

# Koloskopie bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen



Prof. Dr. med.  
Rainer Duchmann

## Bibliografie

Endo-Praxis 2021; 37: 1

DOI 10.1055/a-1303-9016

ISSN 0177-4077

© 2021. Thieme. All rights reserved.

Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14,  
70469 Stuttgart, Germany

## Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Rainer Duchmann, Medizinische Klinik,  
Hospital zum heiligen Geist GmbH, Lange Straße 4–6,  
60311 Frankfurt/Main  
duchmann.rainer@hohg.de

Nach den zeitgemäß unausweichlichen Ausflügen zu COVID-19 und seinen Implikationen für die gastroenterologische Endoskopie hatte ich Ihnen versprochen, mich so rasch wie möglich wieder genuinen endoskopischen Themen zuzuwenden. Die in den letzten 12 Monaten erschienene Neufassung der Leitlinie Colitis ulcerosa (T. Kucharzik et al., Z Gastroenterol 2020; 58: 241–326) und die erste europäische Leitlinie zur mikroskopischen Kolitis (S. Miehle et al., United European Gastroenterol J 2021; 9: 13–37) bieten hierzu eine gute Gelegenheit.

Aus der Vielzahl der Empfehlungen zur Endoskopie möchte ich insbesondere auf die für uns im Alltag besonders wichtigen Empfehlungen zum Untersuchungsintervall der Überwachungskoloskopien bei Patienten mit Colitis ulcerosa hinweisen. Diese enthalten erhebliche Änderungen zum langjährig gewohnten Vorgehen und erneuern entsprechende Passagen in der auf der Homepage der DGVS aktuell noch eingestellten Leitlinienversion zum kolorektalen Karzinom.

Zur Festlegung des Überwachungsintervalls empfiehlt die Leitlinie 6–8 Jahre nach Symptombeginn/Diagnosestellung eine informative Koloskopie einschließlich definierter Biopsien. Auf der Grundlage des endoskopischen und histologischen Befunds sowie anamnestischer Kriterien werden alle Patienten mit Colitis ulcerosa, sofern bei ihnen ein Befall über das Rektum hinaus vorliegt, anschließend risikostratifiziert in ein jährliches (hohes Risiko), 2–3-jährliches (intermediäres Risiko) oder 4-jährliches (geringes Risiko) Untersuchungsintervall übernommen. Ein hohes Risiko wird durch eine ausgedehnte Colitis mit hochgradiger Entzündung, einen erstgradigen Verwandten mit KRK < 50 Jahre, IEN in den letzten 5 Jahren, das Vorliegen einer PSC oder einer Stenose definiert. Eine milde bis mäßiggradige Kolitis, ein erstgradiger Verwandter mit KRK > 50 Jahre oder viele Pseudopolypen definieren ein intermediäres Risiko. Ein geringes Risiko ist durch das Fehlen der o. g. Kriterien definiert.

Die Überwachungskoloskopien beginnen ab dem 8. Erkrankungsjahr. Sie sollten nach Möglichkeit in der Remissionsphase durchgeführt werden, um Schwierigkeiten bei der Zuordnung

entzündlicher versus neoplastischer Veränderungen zu vermeiden. Als Überwachungsverfahren der Wahl gilt die Chromoendoskopie. Alternativ kann eine hochauflösende Weißlichtendoskopie (HDWLE) mit besonderer Sorgfalt und entsprechender Rückzugszeit durchgeführt werden. Aufgrund neuerer Untersuchungen reichen in beiden Fällen gezielte Biopsien jeder sichtbaren Läsion aus. Auf die früher empfohlenen zufälligen Biopsien kann im Falle einer sorgfältig durchgeführten Chromoendoskopie oder hochauflösenden Weißlichtendoskopie (HDWLE) verzichtet werden. Lediglich bei Patienten mit einer PSC wird weiterhin die zusätzliche Entnahme von 4 quadrantenförmigen Stufenbiopsien alle 10 cm empfohlen.

Die mikroskopische Kolitis ist eine häufige und wichtige Differenzialdiagnose der chronischen, wässrigen Diarrhö. Erkrankte haben zudem ein etwa 10-fach erhöhtes Risiko für eine Zöliakie und sollten daher auch auf eine Zöliakie untersucht werden. Der endoskopische Befund ist meist unauffällig oder zeigt allenfalls unspezifische Veränderungen. Entscheidend für die Diagnose der mikroskopischen Kolitis ist die Histologie! Zur Erzielung einer ausreichenden Treffsicherheit wird die Entnahme von mindestens je zwei Biopsien aus dem Colon ascendens und Colon descendens empfohlen. „Augen auf bei der Endoskopie“ ist bei Patienten mit chronischer Diarrhö insofern nicht ausreichend. Die Entnahme von Biopsien aus dem Kolon ist hier Standard! Auf Verlaufskoloskopien kann verzichtet werden, die Klinik führt. Anders als bei der Colitis Crohn und Colitis ulcerosa besteht kein erhöhtes Risiko für ein kolorektales Karzinom, es gelten die allgemeinen Regeln zur Vorsorgekoloskopie.

Bleiben Sie gesund  
Ihr Rainer Duchmann

## Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.