Klinik und Endoskopie wurden fehlgedeutet „Therapieresistente“ Colitis ulcerosa

Ein junger Patient klagte über rezidivierende kolikartige abdominelle Schmerzen mit blutigen Diarrhöen. Endoskopisch zeigte sich eine floride Kolitis, die als chronisch entzündliche Darmerkrankung interpretiert wurde. Die Standardtherapie brachte jedoch keine Besserung. Nach einer weiteren Biopsie wurde die Diagnose korrigiert.

Foto: E. Roeb, Gießen

Bei der klinischen Untersuchung des 35-Jährigen fand sich eine „palpable Walze“ im linken Unterbauch. Die Entzündungsparameter waren zunächst nicht erhöht, eine akute Divertikulitis daher unwahrscheinlich. Bei der Koloskopie zeigte sich im Sigma eine entzündlich gerötete granulierte Schleimhaut mit erhöhter Vulnerabilität und aufgehobener Gefäßzeichnung. Anhand der Biopsate schloss der Pathologe auf eine unspezifische Kolitis, wobei eine Colitis ulcerosa jedoch nicht ausgeschlossen wurde.

Daraufhin wurde eine Standardtherapie mit Mesalazin und einem Kortikoid eingeleitet; das Kortikoid wurde nach einigen Wochen ausgeschlichen. Da keine wesentliche Besserung eintrat, wurde eine immunsuppressive Therapie mit Azathioprin begonnen. Darunter verschlechterte sich das klinische Bild. Eine Laborkontrolle ergab eine Beschleunigung der BSG (32/72 mm n.W.) und einen Anstieg des CRP (16 mg/dl). Die bakteriologische Untersuchung des Stuhls war negativ, ebenso die serologische Untersuchung auf eine HIV- oder Zytomegalievirus-Infektion.

Erneute Biopsie diagnoseweisend

Bei einer erneuter Koloskopie fand sich wie vorher auch im Sigma eine deutliche Schwellung der Schleimhaut mit erhöhter Kontaktvulnerabilität und wenigen fokalen Ulzerationen. Die Schleimhautverdickung hatte zu einer subtotalen Stenosierung geführt. Das distale Rektum und die übrigen Kolonabschnitte erschienen makroskopisch unauffällig. Erneut wurden Biopsien entnommen, die jetzt die Diagnose „ischämische Kolitis“ lieferten.

Eine ischämische Kolitis tritt nicht nur bei älteren Patienten auf. In zunehmendem Maße sind auch junge Menschen betroffen, wobei häufig eine Assoziation mit Schädigungen des vaskulären Endothels vorliegt. So kann eine ischämische Kolitis durch Medikamente, Kokain, eine Koagulopathie oder Erreger wie das Zytomegalievirus ausgelöst werden.

Gefäßanomalie als Auslöser

Keine dieser Ursachen traf bei dem dargestellten Patienten zu. Zur Ursachenabklärung wurde eine abdominelle Computertomografie durchgeführt. Hier fand sich eine massive Verdickung der Darmwand mit torquierten Gefäßen. Mittels CT-Angiografie konnte eine Malformation mesenterialer Gefäße im Bereich der Arteria mesenterica inferior nachgewiesen werden. Es handelte sich um eine kongenitale Angiomatose, die erst jetzt zu der segmentalen ischämischen Kolitis geführt hatte. Der betroffene Darmabschnitt musste resziert werden, was zur vollständigen Heilung führte.

Von einer ischämischen Kolitis spricht man, wenn durch eine Unterbrechung der Blutzufuhr des Kolons nicht die gesamte Kolonwand geschädigt wird. Ursachen können athrombotische Wandveränderungen der Mesenterialarterien, eine venöse Obstruktion, ein Schockgeschehen, ein Darmverschluss oder eine Gefäßmissbildung sein. In allen diesen Fällen werden Mukosa und Submukosa proportional zur Ausprägung und Dauer der Ischämie geschädigt.

Klinisch und endoskopisch unterscheidet sich die ischämische Kolitis

Foto: E. Roeb, Gießen

Die Kolitis war ischämisch bedingt (oben intraoperativer Befund) und durch eine angeborene Angiomatose im Bereich der A. mesenterica inferior (unten) verursacht.

kaum von einer Kolitis anderer Genese. Die Patienten klagen über linksseitige Abdominalschmerzen, Diarrhöen und Hämatochezie. In schweren Fällen und bei Nachweis von Strikturen ist eine operative Resektion erforderlich.

DR. MED. PETER STIEFELHAGEN ■

■ Vortrag Dr. Elke Roeb, Gießen, Internistenkongress 2006, Wiesbaden

Fabula docet

Auch an ischämische Ursache denken!

Auch wenn Klinik und endoskopischer Befund für eine chronisch entzündliche Darmerkrankung sprechen, sollte insbesondere bei Versagen der Standardtherapie auch an eine ischämische Kolitis gedacht werden. Während bei älteren Patienten arteriosklerotische Durchblutungsstörungen die Ursache sind, müssen bei jüngeren Patienten ursächlich Infektionen, toxische Schädigungen und Gefäßmissbildungen diskutiert werden.