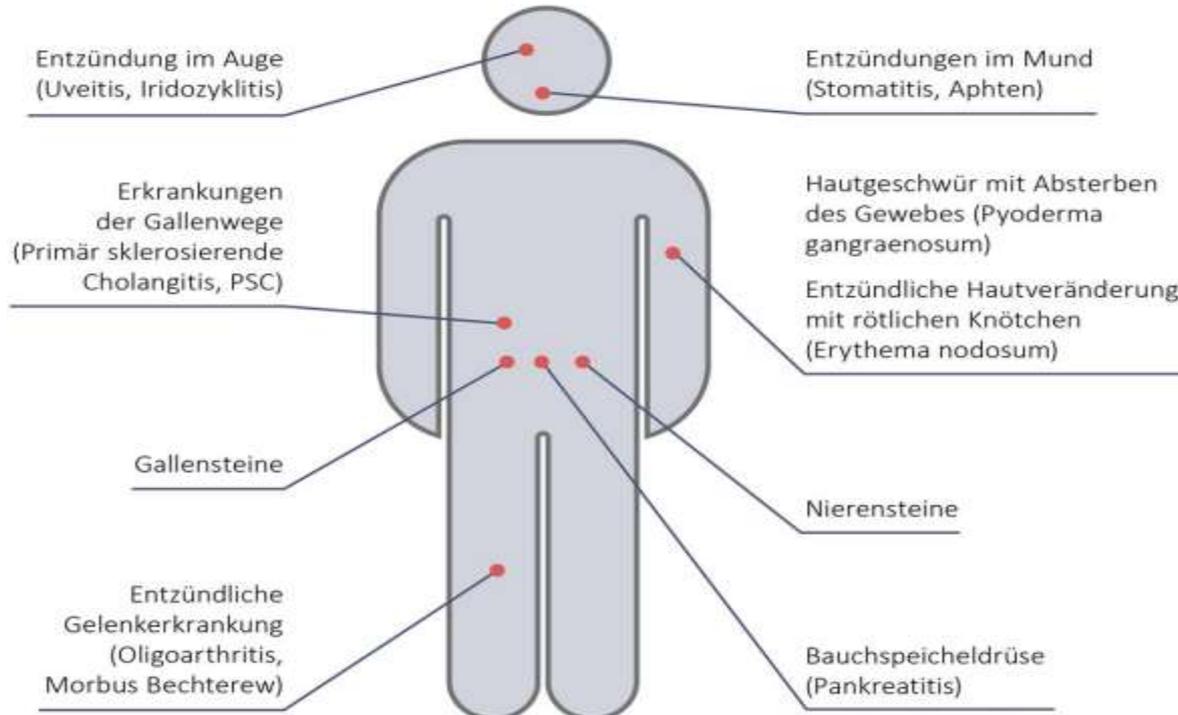
Krebsart	Screeningempfehlung
Kolorektales Karzinom	Regelmässige Koloskopien zur Dysplasieüberwachung bei CU/MC mit Kolonbeteiligung
Hautkrebs (NMSC, Melanom)	Jährliche dermatologische Untersuchung , v. a. unter Anti-TNF, JAK-Inhibitoren oder Thiopurinen
Zervixkarzinom	Regelmässige PAP-Abstriche (mind. alle 3 Jahre)
Brustkrebs / Prostatakrebs	Normale Vorsorge (Mammografie, PSA-Test) – besonders bei >50 J.
Lymphome	Kein spezifisches Screening – klinische Wachsamkeit bei B-Symptomatik (Fieber, Nachtschweiß, LK-Schwellung)
Lungenkarzinom	Niedrigschwelliges CT-Thorax bei Rauchern oder langjähriger JAK-Inhibitor-Therapie

Klinische Empfehlungen (DGVS, ECCO, ESMO):

- Keine generelle Kontraindikation für Biologika bei früherem Malignom >5 Jahre zurückliegend
- Bei Malignom <5 Jahre: Therapieentscheidung interdisziplinär (Onkologie, Gastroenterologie)
- Hautkrebscreening ist Pflicht unter Immunsuppression
- Dokumentation aller Risikofaktoren regelhafte Reevaluation des Nutzen Risiko-Verhältnisses

Gordon H, Biancone L, Fiorino G et al. ECCO Guidelines on Inflammatory Bowel Disease and Malignancies. *J Crohns Colitis*. 2023;17(6):827–854. doi:10.1093/ecco-jcc/jjac187.

Beschwerden ausserhalb des Darms



Extraintestinale Manifestationen

- Beschwerden außerhalb des Verdauungstraktes
- Können erstes Symptom sein
- Können direkt mit der CED-Aktivität zusammenhängen
- Können auch unabhängig von der CED-Aktivität auftreten

Augenbeteiligung bei IBD Prävalenz ca. 4-10 %

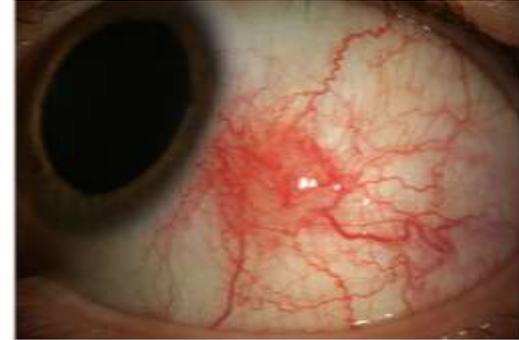
Episkleritis



Diffuse Episkleritis



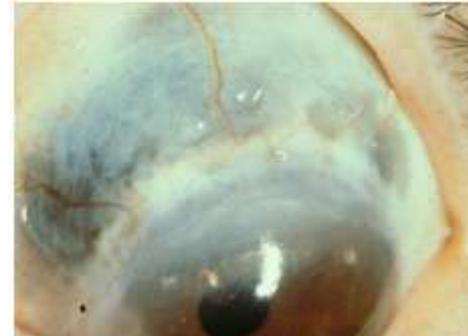
Noduläre Episkleritis



Diffuse Skleritis



Skleromalazie

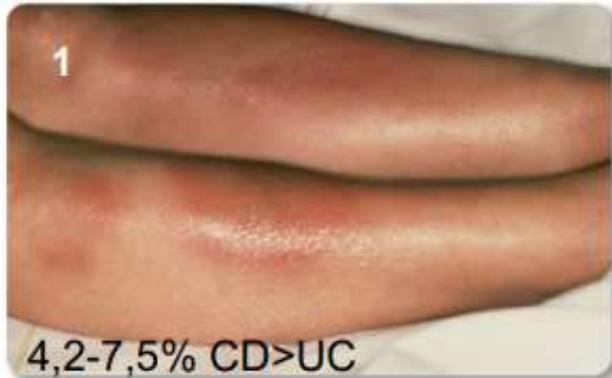


Akute anteriore Uveitis



Hautveränderungen bei IBD

1. Erythema nodosum
2. Pyoderma gangraenosum
3. Sweet Syndrom (neutrophile Dermatose)



Formen der Gelenkbeteiligung bei IBD

Arthralgie

keine Schwellung / Überwärmung / Rötung



Arthritis

Typ 1 wenige Gelenke (pauciarticulärer Befall)

akute, selbst-limitierende Attacken

häufig mit Schüben der CED vergesellschaftet

Typ 2 viele Gelenke (polyarticulärer Befall)

Symptome persistieren über Monate / Jahre

unabhängig vom Verlauf der CED

Spondylarthritis

Netzwerk mit Ansprechpersonen: Dermatologie, Endokrinologie, Rheumatologie, Chirurgie
Ziel: Einfache Terminvergabe und bessere, schnelle Kommunikation

Allgemeine Informationen

EIM	Augen, Gelenke, Haut, Aphten
FA	KRK, CED, sonstige Erkrankungen
Noxen	Nikotin (x/Tag, py, Beratung ja/nein), Alkohol, Drogen
Schwangerschaft	Ja / Nein, geplant?
QoL	Alltag, Arbeit, Sexualität, Psyche, Fatigue, Schlaf
Soziales	Familie, Kinder, Zivilstand, Beruf
Impfstatus	HBV, Masern, Polio, Tetanus, Pneumo, Grippe, COVID – je ja/nein

Prozedere

Therapie

Fortführung von ... [Medikament einfügen]

Kontrolle IBD-Sprechstunde

In xx Monaten Termin erhalten Termin folgt

Calprotectin

Vor nächstem Termin bestimmen Material
mitgegeben Versand geplant

Substitution

Substitution von ... [z. B. Vitamin D, Eisen etc.]

Rauchstopp

Rauchstopp dringend empfohlen Zuweisung zur
Rauchstoppberatung Nicht gewünscht

Koloskopie

In ... Jahren

Dermatologische Kontrolle

In ... Jahren Zuweisung zur Dermatologie zur
Verlaufskontrolle unter ... [Therapie]

Knochendichtemessung

In ... Jahren Zuweisung an Endokrinologie zur
DEXA-Messung

Gynäkologische Kontrolle

In ... Jahren Patientin organisiert Termin selbst

Fazit

Eine gute Betreuung von IBD-Patienten erfordert:

- **Regelmässige strukturierte Verlaufskontrollen**
- **Interdisziplinäres Management (Gastroenterologie, Chirurgie, Rheuma., Dermatologie, Endokrinologie, Ernährung, ggf. Psychologie usw.)**
- **Individuelle Therapieanpassung je nach Krankheitsaktivität und -verlauf**



Herzlichen Dank

Dr. med. Danko Batusic, Leitender Arzt Gastroenterologie
Rushiti Dritë, Klinische Fachspezialistin

Kantonsspital Graubünden
Loëstrasse 170
7000 Chur
drita.rushiti@ksgr.ch