

«Ein dynamisches Infektionsrisiko erfordert personalisierte Strategien»

Neue Therapieoptionen verändern auch das Management opportunistischer Infektionen bei chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen (IBD). Die am ECCO-Kongress 2026 vorgestellte Leitlinie zu diesem Thema, ein Update der Leitlinie zu Infektionen bei IBD aus dem Jahr 2021, rückt neue Präventionsstrategien in den Fokus^{1,2}. Co-Autor Prof. Dr. med. Thomas Greuter erklärt, warum pauschale Strategien zur Infektionsprävention nicht mehr ausreichen und welche Rolle Impfungen künftig spielen.

Interview | Dr. Nadine Zahnd-Straumann

● **Nadine Zahnd:** Prof. Greuter, warum wurde die ECCO-Leitlinie Infektionen bei IBD aktualisiert?

Thomas Greuter: Die Therapie der IBD hat sich in den letzten Jahren stark weiterentwickelt, was auch das Infektionsrisiko verändert hat. Gleichzeitig stehen wir im klinischen Alltag vor zunehmend komplexen Entscheidungen im Umgang mit opportunistischen Infektionen. Die bisherige Leitlinie hat diese Entwicklung nur teilweise abgebildet, sodass eine Aktualisierung notwendig wurde.

Welches sind die wichtigsten Neuerungen im Vergleich zur Leitlinie von 2021?

Wir haben den Fokus deutlich erweitert: weg von einer primär Anti-TNF-zentrierten Betrachtung hin zu einem breiteren, differenzierten Ansatz über alle modernen Therapien hinweg. Zentral ist die präzisere Einordnung des Grades der Immunsuppression, die heute stärker patienten- und therapiebezogen erfolgt. Zudem wurden



Prof. Dr. med. Thomas Greuter, Chefarzt Gastroenterologie und Hepatologie, Ente Ospedaliero Cantonale, Lugano, und Vorstandsmitglied IBDnet

die Impfpfehlungen klarer strukturiert und praxisnäher formuliert, etwa mit konkreten Hinweisen zum Timing vor Beginn einer immunsuppressiven Therapie.

Was bedeutet der Grad der Immunsuppression konkret?

Bei einem Medikament spielen Wirkmechanismus, Dosis und Therapiedauer ebenso eine Rolle wie patientenspezifische Faktoren. Ein älterer Patient mit Komorbiditäten unter Kombinationstherapie hat ein ganz anderes Risiko als eine junge Patientin unter Monotherapie. Diese Einordnung ist zentral für klinische Entscheidungen.

Welche neuen Erkenntnisse gibt es bei Biologika ausserhalb der Anti-TNF-Klasse?

Nicht alle Biologika haben das gleiche Infektionsrisiko. Für Vedolizumab und Ustekinumab ist das Risiko für eine Tuberkulose-Reaktivierung sehr niedrig, was gezielte Screening-Strategien ermöglicht. Bei Anti-TNF-Therapien und JAK-Inhibitoren bleibt das Screening auf eine latente Tuberkulose-Infektion essenziell, bei anderen Substanzen kann man stärker risikoadaptiert vorgehen.

Bedeutet das auch Veränderungen beim Tuberkulose-Re-Screening?

Ja, bei Risikopatient:innen – etwa mit regelmässigen Aufenthalten in Hochprävalenzregionen – wird ein erneutes Tuberkulose-Screening empfohlen. Unter Anti-TNF-Therapie kann dies jährlich sinnvoll sein. Für andere Therapien ist die Datenlage weniger klar, weshalb hier die individuelle Risikoeinschätzung entscheidend bleibt.

Ein weiterer Schwerpunkt ist die Prävention. Was sollten Gastroenterolog:innen besonders beachten?

Impfungen spielen eine Schlüsselrolle. Besonders wichtig ist die klare Empfehlung zur rekombinanten Herpes-Zoster-Impfung für alle erwachsenen IBD-Betroffenen unter oder vor immunsuppressiver Therapie. Zudem wurden die Pneumo-

kokken-Empfehlungen aktualisiert, und neu wird eine RSV-Impfung ab 60 Jahren empfohlen. Entscheidend ist das Timing – idealerweise vor Beginn der Immunsuppression.

Wie gehen Sie im Alltag mit opportunistischen Infektionen wie CMV oder C. difficile um?

Eine differenzierte Herangehensweise ist entscheidend. Eine intestinale CMV-Reaktivierung erfordert nicht in jedem Fall eine antivirale Therapie, sondern sollte im klinischen Kontext beurteilt werden, insbesondere bei steroidrefraktären Verläufen. Im Gegensatz dazu ist eine C.-difficile-Infektion immer behandlungsbedürftig. Hier empfehlen wir Vancomycin oder Fidaxomicin als Erstlinientherapie. Wichtig ist auch: Die IBD-Therapie muss

nicht routinemässig pausiert, sondern sollte individuell beurteilt werden.

Ihre wichtigste Botschaft?

Wir müssen deutlich stärker individualisieren. Das Infektionsrisiko ist dynamisch und multifaktoriell. Gleichzeitig haben wir heute sehr gute Möglichkeiten zur Prävention durch gezieltes Screening und Impfungen. Wenn wir diese konsequent nutzen, können wir die Sicherheit der Therapien deutlich verbessern. ◻

Bibliografie

¹ECCO-Kongress 2026, Scientific Session 6: Applying ECCO Guidelines on opportunistic infections (T. Greuter, Lugano; H. Yanai, Petah Tikva, Israel). Eine vollständige, peer-reviewte Fassung wird im *Journal of Crohn's and Colitis* zeitnah veröffentlicht werden.

²Kucharzik T, Ellul P, Greuter T, et al.: ECCO Guidelines on the Prevention, Diagnosis, and Management of Infections in Inflammatory Bowel Disease. *J Crohns Colitis* 2021; 15(6): 879–913.

Anzeige

IBDnet

Postgraduate Course in IBD 2026

REGISTER NOW



3 – 5 DECEMBER 2026



WWW.IBDNET.CH

CAMPUS
HOTEL HERTENSTEIN

14 CREDITS SGG SSG