

Pathologie des unteren Gastrointestinaltrakts

Einsendungen aus dem Gastrointestinaltrakt machen einen Großteil des Untersuchungsguts in den meisten Instituten für Pathologie aus. Im vorliegenden Schwerpunkttheft „Unterer Gastrointestinaltrakt“ soll praxisorientiert ein Überblick über aktuelle Entwicklungen und Standards bei der Befundung von Biopsien und Resektaten aus dem Kolorektum und seinen Grenzregionen gegeben werden. Dabei wird auf die aktualisierte WHO-Klassifikation der gastrointestinalen Tumoren (4. Aufl., November 2010) und die 7. Auflage der UICC-/TNM-Klassifikation (gültig ab 2010) Bezug genommen. Besonders wurde darauf geachtet, auch „Problemzonen“ in der Diagnostik darzustellen und zu erläutern, die in der täglichen Routine immer wieder Schwierigkeiten bereiten.

So befasst sich der Beitrag „Mikroskopische Kolitis“ von C. Platz-Baudin *et al.* mit den histologischen Diagnosekriterien und den klinisch-pathologischen Korrelationen. Neben dem klinischen Leitsymptom einer wässrigen Diarrhö zeigt sich hier eine charakteristische Histologie. Da die mikroskopische Kolitis definitionsgemäß einen endoskopischen Normalbefund zeigt, bleibt die Diagnosesicherung somit der Histomorphologie vorbehalten. Die beiden morphologischen Formen der mikroskopischen Kolitis, die lymphozytäre und die kollagene Kolitis, werden dargestellt und die entsprechenden Diagnosekriterien erläutert.

Das sehr problematische Gebiet der histomorphologischen Differenzialdiagnostik von „polypoiden Dysplasien bei chronisch-entzündlicher Darmerkrankung“ wird in der Übersicht von S. Warich-Eitel *et al.* beschrieben. Dabei werden z. B. auch neue Erkenntnisse über „Adenoma-like-DALM“ aufgezeigt, bei

denen trotz der Entstehung der dysplastischen Veränderungen auf dem Boden einer chronisch-entzündlichen Darmerkrankung überlappende morphologische Befunde mit sporadischen Adenomen vorliegen. Für die Patienten bedeutet dies, dass bei diesen Läsionen im Gegensatz zur klassischen DALM keine Proktokolektomie erfolgen muss, sondern offenbar eine lokale Abtragung als therapeutische Konsequenz ausreicht.

Für das klinische Management von Patienten mit endoskopisch abgetragenen kolorektalen Polypen erwartet der Kliniker bzw. Gastroenterologe einen histopathologischen Befund, aus dem sich alle relevanten Informationen schnell und einfach entnehmen lassen. Die Arbeit von G. Baretton *et al.* präsentiert eine Checkliste für „die standardisierte und strukturierte histologische Befundung kolorektaler Polypen vor dem Hintergrund der neuen WHO-Klassifikation“, die kürzlich von einer Taskforce aus Gastroenterologen und Pathologen erarbeitet wurde und helfen soll, sowohl die endoskopische als auch die pathohistologische Befundung zu verbessern und zu vereinheitlichen.

Nichtneoplastische und nichthamartomatöse Polypen im Kolorektum bereiten immer wieder diagnostische Probleme. In dem Artikel vom D.E. Aust u. J. Rüschoff werden sowohl die wichtigsten Vertreter dieser Gruppe, d. h. Polypen bei Mukosaprolapsyndrom und inflammatorische Polypen, als auch seltenerer tumorähnliche Läsionen, wie Schleimhautheterotopien, Endometriosis externa etc., dargestellt und die wichtigsten Differenzialdiagnosen diskutiert.

Außer der Klassifikation kolorektaler Polypen sollte der Pathologe stets an die

Möglichkeit einer evtl. zugrunde liegenden Polyposis denken. In dem Beitrag von A. Roessner *et al.* zum Thema „Kolorektale Polyposen – eine Anleitung zur Diagnostik“ werden phänotypische Merkmale und genetische Grundlagen der wichtigsten Polyposesyndrome erläutert. Da sich aus der Morphologie einzelner Läsionen sowie deren Anzahl und Verteilung unter Umständen Rückschlüsse auf einen hereditären Hintergrund ziehen lassen, kommt der histomorphologischen Diagnose im Rahmen einer genetischen Beratung des Patienten und seiner Familienangehörigen große Bedeutung zu.

Die adäquate Diagnose und Therapie der neuroendokrinen Neoplasien der Appendix und des Kolorektrums setzen eine genaue Kenntnis ihrer Klassifikation nach WHO und TNM voraus. In den Neuauflagen beider Klassifikationen haben sich auf diesem Gebiet wichtige Änderungen bzw. Neuerungen ergeben, die in dem Beitrag von G. Klöppel u. H. Scherübl prägnant dargestellt werden.

Eine verbesserte chirurgische Technik, speziell die Einführung der totalen mesorektalen Exzision (TME), hat zu einer signifikanten Steigerung der Heilungsraten und zu einer deutlichen Reduktion der pelvinen Lokalrezidive geführt. Dem Pathologen kommt bei der Beurteilung der Qualität der Operationspräparate dabei eine Schlüsselrolle zu. K.J. Schmitz *et al.* gehen in ihrem Artikel „Pathologische Aufarbeitung von Rektumkarzinomen mit partieller/totaler mesorektaler Exzision“ speziell auf die Problematik von Resektionsgrenzen, Lymphknotenpräparation und Effekten einer neoadjuvanten Therapie ein.

Auch bei der Therapie kolorektaler Lebermetastasen haben sich die therapeuti-

schen Strategien in den letzten Jahren grundlegend verändert. Die präadjuvante Chemotherapie stellt mittlerweile eine nicht mehr wegzudenkende Therapieoption für Patienten dar, die als Folge eines kolorektalen Karzinoms Lebermetastasen entwickelt haben. Durch die präoperative Regression der Metastasen kann sich die Prognose entscheidend verbessern, jedoch können die Chemotherapeutika auch Kollateralschäden am Leberparenchym verursachen, insbesondere wenn eine Vorschädigung des Lebergewebes vorliegt. Die Risiken von Chemotherapeutika für das Leberparenchym, wie das sinusoidale Obstruktionsyndrom, die noduläre regenerative Hyperplasie und die weniger bekannte chemotherapieassoziierte Steatohepatitis werden in dem Beitrag „Steatohepatitis bei der Chemotherapie kolorektaler Lebermetastasen (CASH)“ von A. Tannapfel *et al.* ausführlich erläutert.

Schließlich liefern J. Rüschhoff *et al.* mit ihrer Arbeit „Das Analkarzinom – diagnostische und differenzialdiagnostische Aspekte“ einen Überblick über das breite Differenzierungsspektrum primärer Analkarzinome, das von drüsiger Rektumschleimhaut über urothelartiges Epithel an der Linea dentata zu unverhorntem analem Plattenepithel und schließlich in die perianale Haut sowie speziellen proktodäalen/analen Drüsen reicht.

Herausgeber und Autoren hoffen, mit diesem Schwerpunktheft praktische Hilfen in der pathomorphologischen Diagnostik und Differenzialdiagnostik von Erkrankungen des unteren Gastrointestinaltrakts zu geben und darüber hinaus einen Beitrag zur Standardisierung der histopathologischen Befunde in dieser Region zu leisten.



G. Baretton

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. G. Baretton
 Institut für Pathologie, Universitätsklinikum
 „Carl Gustav Carus“, TU Dresden
 Fetscherstr. 74, 01307 Dresden
 Gustavo.Baretton@uniklinikum-dresden.de

Allgemeines

- Angabe eines Interessenkonflikts im Manuskript (weitere Informationen auf der Seite „Erklärung zum Interessenkonflikt“)
- Manuskript immer als Datei schicken (.doc oder .rtf, keine PDF-Dateien)
- Gesamtumfang: 12 Manuskriptseiten (Times New Roman, 12 pt, 2-zeilig) inkl. Literatur, Tabellen und Abbildungslegenden (entspricht ca. 25 000 Zeichen, inkl. Leerzeichen)
- Für die Angaben von Maßeinheiten bitte das SI-System verwenden
- Abkürzungen im Text erläutern, ggf. Abkürzungsverzeichnis erstellen

Manuskriptaufbau

- Komplette Anschrift des Korrespondenzautors mit Tel.-Nr., Fax, E-Mail sowie Portraitfoto
- Kurzer, prägnanter Beitragstitel (ca. 50 Zeichen), ggf. erläuternder Untertitel
- Deutsche Zusammenfassung (max. 1200 Zeichen, inkl. Leerzeichen). Bei Überschreitung behält sich der Verlag Kürzungen vor
- 5 deutsche Schlüsselwörter
- Englischer Titel
- Englisch Abstract (max. 1200 Zeichen, inkl. Leerzeichen). Abstract und Zusammenfassung sollen inhaltlich identisch sein; möglichst einheitlich British English oder American English verwenden
- 5 englische Keywords zur besseren Auffindbarkeit in Datenbanken unter Verwendung der „Medical Subject Heading (MeSH)“-Liste des Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/mesh/authors.html>)
- Kurze Hinführung zum Thema (max. 600 Zeichen)
- Prägnante und möglichst kurze Zwischenüberschriften (max. 50 Zeichen). 4 Hierarchien sind möglich
- Fazit für die Praxis (max. 1000 Zeichen, inkl. Leerzeichen)

Literaturverzeichnis

- Maximal 30 Literaturstellen in alphabetischer Reihenfolge und durchnummeriert
- Zitatnummern im Text in eckige Klammern setzen
- Bei Benutzung von „Endnote“: bitte Literaturstyling „Springer Fachzeitschrift MedizinPsychologie“ verwenden
- Zeitschriftentitel nach Index Medicus abkürzen

Zitierung von Zeitschriftenbeiträgen

1. Schuler M, Oster P (2005) Zunehmende Bedeutung der Opioiden in der Geriatrie. *Schmerz* 19:302–307

Zitierung von Büchern

1. Bork K (2005) Arzneireaktionen. In: Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH, Burgdorf WHC, Landthaler M (Hrsg) *Dermatologie und Venerologie*. Springer, Berlin Heidelberg New York, S 431–446

Abbildungen

- Max. 8 Abbildungen mit kurzen Legenden sind möglich
- Auf alle Abbildungen im Text verweisen
- Abbildungen entsprechend der Reihenfolge im Text durchnummerieren
- Deutsche Abbildungsbeschriftung
- Formate: tif, jpg, ppt, eps
- Auflösung mind. 300 dpi
- Unbefristete Abdruckgenehmigung (print/online/offline) für Abbildungen aus Fremdpublikationen
- Einverständniserklärung identifizierbarer Personen

Videomaterial

- Formate: 640*480 (4:3) Pixel, Container MOV, Video-Codec MPEG-4, Audio-Codec ACC, 96kbps, 25fps

Tabellen

- Aussagekräftige Tabellen mit kurzen Tabellenüberschriften sind erwünscht
- Auf alle Tabellen im Text verweisen
- Tabellen entsprechend der Reihenfolge im Text durchnummerieren