

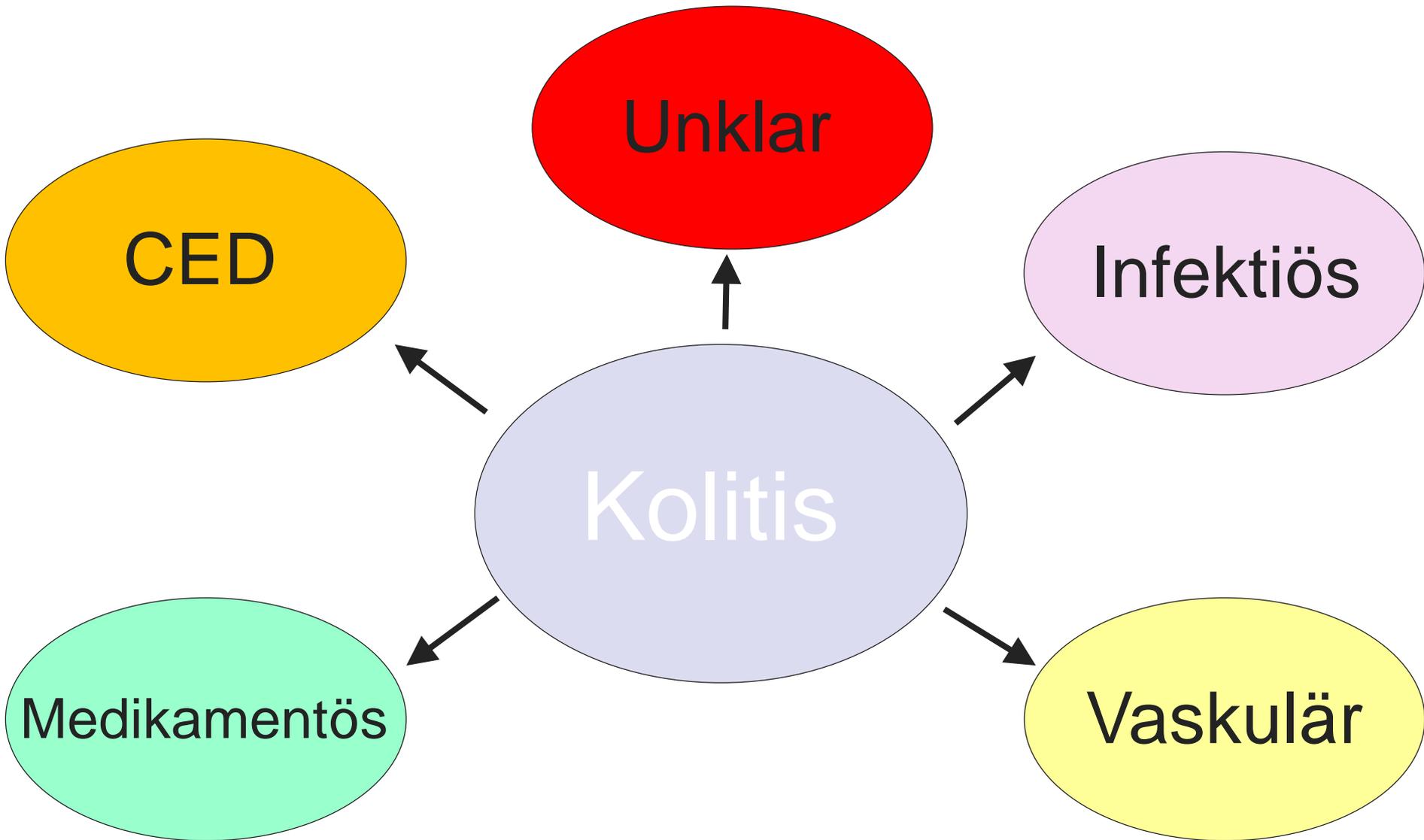


Kolitis: mikrobiell, ischämisch, chemisch, chronisch (CED)

F. Hagenmüller
Asklepios Klinik Altona



→ **Kolitis**



→ Anamnese

- Stuhlkonsistenz, Frequenz, Dynamik, Blutung, Fieber
- Schmerzcharakteristik
- Allgemeinsymptome, Gewicht
- Umfeldanamnese
- Medikamentöse Therapie (bes. Antibiotika, NSAR, ASS)
- Reiseanamnese
- Gefässerkrankungen, KHK, Rhythmusstörung
- Frage nach Gelenkschmerzen, Sehstörungen, Augenschmerzen

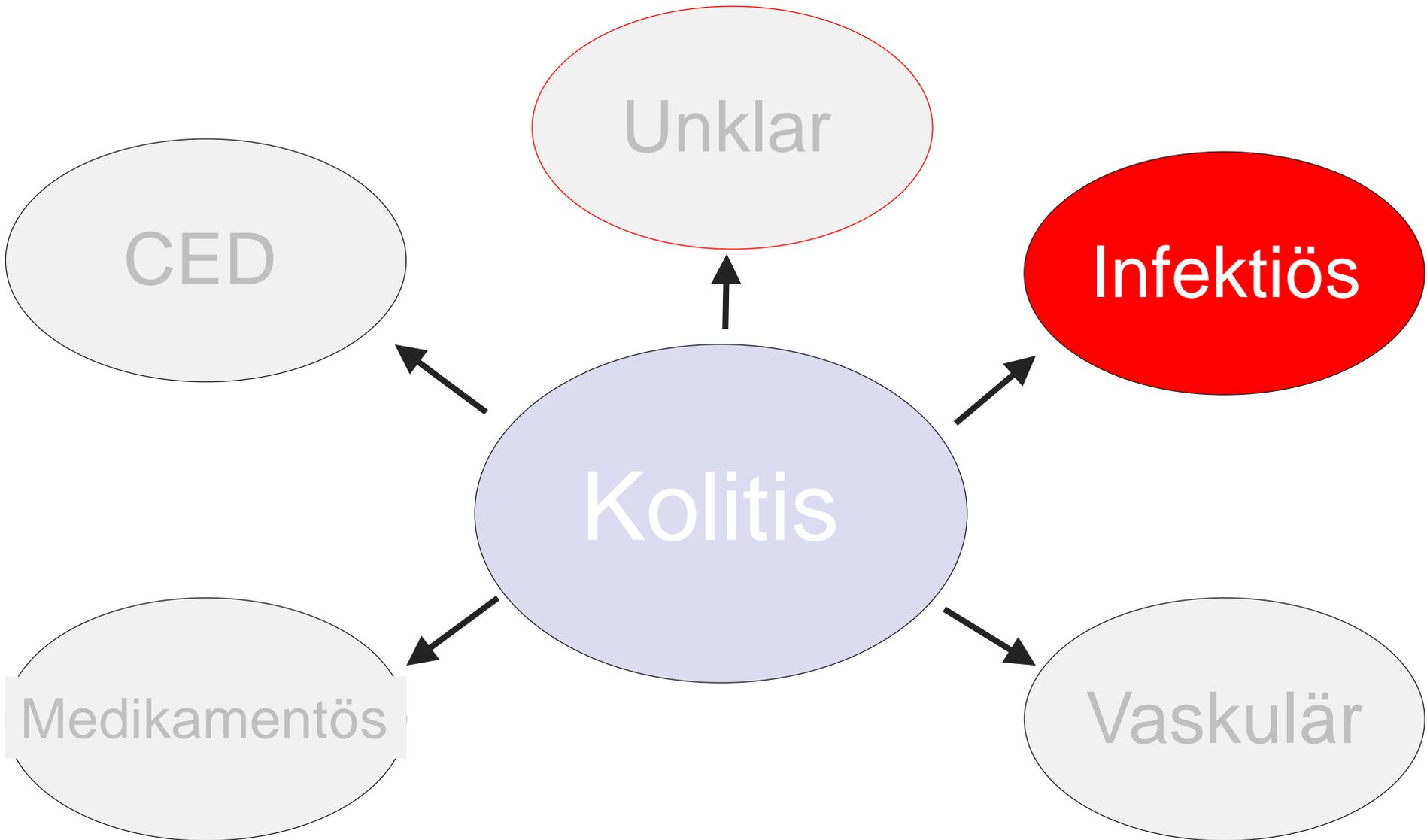


Diagnostik

- Körperliche Untersuchung (incl. rektal!)
- Sonographie
- Röntgen, CT, Angiographie
- Blut, Quantiferon Test
- Stuhldiagnostik (Erreger, Entzündungsmarker – Calprotectin)
- Stuhldiagnostik Parasiten (Würmer, Amöben)
- Endoskopie
- Histologie, incl. Erregerdiagnostik

→ Kolitis und Endoskopie

- Die „Sprache“ der Mukosa ist wenig spezifisch
- Diagnose ohne Anamnese, Klinik, Labor, Verlaufsbeobachtung oft nicht möglich
- Inflammation → Cave Perforation!





Endoskopie bei mikrobieller Kolitis: Was sagt die Leitlinie?

Hagel S et al: Leitlinie Gastrointestinale Infektionen. Z Gastroenterol 2015; 53: 418–459

Diagnose

- Die Bedeutung der Endoskopie in der differenzialdiagnostischen Abklärung der akuten Gastroenteritis wird im allgemeinen überschätzt und besitzt nur bei Patienten mit einem besonderen Risikoprofil (angeborene oder erworbene Immundefekte, Fernreisende, V.a. M. Whipple oder Patienten mit chronischer Diarrhö) eine Bedeutung
- In Abhängigkeit vom klinischen Bild (z.B. blutige Diarrhö, Fieber), Anamnese (Fernreise, Medikamente) abgestufte Diagnostik unter Einbeziehung laborchemischer, mikrobiologischer und bildgebender Verfahren (z.B. Ultraschall, Endoskopie)
- Auch bei Verdacht auf eine CDI liefert die Endoskopie keine zuverlässige Entscheidungshilfe. Bei durch Stuhluntersuchungen gesicherter CDI in nur 40% typische Pseudomembranen
- Der endoskopische Nachweis charakteristischer Pseudomembranen kann dazu beitragen die Diagnose einer *C. difficile*-assoziierten Kolitis frühzeitig und evtl. vor Eintreffen der mikrobiologischen Befunde zu stellen

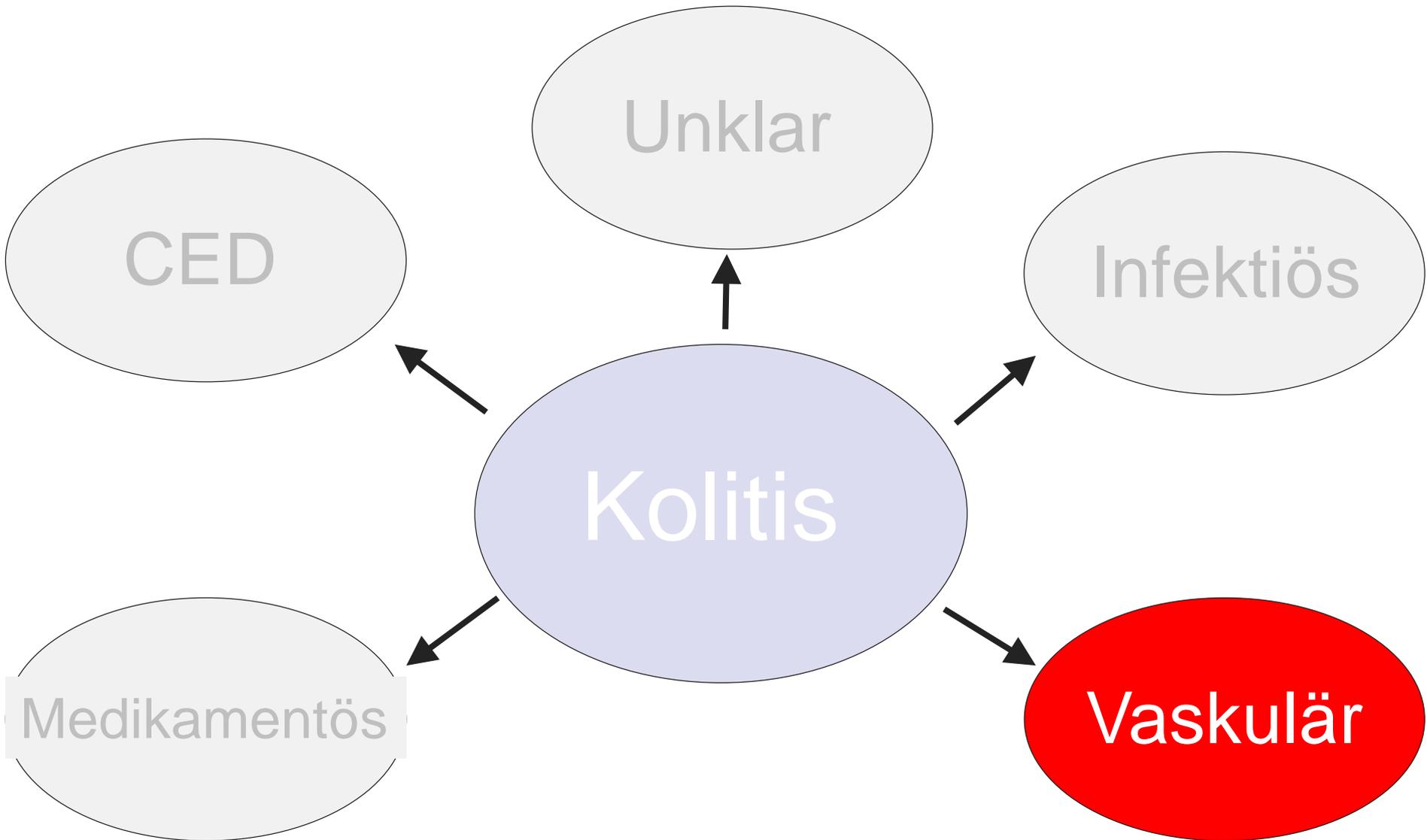


→ Endoskopie bei Immundefizienten mit Durchfall: Was sagt die Leitlinie?

Hagel S et al: Z Gastroenterol 2015; 53: 418–459

Bei Patienten mit ausgeprägter Immundefizienz sollte eine endoskopische Untersuchung mit Biopsien in folgenden Situationen frühzeitig durchgeführt werden:

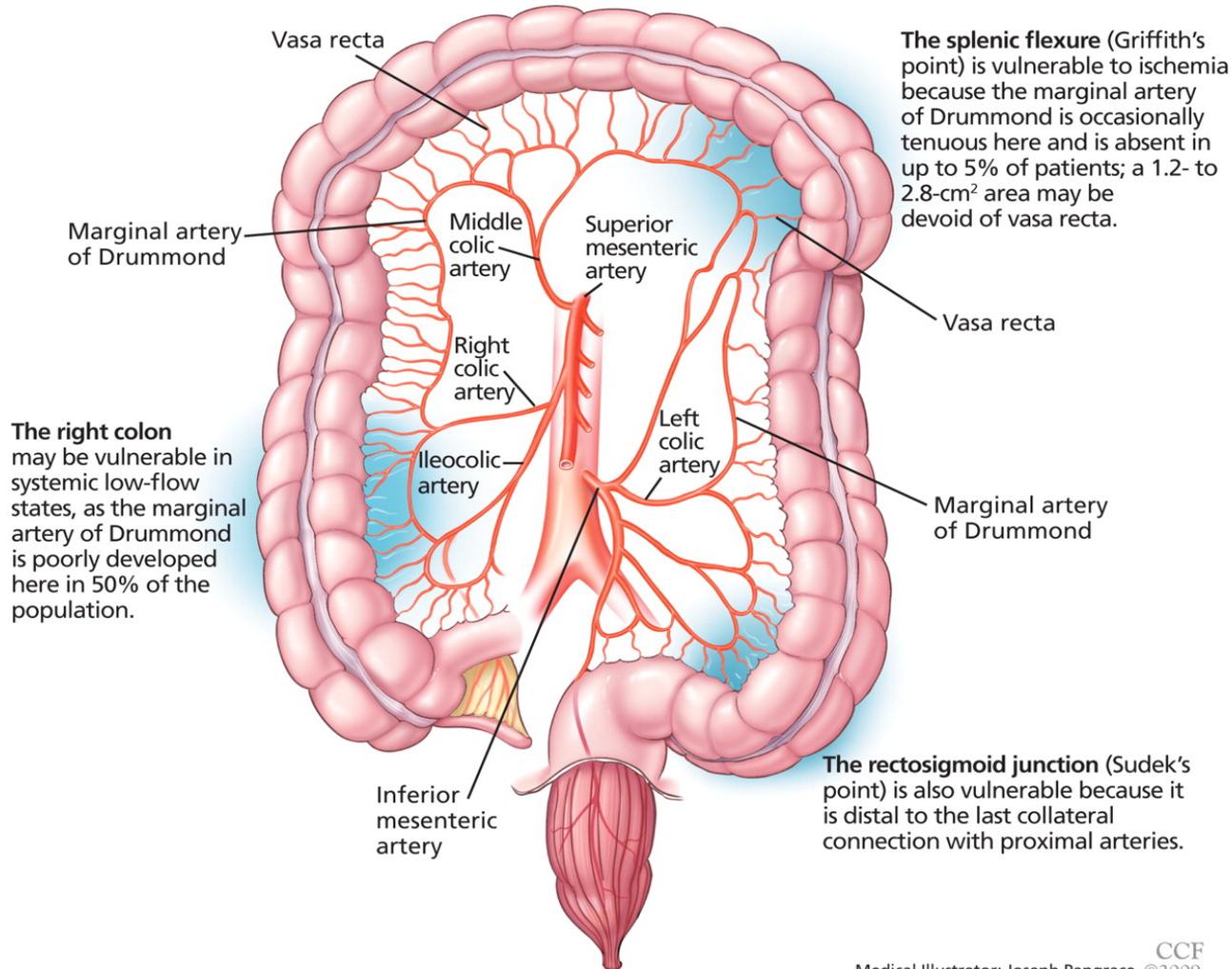
- Anhaltende Diarrhö ohne Erregernachweis oder Erreger, die das Krankheitsbild nicht hinreichend erklären
- Fehlendes Therapieansprechen





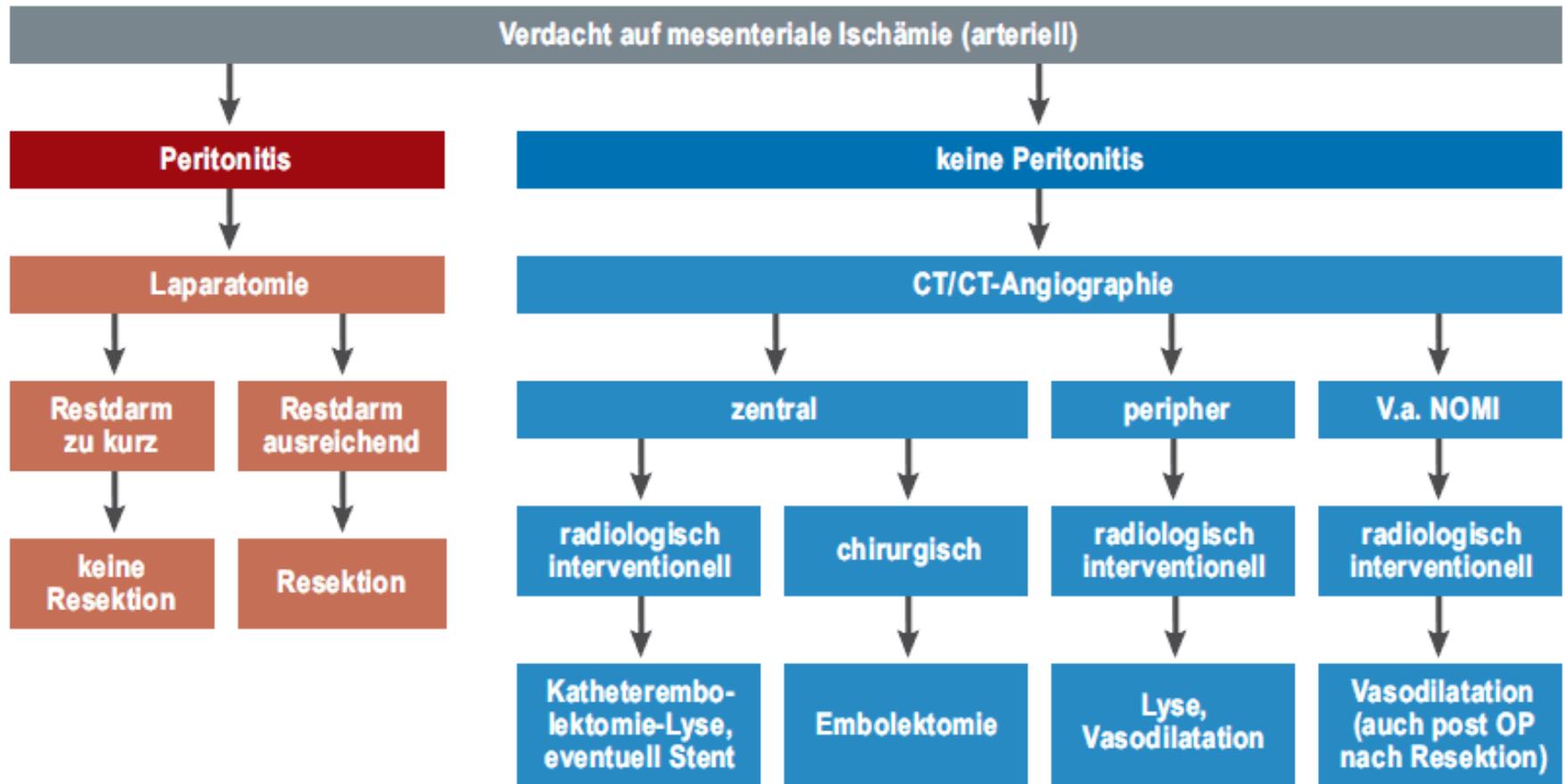
Why some areas of the colon are prone to ischemia

The colon is protected from ischemia by a collateral blood supply via the marginal artery of Drummond, a system of arcades connecting the major arteries. The anatomy is highly variable, however, and certain areas are more vulnerable in some people.

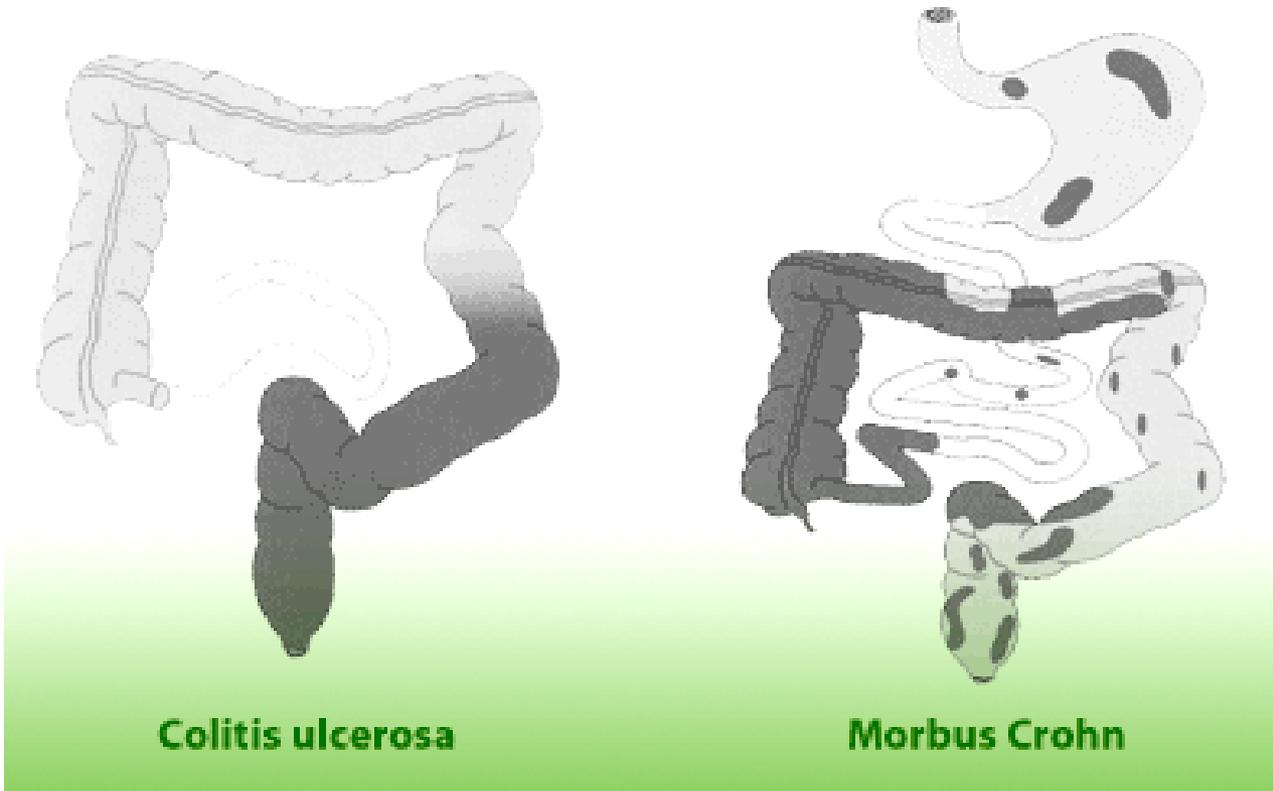


CCF
Medical Illustrator: Joseph Pangrace ©2009

→ Ischämische Kolitis



Dtsch Arztebl Int 2012; 109(14): 249-56





	Morbus Crohn	Kolitis ulzerosa
Ileitis terminalis	Häufig	Selten
Kolitis	Häufig	Immer
Proktitis	Selten	Regelhaft
Perianale Entzündung	Häufig	Selten
PSC	Keine erhöhte Inzidenz	Erhöhte Inzidenz
Verteilung	Skipped Lesions	Kontinuierlich Colon
Endoskopie	Snail Trails, Aphthen	Flächige Ulzerationen
Tiefe	Tief infiltrierend, transmural, fistelnd	Flach mukosal
Stenosen	Häufig	Selten
Granulome	Häufig	Selten



Kolitis ulzerosa: Rolle der Endoskopie

Diagnose

Verlaufsbeurteilung

Überwachung/Krebsvorsorge

Endoskopie bei Kolitis ulzerosa: Was sagt die aktualisierte Leitlinie 2019?

Kucharzik T et al: Z Gastroenterol 2019; 57: 1321–1405

Diagnose

- Keine Kolitis ulzerosa-Diagnose ohne Endoskopie und Histologie
- Für die Erstdiagnose: Ileo-Koloskopie, Stufenbiopsien Ileum bis Rektum, Stuhl-Bakteriologie einschl. Clostridium diff., Sono
- Bei zweifelhafter Diagnose (DD M.C): OGD, MRT Dünndarm
- Bei zweifelhafter Diagnose (DD mikrobiell): Re-Endo & Biopsie nach 3-6 Monaten

Verlaufsbeurteilung

- nicht „routinemäßig“
- obligat bei Kolonstenose
- zu erwägen bei
 - Nicht-Ansprechen der Therapie
 - Beurteilung des Therapieansprechens vor Therapie-Deeskalation

Endoskopie bei Kolitis ulzerosa: Was sagt die aktualisierte Leitlinie 2019?

Kucharzik T et al: Z Gastroenterol 2019; 57: 1321–1405

Überwachungskoloskopie ab 6-8 Jahre nach Erkrankungsbeginn		
Hohes Risiko: jedes Jahr	intermediäres Risiko: alle 2-3 Jahre	geringes Risiko: alle 4 Jahre
ausgedehnte Kolitis mit hochgradiger Entzündung	milde oder mäßiggradige Entzündung	Keine Kriterien für hohes oder intermediäres Risiko
erstgradiger Verwandter mit KRK <50 Jahre	erstgradiger Verwandter mit KRK >50 Jahre	
IEN in den letzten 5 Jahren	viele Pseudopolypen	
PSC (jährlich ab Diagnosestellung)		
Stenose		

Bei prim skleros. Cholangitis: jährliche Kolo ab PSC-Diagnose (**neu 2019**)
 Bei alleiniger Proktitis ulzerosa: Keine regelmäßige Überwachungskoloskopie

→ **Kolitis ulzerosa: Überwachungskoloskopie ab dem 8. Erkrankungsjahr nach Risiko**

- **jedes Jahr (hohes Risiko)**
 - bei ausgedehnter Colitis mit hochgradiger Entzündung
 - wenn es erstgradige Verwandte mit kolorektalem Karzinom < 50 Jahre gibt
 - bei Vorliegen einer intraepithelialen Neoplasie in den letzten fünf Jahren
 - bei primärer sklerosierender Cholangitis (jährlich ab Diagnosestellung)
(Chromoendoskopie + Stufenbiopsien)
 - bei Stenose
- **alle 2–3 Jahre (intermediäres Risiko)**
 - bei Colitis mit milder bis mäßiggradiger Aktivität
 - wenn es erstgradige Verwandte mit kolorektalem Karzinom > 50 Jahre gibt
 - wenn viele Pseudopolypen vorliegen
- **alle 4 Jahre (geringes Risiko)**
 - wenn keines der Kriterien für ein hohes oder intermediäres Risiko vorliegt

* bei Erfüllung mehrerer Kriterien gilt das jeweils höchste Risiko

Kucharzik T et al: Dtsch Arztebl Int 2020; 117: 564–74

Endoskopie bei Kolitis ulzerosa: Was sagt die aktualisierte Leitlinie 2019?

Kucharzik T et al: Z Gastroenterol 2019; 57: 1321–1405

Überwachungskoloskopie: Wie?

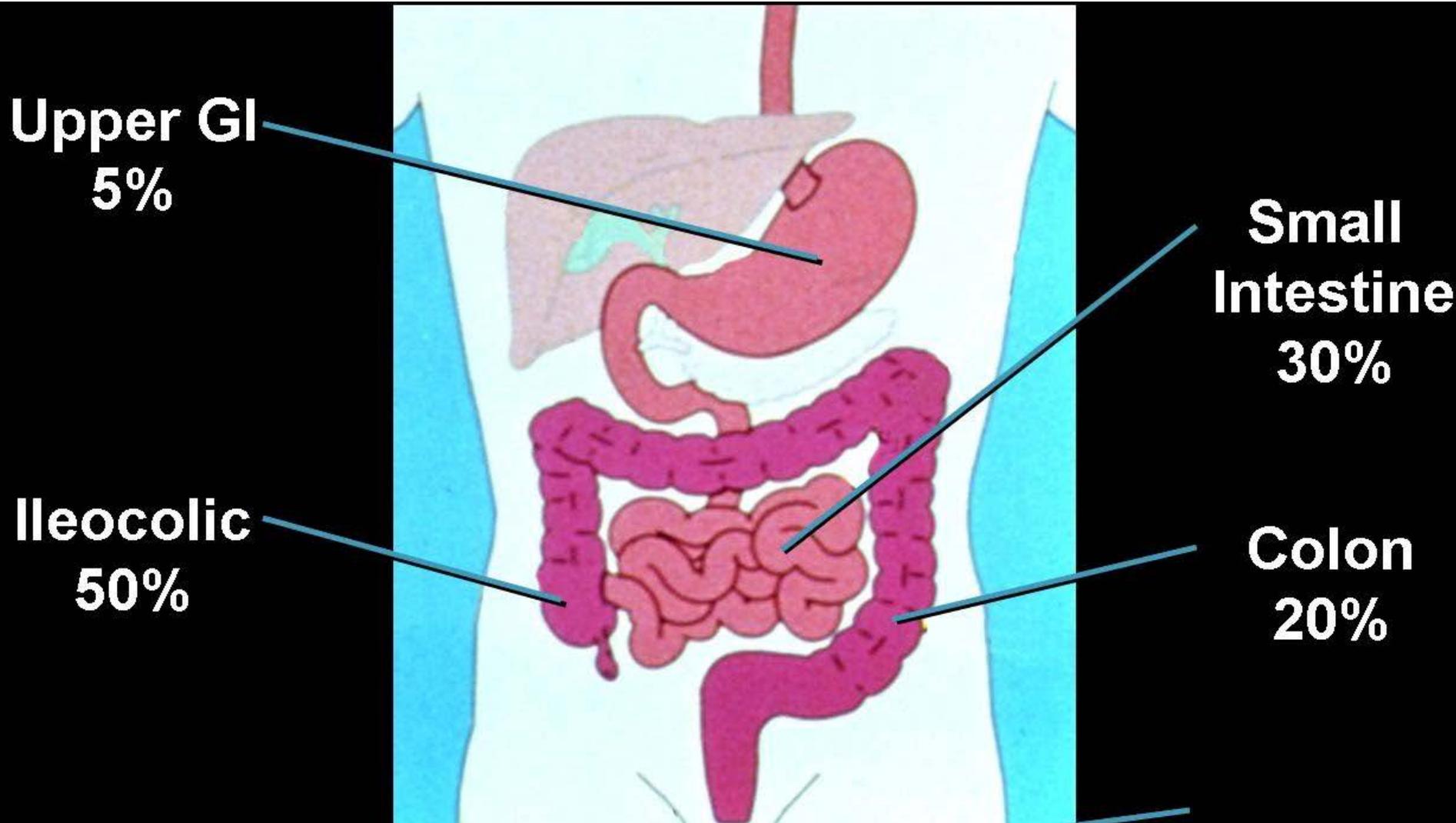
- möglichst in der Remissionsphase
- gezielte Biopsie aus allen suspekten Läsionen
- sauberer Darm
- „ausreichende“ Rückzugszeit
- Chromendoskopie, alternativ HR Weißlicht-Endoskopie „mit besonderer Sorgfalt und entsprechender Rückzugszeit“
- NBI, FICE, iScan „sollte nicht als alleinige Strategie verfolgt werden“*

* Widerspruch!

Chromo mit Methylenblau vs NBI bei 131 Pat. mit langjähriger K. ulzerosa:
Kein Unterschied bei der Detektion neoplastischer Läsionen!
Bisschops R et al: Gut 2018;67:1087

Chromo vs iScan vs HD Weißlicht-Endo bei 270 Pat. mit langjähriger K. ulzerosa:
Kein Unterschied bei der Detektion neoplastischer Läsionen!
Iacucci M et al: Am J Gastroenterol 2018;113:225

→ Morbus Crohn



→ Endoskopie bei M. Crohn: Was sagt die Leitlinie?

Preiß JC et al: S3-Leitlinie M. Crohn. Z Gastroenterol 2014; 52: 1431–1484

Erstdiagnose

- Diagnose: klinisches Erscheinungsbild, Verlauf sowie eine Kombination aus endoskopischen, histologischen, radiologischen und laborchemischen Methoden
- Charakteristisch: diskontinuierliche Entzündung und der histologische Nachweis von Granulomen
- Es gibt keine diagnostische Untersuchung, die als Goldstandard zur Diagnostik eines M. Crohn herangezogen kann
- Bei starkem Verdacht auf M. Crohn mit isoliertem Dünndarmbefall trotz unauffälligem Ileokoloskopie- und ÖGD-Befund und trotz unauffälliger MRT-Untersuchung sollte eine Videokapselendoskopie durchgeführt werden

→ Endoskopie bei M. Crohn: Was sagt die Leitlinie?

Preiß JC et al: S3-Leitlinie M. Crohn. Z Gastroenterol 2014; 52: 1431–1484

Verlaufsbeurteilung

- Zum Therapiemonitoring und bei klinischem Rezidiv: Sonographie. Bei unklarem Befund oder bei Verdacht auf Komplikationen > ergänzende Diagnostik mit MRT und/oder Endoskopie
- Bei Remission kann eine endoskopische Evaluation zur Beurteilung der Mukosa mit dem Ziel einer therapeutischen Deeskalation durchgeführt werden
- Postoperativ: Innerhalb des ersten Jahres nach intestinaler Resektion > Ileokoloskopie, falls sich aus dem endoskopischen Befund therapeutische Konsequenzen ergeben

→ Endoskopie bei M. Crohn: Was sagt die Leitlinie?

Preiß JC et al: S3-Leitlinie M. Crohn. Z Gastroenterol 2014; 52: 1431–1484

Biopsien

- Aufgrund der diskontinuierlichen Entzündung: bei der Erstdiagnose immer Stufenbiopsien
- Für eine möglichst zuverlässige Diagnose mindestens je 2 Biopsien aus Ileum und 5 Segmenten des Kolons und Rektum. Biopsien aus dem oberen Gastrointestinaltrakt (Duodenum, Antrum, Corpus, Ösophagus) können helfen, die Diagnose eines M. Crohn zu sichern.
- Karzinomverhütung: analog zu Kolitis ulzerosa

→ **Aktuelles Addendum zu den Crohn-/Kolitis-Leitlinien: Betreuung von CED-Pat. in der COVID-19-Pandemie.**

Stallmach A et al. Z Gastroenterol 2020; 58: 672–692

CED-Pat. haben generell kein erhöhtes COVID-19-Risiko. Dennoch: sorgfältige individuelle Schutzmaßnahmen!

CED-Pat. unter immunsuppressiver Therapie haben ein erhöhtes SARS-CoV-2-Infektionsrisiko. Der Grad der Risikoerhöhung scheint für einzelne Immunsuppressiva unterschiedlich zu sein.

CED-Pat. mit einer SARS-CoV-2-Infektion haben unter bestimmten Bedingungen (Komorbiditäten/Risikofaktoren) ein erhöhtes Risiko für einen schweren Verlauf der COVID-19-Erkrankung>>> besonders intensive Verlaufsüberwachung!

Sprechstunden-Termine restriktiv! Schutzmaßnahmen!

CED-Pat. mit immunsuppressiver Therapie: Bei leichter bis mittelschwerer COVID-19-Erkrankung keine Reduktion der Therapie außer bei Pat. mit längerfristiger Steroidbehandlung mit ≥ 20 mg Prednisonäquivalenten.

CED-Pat. mit schwerer COVID-19: Thiopurine, Methotrexat, Tofacitinib pausieren.

Bei hospitalisierten Pat. mit CED und COVID-19: Thromboseprophylaxe.