Mikroskopische Kolitis

Durchfall ohne fassbare Ursache ...

Die Patienten – häufig Frauen jenseits des 50. Lebensjahres – stellen sich mit flüssig-wässrigen Durchfällen vor. Die Beschwerden halten über Wochen und sogar Monate an, eine Ursache ist jedoch nicht zu finden. In solchen Fällen sollte man unbedingt an eine mikroskopische Kolitis denken und eine Stufenbiopsie im gesamten Kolon veranlassen.

Eine flüssig-wässrige Diarrhoe, vor allem nächtliche Durchfälle, zum Teil mit Gewichtsverlust, aber immer ohne Exsikkosezeichen, oft begleitet von Bauchschmerzen, Übelkeit und gegebenenfalls auch Blähungen – das ist die charakteristische Symptomatik der mikroskopischen Kolitis. Beschrieben wurde das Krankheitsbild bereits in den 70er Jahren, daran gedacht wird bis heute laut Privatdozent Dr. Eckart Fröhlich aus Stuttgart noch viel zu selten. Der Grund: „Mit der normalen endoskopischen Untersuchung ist die Störung nicht zu fassen“, berichtete der Mediziner beim Falk-Seminar-kongress in Titisee. Die Schleimhaut der Patienten ist makroskopisch unauffällig, was zur Folge hat, dass die Erkrankung oft lange Zeit unerkannt bleibt. Erst wenn Stufenbiopsien aus dem gesamten Kolon veranlasst werden, ist histologisch die richtige Diagnose zu stellen.

Besuchen Sie das nächste Falk Gastro Forum „Aktuelle Hepato-/ Gastroenterologie: Von der chronischen Inflammation zur Kanzerogenese“ am **Samstag, den 28. April 2012** in **Schweinfurt**. www.dralfalkpharma.de/veranstaltungen

Lymphozytäre von kollagener Kolitis unterscheiden

Unterschieden werden nach Fröhlich zwei verschiedene Krankheitsformen, die lymphozytäre Kolitis, die durch eine vermehrte Zahl intraepithelialer Lymphozyten und inflammatorischer Infiltrate in der Lamina propria charakterisiert ist und die kollagene Kolitis, bei der im histologischen Bild ein subepitheliales kollagenes Band mit einer Dicke von mehr als 10 µm mit umschlossenen Kapillaren auffällt.

Die Ätiologie und Pathogenese der Erkrankung sind noch weitgehend unklar. Differentialdiagnostisch ist vor allem eine Zöliakie auszuschließen, eine

So sieht die mikroskopische Kolitis histologisch aus.

Laktose-Intoleranz, eine AIDS-Enteropathie und vor allem ein Reizdarmsyndrom. Letzteres stellt laut Fröhlich eine sehr häufige Fehldiagnose der mikroskopischen Kolitis dar mit der Folge frustrierender verlaufender Therapieversuche. Wird jedoch die richtige Diagnose gestellt, so kann die mikroskopische Kolitis sehr effektiv therapiert werden. Mittel der Wahl ist nach Darstellung des Mediziners Budesonid, das in einer Dosierung von 9 mg/Tag verabreicht werden sollte.

Die Behandlung bewirkt meist rasch eine Besserung der klinischen Symptomatik. Damit bessert sich zugleich der durch die Störung bedingte oft massive Leidensdruck der Patienten. Die Budesonid-Therapie sollte für mindestens zwei Monate beibehalten werden. Kommt es beim Auslassversuch zum Rezidiv, so ist eine längerfristige Gabe des lokal wirkenden Steroids ratsam. (Christine Vetter)

XIV. Gastroenterologie-Seminarwoche der Falk Foundation e.V., 25.-29. Februar 2012 in Titisee

> Morbus Crohn – ein Defensin-Defekt

Beim Morbus Crohn handelt es sich nicht, wie oft postuliert, um eine Autoimmunerkrankung. „Denn die entzündliche Reaktion richtet sich nicht gegen körpereigene Strukturen, sondern gegen die Darmflora“, berichtete Professor Dr. Eduard Stange aus Stuttgart in Titisee. Ursache der Störung ist nach seinen Worten ein Barriere-defekt, der auf einem Mangel an Defensinen beruht. Es handelt sich hierbei um körpereigene Antibiotika, die die bakterielle Flora kontrollieren. Fehlen Defensine, so kommt es zur vermehrten Invasion von Bakterien in die Mukosa und zu entsprechenden Immunreaktionen.

Anders ist das Problem nach Stange bei der Colitis ulcerosa gelagert. Bei diesem Krankheitsbild produziert der Körper zu wenig Mucine, was jedoch ebenfalls Veränderungen der Schleimhaut und einen Barriere-defekt zur Folge hat. Dadurch können genauso wie beim Morbus Crohn Bakterien der Darmflora vermehrt in die Mukosa gelangen, was Entzündungsreaktionen provoziert.

XIV. Gastroenterologie-Seminarwoche der Falk Foundation e.V., 25.-29. Februar 2012 in Titisee