

Wann Ileokoloskopie bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen?

Heike Schmidt

Enddarm-Zentrum Mannheim, Mannheim, Deutschland

When is ileocolonoscopy indicated in chronic inflammatory intestinal diseases?

Summary. The question frequently arises in proctological practice whether there is an indication for ileocolonoscopy in chronic inflammatory intestinal diseases. Endoscopy is an essential constituent of the initial diagnosis of ulcerative colitis and Crohn's disease. Control colonoscopies are not necessary for assessing remission and in renewed acute attacks with confirmed diagnosis are without therapeutic consequences. Ileocolonoscopy with stepwise biopsy is currently the only accepted monitoring programme for carcinoma prophylaxis in the presence of an increased risk of colorectal carcinoma in both diseases.

Key words: Endoscopy, Crohn's disease, ulcerative colitis, colon carcinoma prophylaxis.

Zusammenfassung. Häufig stellt sich in der proktologischen Praxis die Frage nach der Indikation zur Ileokoloskopie bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen. In der Initialdiagnostik der Colitis ulcerosa und des M. Crohn ist die Endoskopie unbedingter Bestandteil. Zur Remissionsbeurteilung oder im erneuten akuten Schub bei gesicherter Diagnose sind ohne therapeutische Konsequenz keine Kontrollkoloskopien erforderlich. Zur Karzinomprophylaxe bei erhöhtem Risiko für ein kolorektales Karzinom für beide Erkrankungen stellt die Ileokoloskopie mit Stufenbiopsie zurzeit das einzige akzeptierte Überwachungsprogramm dar.

Schlüsselwörter: Endoskopie, M. Crohn, Colitis ulcerosa, Kolonkarzinomprophylaxe.

Grundlagen

In der Praxis wird der proktologisch tätige Arzt häufig mit der Erstdiagnostik oder der Verlaufskontrolle der Colitis ulcerosa und des M. Crohn konfrontiert. Wann besteht zusätzlich zur Proktorektoskopie die Indikation zur Ileokoloskopie? In der Initialdiagnostik beider Erkrankungen ist die Endoskopie unbedingter Bestandteil. So

wohl beim M. Crohn als auch bei der Colitis ulcerosa besteht ein erhöhtes Risiko für ein kolorektales Karzinom. Die Ileokoloskopie mit Stufenbiopsie stellt zur Zeit zur Karzinomprophylaxe das einzige akzeptierte Überwachungsprogramm dar.

Colitis ulcerosa

Zur Initialdiagnostik der Colitis ulcerosa gehört die komplette Ileokoloskopie, unabhängig vom Befallsmuster, da sich häufig auch in makroskopisch unauffälliger Schleimhaut histologisch entzündliche Veränderungen zeigen. Da die Ausdehnung aber Auswirkung auf die Therapie hat, sind Stufenbiopsien in mindestens 5 verschiedenen Abschnitten von Kolon/Rektum vorzunehmen. Zur Vermeidung einer Fehlinterpretation sind dem Pathologen die vorausgegangene Therapie und die Krankheitsdauer mitzuteilen. So kann nach Therapie das Rektum ausgespart sein und somit zur Fehldiagnose führen. Im akuten Schub einer Colitis ulcerosa reicht zur Diagnosesicherung zunächst eine Rektosigmoidoskopie, wenn auch keine Studien vorliegen, die eine erhöhte Komplikationsrate der Koloskopie im akuten Schub beschreiben [3]. Die histologischen Charakteristika der Colitis ulcerosa sind in Tabelle 1 aufgeführt.

In 5 bis 10 % findet sich initial eine indeterminierte Colitis. Im Intervall sollte eine erneute Ileokoloskopie mit Stufenbiopsie zur weiteren Abklärung erfolgen. In bis zu 10 % der Fälle muss im Verlauf die Erstdiagnose Colitis ulcerosa revidiert werden.

Eine Ösophagogastroduodenoskopie mit Biopsie sollte bei differentialdiagnostischen Verdacht auf einen M. Crohn durchgeführt werden, eine ERCP bei klinischem Verdacht auf eine primär sklerosierende Cholangitis.

Tabelle 1. Histologische Charakteristika der Colitis ulcerosa

Störung der Kryptenarchitektur
Kryptenatrophie
Plasmozytose im basalen Schleimhautstroma
Paneth-Zell-Metaplasie jenseits der rechten Flexur
Mucinverlust im Randbereich von Ulzerationen
Transmukosale Infiltration der Mukosa durch Lymphozyten und Plasmazellen
Kontinuierliche Verteilung der Kryptenstörungen und Schleimreduktion

Bei Vorliegen eines Rezidivs, im chronisch aktiven Verlauf bzw. in der Remission ist eine generelle routinemäßige Koloskopiekontrolle ohne therapeutische Konsequenz nicht zu empfehlen. Dies kann im Einzelfall je nach Verlauf aber sinnvoll sein.

Kolonstenosen bei Colitis ulcerosa erfordern dringend eine weitere Abklärung, da in bis zu 25 % bereits ein Karzinom vorliegt [6].

Die Prävalenz für die Entwicklung eines kolorektalen Karzinoms beträgt etwa 3,7 % [4], wobei die Inzidenzrate mit zunehmender Krankheitsdauer ansteigt und nach 10 Jahren 2 % beträgt, nach 20 Jahren 9 % und nach 30 Jahren 19 %. Einen weiteren Risikofaktor stellt die Ausdehnung der Kolitis dar. So war das Risiko bei Vorliegen einer Proktitis um den Faktor 1,7, bei linksseitiger Kolitis um den Faktor 2,8 und bei ausgedehnter Pankolitis um den Faktor 14,8 erhöht [5]. Das Vorliegen einer primär sklerosierenden Cholangitis (PSC) und wahrscheinlich auch die Backwash-Ileitis stellen zusätzliche Risikofaktoren dar. Daraus ergibt sich die Empfehlung, bei Patienten mit (sub-)totaler Kolitis über 8 Jahre oder einer linksseitigen Colitis über 15 Jahre jährlich eine Koloskopie mit Stufenbiopsie durchzuführen. Gleiches gilt für einen verbliebenen Rektumstumpf. Bei gleichzeitigem Vorliegen einer PSC müssen engmaschigere Kontrollen erfolgen. Die Biopsien sollten in der Remission entnommen werden, um Interpretationsfehler zwischen Entzündung / Dysplasie zu vermeiden. Empfohlen werden multiple Biopsien alle 10 cm aus allen Darmabschnitten, aus auffälligen und unauffälligen Bereichen. Da jeder Dysplasienachweis in der Regel die Operationsindikation zur Folge hat, ist die Bestätigung der Diagnose durch einen Referenzpathologen zwingend [8]. In Diskussion ist, ob bei Auffinden singulärerer low grade Dysplasien zunächst engmaschige endoskopische Kontrollen ausreichend sind. Die Diagnose „fragliche Dysplasie“ erfordert nach Einleitung einer antientzündlichen Therapie eine Kontrollkoloskopie innerhalb von 6 Monaten, da in der Kontrolle häufig schon Karzinome und Dysplasien nachweisbar sind [1]. Findet sich ein Adenom bei sonst dysplasiefreier Schleimhaut reicht die Polypektomie bzw. lokale Resektion unter engmaschiger Kontrolle [9].

Für den Pouch liegen noch keine validierten Nachsorgestandards vor. Es wird empfohlen 3 Monate postoperativ eine Endoskopie mit Biopsie durchzuführen, mit anschließenden jährlichen Kontrollen. Bei Auftreten einer akuten Pouchitis ist zwischen der ideopathischen und der sekundären Form durch chirurgische Komplikationen zu unterscheiden. Die idiopathische Pouchitis ist bis zum 2. postoperativen Jahr bei etwa 30 % der Patienten zu erwarten, in 5 bis 10 % entwickelt sich eine chronische Verlaufsform. Nach Studienlage besteht eine Assoziation zwischen schwerer Zottenatrophie und Dysplasieentwicklung. Daher sollten bei Auftreten einer Zottenatrophie Stufenbiopsien entnommen werden und engmaschigere Kontrollen erfolgen.

M. Crohn

Ergibt sich aufgrund der klinischen Symptomatik oder aufgrund verdächtiger anorektaler Befunde (z. B. atypische Fissuren, atypischer Fistelverlauf, Fuchsbaufisteln) der Verdacht auf einen M. Crohn, ist zur Initialdiagnos-

tik die Ileokoloskopie unbedingter Bestandteil zur mikroskopischen und makroskopischen Diagnosestellung. Es sollten von mindestens 5 Segmenten von Kolon und Rektum Biopsien aus auffälligen und unauffälligen Bezirken entnommen werden, sowie Biopsien aus dem terminalen Ileum, um auch eine isolierte M. Crohn-Ileitis zu erfassen. Histologische Leitbefunde sind die diskontinuierliche Störung der Kryptenarchitektur in Kombination mit der diskontinuierlichen Infiltration der Mukosa durch Lymphozyten und Plasmazellen. Epitheloidzellige Granulome sind zur Diagnosestellung nicht erforderlich [7]. Um Fehlbeurteilungen zu vermeiden ist die Angabe von Anamnese und Krankheitsdauer für den Pathologen von hoher Wichtigkeit. Zur Initialdiagnostik gehört auch die Ösophagogastroduodenoskopie, da in bis zu 70 % auch ein Befall des oberen Magen-Darmtrakts vorliegt, oftmals in makroskopisch unauffälliger Schleimhaut.

Im Verlauf des M. Crohn ist die Endoskopie bei fehlender therapeutischer Konsequenz in der Regel weder zur Remissionskontrolle noch bei einem erneuten akuten Schub sinnvoll [10].

Präoperativ sollte die letzte Koloskopie nicht länger als 6 Monate zurückliegen, da sich das Kolon intraoperativ nur eingeschränkt beurteilen lässt. Bei noch nicht gesicherter Diagnose sollte eine Ileokoloskopie erfolgen. In der postoperativen Nachsorge sollte die Endoskopie nur bei unklaren Befunden oder bei Verdacht auf Komplikationen erfolgen.

Der M. Crohn geht mit einem 4,4-fachen relativen Risiko für ein kolorektales Karzinom einher [7]. Zur Karzinomprophylaxe wird ein endoskopisches Überwachungsprogramm empfohlen, wenn auch sein Nutzen nicht hinreichend gesichert ist. Eine Alternative gibt es bislang jedoch nicht. Angelehnt an die Überwachungsprogramme bei Colitis ulcerosa sollten nach einer Krankheitsdauer von etwa 10 Jahren jährliche Ileokoloskopien mit Stufenbiopsien erfolgen. Die histologische Diagnose Dysplasie erfordert, wegen ihrer therapeutischen Konsequenz, unbedingt die Bestätigung durch einen auswärtigen Referenzgutachter. In der Praxis werden Dysplasien häufig erst als Mit-/Ausläufer eines bereits bestehenden Karzinoms erfasst. Obwohl die Datenlage nicht ganz so eindeutig ist, wie bei der Colitis ulcerosa, stellt der Nachweis einer Dysplasie eine absolute Operationsindikation dar [2].

Literatur

1. Bernstein CN, Shanahan F, Weinstein WM (1994) Are we telling patients the truth about surveillance colonoscopy in ulcerative colitis? *Lancet* 343: 71–74
2. Bernstein CN, Blanchard JF, Kliwer E, Wajda A (2001) Cancer risk in patients with inflammatory bowel disease: a population-based study. *Cancer* 91: 854–862
3. Carbonell F, Lavergne A, Lemann M, Bitoun A, Valleur P, Hauteveux, Galian A, Modigliani R, Rambaux JC (1994) Colonoscopy of acute colitis. A safe and reliable tool for assessment of severity. *Dig Dis Sci* 39: 1550–1557
4. Eaden JA, Abrams K, Mayberry JF (1999) The true risk of colorectal cancer in ulcerative colitis: a meta-analysis. *Gastroenterology* 116: A397(1a)

5. Ekblom A, Helmick C, Zack M, Adami HO (1990) Ulcerative colitis and colorectal cancer. *N Engl J Med* 323: 1228–1233
6. Gumaste V, Sachar DB, Greenstein AJ (1992) Benign and malignant colorectal strictures in ulcerative colitis. *Gut* 33: 938–941
7. von Herbay A, Schmid RM, Adler G (1999) Kolorektale Karzinome beim Morbus Crohn. *Dtsch Med Wochenschr* 124: 940–944
8. Riddell RH, Goldmann H, Ransohoff DF, Appelman HD, Fenoglio CM, Haggitt RC, Ahren C, Correa P, Hamilton SR, Morson BC, et al (1983) Dysplasia in inflammatory bowel disease: standardized classification with provisional clinical applications. *Hum Pathol* 14: 931–968
9. Rozen P, Barattz M, Fefer F, et al (1995) Low incidence of significant dysplasia in a successful endoscopic surveillance program of patients with ulcerative colitis. *Gastroenterology* 108: 1361–1370
10. Rutgeerts P, Geboes K, Vantrappen G, Beyls J, Kerremans, Hiele D (1990) Predictability of the postoperative course of Crohn's disease. *Gastroenterology* 99: 956–963