

Benigne Befunde in der Endoskopie des OGI, Teil 2



Prof. Dr. med.
Rainer Duchmann

Bibliografie

Endo-Praxis 2021; 37: 163

DOI 10.1055/a-1558-5108

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, Deutschland
duchmann.rainer@hohg.de

Das letzte Editorial hat sich mit Charakteristika benigner Befunde des Ösophagus am Beispiel des Inlet Patch und des ösophagealen Papilloms befasst. Leider war diese Auswahl sehr limitiert. Ich möchte das Spektrum der benignen Befunde des oberen Gastrointestinaltrakts daher um einige weitere Befunde, i. e., Glykogen-Akanthosen, ektope Talgdrüsen und Xanthome sowie sporadische Drüsenkörperzysten des Magens, erweitern.

Glykogenakanthosen, Xanthome und ektope Talgdrüsen der Speiseröhre kommen bei bis zu 25% der ÖGD vor. Sie sind asymptomatisch und harmlos. Aufgrund der Häufigkeit sind sie jedem Endoskopiker bekannt. Makroskopisch stellen sie sich als ovaler oder rundlicher, <1 cm messender, gering erhabener, grau-weißlich aufgerauter und ansonsten unauffällig wirkender Schleimhautbefund dar. Histologisch zeigt sich eine zelluläre Hyperplasie und eine Einlagerung von Glykogen. Lugol'sche Lösung färbt dementsprechend braun. Inwieweit ein Zusammenhang mit der gastroösophagealen Refluxerkrankung besteht, ist unklar.

Xanthome und ektope Talgdrüsen im OGI sind sehr viel seltener, ebenfalls asymptomatisch und harmlos. Xanthome des oberen Gastrointestinaltrakts wurden am häufigsten im Magen (76%), der Speiseröhre (12%) und im Duodenum (12%) gefunden. Ektope Talgdrüsen (1–20 mm) und Xanthome (2–10 mm) imponieren makroskopisch als kleine, gelbliche, gering erhabene Läsionen. Ektope Talgdrüsen sind in der Regel einzeln und können in einzelnen Patienten als eine Vielzahl, >100, 1–2 mm messender, kleiner gelblicher Punkte auftreten. Xanthome sind dagegen in der Regel clusterförmig angeordnet. Histologisch sind die ektope Talgdrüsen in der Lamina propria gelegen und zeigen einen Ausführungsgang ohne Haarfollikel. Xanthome sind ebenfalls in der Lamina propria gelegen und bestehen aus schaumigen Makrophagen mit zentralen oder exzentrischen Kernen. Beide Läsionen sind asymptomatisch und benigne. Die Diagnose, und damit auch die Differenzialdiagnose zu anderen kleinen gelblichen Befunden wie Karzino- oder Granularzelltumoren, erfolgt histologisch.

Drüsenkörperzysten oder Korpusdrüsenzysten oder fundic gland polyps (englisch) sieht man im Alltag häufig, sie wurden bei bis zu 6% aller ÖGD beschrieben. Sie fallen endoskopisch in der Regel als meist multipel auftretende, <1 cm messende, glatt und glasig wirkende, sessile Magenpolypen auf. Sie korrelieren positiv mit Hypergastrinämie (Gastrinom, Zollinger-Ellison-Syndrom, Einnahme von PPI) und negativ mit der H.-plyori-infektion und sind in westlichen Ländern mit hoher Dichte an PPI-Therapie und geringer Rate an H.-pylori-Infektion die am häufigsten vorkommenden Magenpolypen. Histologisch liegt den von Elster 1977 erstmals beschriebenen Polypen eine Ektasie beziehungsweise zystische Fehlbildung im Bereich des spezifischen Drüsenkörpers zugrunde. Auch wenn typische Drüsenkörperzysten, insbesondere bei Patienten mit PPI-Einnahme, als benigne angesehen werden, sollte bei der Erstdiagnose immer eine Biopsie zur Diagnosesicherung durchgeführt werden. Diese kann bei zahlreichen Drüsenkörperzysten repräsentativ erfolgen. Eine allgemeine Empfehlung für Kontrollendoskopien bei typischen Drüsenkörperzysten <1 cm besteht nicht. Drüsenkörperzysten >1 cm oder solche mit auffälligen Befunden (z. B. Ulzera, Lokalisation im Antrum) sollten zum Ausschluss von Malignität und anderer Differenzialdiagnosen vollständig abgetragen werden. Bei zahlreichen Drüsenkörperzysten oder einer Größe >1 cm sollte eine PPI-Therapie vermieden werden. Da Drüsenkörperzysten nicht nur sporadisch, sondern auch bei familiärer adenomatöser Polyposis (FAP) und deren attenuierten Varianten (AFAP) vorkommen, muss insbesondere bei sehr zahlreichen Polypen, ungewöhnlich großen Polypen, dysplastischen Veränderungen, jüngerem Patientenalter, unüblicher Lokalisation oder begleitenden duodenalen Adenomen eine entsprechend erweiterte Diagnostik erfolgen.

Weiterhin viel Spaß beim Endoskopieren wünscht Ihnen
Ihr Rainer Duchmann

Interessenkonflikt

Der Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.