

Journal für
**Gastroenterologische und
Hepatologische Erkrankungen**

Fachzeitschrift für Erkrankungen des Verdauungstraktes

**Kollagenkolitis nach
vorangegangener
leukozytoklastischer Vaskulitis im
Kolon**

Höflmayer D, Dzirlo L, Schartner E

Müller-Knespel EM, Haunold I

Dawid M, Stanek-Kalchhauser D

Weiss P, Klimpfinger M

*Journal für Gastroenterologische
und Hepatologische Erkrankungen*
2015; 13 (4), 7-10

Österreichische Gesellschaft
für Gastroenterologie und
Hepatologie

www.oeggh.at



ÖGGH

Österreichische Gesellschaft
für Chirurgische Onkologie

www.aco-asso.at

acoasso
Österreichische Gesellschaft für Chirurgische Onkologie
Austrian Society of Surgical Oncology

Homepage:

**[www.kup.at/
gastroenterologie](http://www.kup.at/gastroenterologie)**

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

Indexed in EMBASE/Compendex, Geobase
and Scopus

www.kup.at/gastroenterologie

Member of the



Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

P.b.b. 032035263M, Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf, Erscheinungsort: 3003 Gablitz

Kollagenkolitis nach vorangegangener leukozytoklastischer Vaskulitis im Kolon

D. Höflmayer¹, L. Dzirlo², E. Scharfner², E.-M. Müller-Knespel², I. Haunold³, M. Dawid⁴, D. Stanek-Kalchauer⁵, P. Weiss², M. Klimpfinger¹

Kurzfassung: Wir beschreiben den Fall einer 59-jährigen Patientin mit chronischen, teilweise blutigen Durchfällen. Die initiale Koloskopie zeigte längliche Ulzerationen, die Biopsien eine unspezifische chronische Entzündung der Schleimhaut. Acht Wochen später entwickelte die Patientin eine schmerzlose palpable Purpura der unteren Extremitäten. Die histologische Untersuchung dieser Veränderungen ergab eine leukozytoklastische Vaskulitis der Haut. Daraufhin erfolgte eine Konsiliarbegutachtung der Biopsien aus dem Dickdarm, die schließlich ebenfalls Veränderungen passend zu einer leukozytoklastischen Vaskulitis des Darmes erbrachten. Eine zugrunde liegende Erkrankung konnte in der daraufhin erfolgten Abklärung nicht gefunden werden.

Nach einem beschwerdefreien 10-monatigen Intervall wurde die Patientin mit chronisch wässrigen Durchfällen erneut vorstellig. Die Koloskopie erbrachte einen Normalbefund, die Biopsien zeigten jedoch ein dichtes eosinophiles, subepitheliales Band, gering erhöhte intraepitheliale Lymphozyten und eine verminderte Anzahl oberflächlicher Becherzellen – passend zum Bild einer Kollagenkolitis. Nach unserem Wissen wurde das

Auftreten einer Kollagenkolitis mit einer vorangegangenen leukozytoklastischen Vaskulitis im Dickdarm bislang nicht beschrieben. Zudem demonstriert unser Fall die Wichtigkeit einer engen Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen Klinik und Pathologie, um zur korrekten Diagnose zu gelangen.

Schlüsselwörter: Leukozytoklastische Vaskulitis, gastrointestinale Vaskulitis, Kollagenkolitis

Abstract: Collagenous Colitis After Leukocytoclastic Vasculitis in the Colon. We present a case of a 59-year-old female patient suffering from chronic, intermittently bloody diarrhoea. Endoscopy showed longitudinal ulcerations of the colon mucosa, biopsies showed unspecific chronic inflammation. Eight weeks after onset of gastrointestinal symptoms, the patient developed painless palpable purpura of the lower extremities. Histological examination revealed a leukocytoclastic vasculitis of the skin, which prompted consultation review of the colon biopsies, where leukocytoclastic vasculitis could be demonstrat-

ed on close examination. Detailed clinical work-up did not reveal any underlying disease.

After an interval of more than 10 months without symptoms, the patient developed once again chronic watery diarrhoea. Endoscopy was normal, however, biopsies showed a dense homogenous eosinophilic band below the epithelial cells, slightly increased intraepithelial lymphocytes, and a reduced number of superficial goblet cells, consistent with collagenous colitis. To the best of our knowledge, the development of leukocytoclastic vasculitis in the colon followed by development of collagenous colitis has not been reported so far. In addition, our case illustrates that close clinical-pathological correlation is essential in order to establish the correct diagnosis, because only the consultation review of the first colon biopsies after the skin lesions were diagnosed as leukocytoclastic vasculitis and led to the correct diagnosis of a gastrointestinal manifestation of leukocytoclastic vasculitis in the colon. **J Gastroenterol Hepatol Erkr 2015; 13 (4): 7–10.**

Key words: leukocytoclastic vasculitis, intestinal vasculitis, collagenous colitis

■ Einleitung

Eine gastrointestinale Manifestation einer leukozytoklastischen Vaskulitis kann eine diagnostische Herausforderung darstellen, insbesondere wenn charakteristische Hautmanifestationen zum Zeitpunkt der gastrointestinalen Symptome fehlen.

Chronisch rezidivierende, wässrige Durchfälle können ihre Ursache in einer mikroskopischen Kolitis haben. Ein normaler Endoskopiebefund ist hierfür richtungsweisend. Biopsien aus mehreren Teilen des Dickdarms können sodann das Bild einer lymphozytären Kolitis oder Kollagenkolitis zeigen, wobei letztere histologisch durch eine reduzierte Anzahl der Becherzellen, eine erhöhte Zahl intraepithelialer Lymphozyten und ein breites eosinophiles Band subepithelial charakterisiert ist.

Wir berichten über den Fall einer Patientin mit Kollagenkolitis, welcher einige Monate zuvor eine Manifestation einer leukozytoklastischen Vaskulitis im Kolon vorausgegangen war.

Eingelangt am 25. April 2014; angenommen nach Revision am 15. Mai 2015

Aus dem ¹Pathologisch-Bakteriologischen Institut, Sozialmedizinisches Zentrum Süd – Kaiser-Franz-Josef-Spital mit Gottfried von Preyer'schem Kinderspital, Wien; der ²III. Medizinischen Abteilung für Innere Medizin und Psychosomatik und der ³Chirurgischen Abteilung, Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern, Wien; der ⁴Dermatologischen Ambulanz, Sozialmedizinisches Zentrum Süd – Kaiser-Franz-Josef-Spital mit Gottfried von Preyer'schem Kinderspital, Wien und der ⁵II. Medizinischen Abteilung für Innere Medizin, Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern, Wien

Korrespondenzadresse: Dr. Doris Höflmayer, Pathologisch-Bakteriologisches Institut, Sozialmedizinisches Zentrum Süd – Kaiser-Franz-Josef-Spital mit Gottfried von Preyer'schem Kinderspital, A-1100 Wien, Kundratstraße 3; E-Mail: doris.hoeflmayer@wienkav.at

■ Fallbericht

Wir berichten über eine 59-jährige Patientin, welche über einen Zeitraum von 6 Wochen unter chronischen, teilweise blutigen Durchfällen und Gewichtsverlust litt und dies ohne auffällige Krankheitsgeschichte oder Medikamentenanamnese [1]. Die damals durchgeführte Koloskopie zeigte mehrere längliche Ulzerationen der Dickdarmschleimhaut. Die histologische Untersuchung der gewonnenen Biopsien zeigten ein Regeneratepithel und eine unspezifische chronische Entzündung. Obgleich die Stuhlkulturen für pathogene Keime negativ waren, wurde aufgrund der radiologischen Verdachtsdiagnose einer segmentalen Kolitis eine Antibiotikagabe initiiert. Stuhlfrequenz und -konsistenz normalisierten sich und der Zustand der Patientin besserte sich.

Acht Wochen nach Beginn der gastrointestinalen Symptome stellte sich die Patientin mit schmerzloser palpabler Purpura der beiden unteren Extremitäten vor. Biopsien der Hautläsionen zeigten das histologische Bild einer leukozytoklastischen Vaskulitis (Abb. 1). Daraufhin wurden die ursprünglichen Dickdarmbiopsien nochmals mit der spezifischen Fragestellung auf Vaskulitis konsiliarisch begutachtet. Tatsächlich konnten kleine subepitheliale Gefäße der Kolonmukosa mit akut entzündlicher Infiltration und fibrinoider Degeneration der Gefäßwand demonstriert werden (Abb. 2). Die Patientin wurde in der Folge medizinisch detailliert abgeklärt, es konnte jedoch kein Hinweis auf eine zugrunde liegende Systemerkrankung rheumatologischer bzw. onkologischer Natur oder auf eine allergische Genese der Vaskulitis gefunden werden. Die Hautläsionen wurden topisch behandelt, die Patienten be-

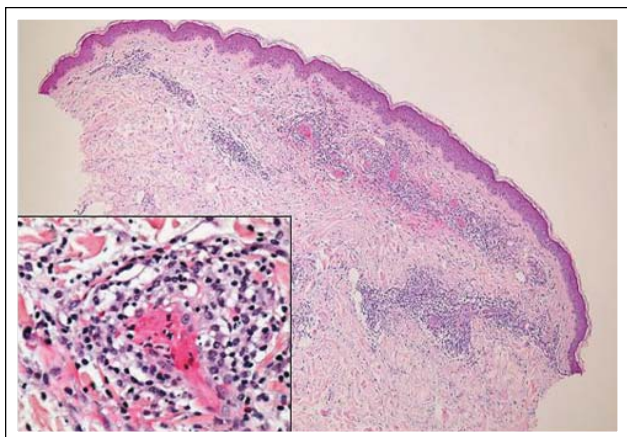


Abbildung 1: Biopsie der Haut mit mäßiger, chronischer, überwiegend perivaskulärer Dermatitis mit geringen Aktivitätszeichen und Erythrozytenextravasaten, vereinbar mit älterer Läsion einer leukozytoklastischen Vaskulitis. Hämatoxylin-Eosin-Färbung, Originalvergrößerung 40- bzw. 400-fach. (Nachdruck aus [1], mit Genehmigung des Thieme-Verlages)

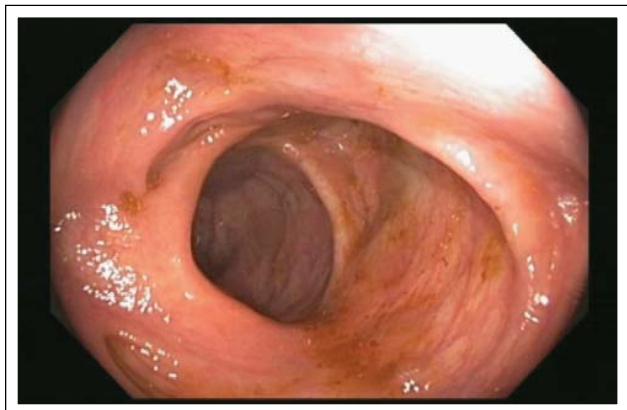


Abbildung 3: Endoskopisch normale Dickdarmschleimhaut.

nötigte zu keinem Zeitpunkt eine systemische spezifische Behandlung bezüglich der Vaskulitis, welche auf Haut und Kolon beschränkt blieb [1].

Nach mehr als 10-monatigem symptomfreiem Intervall entwickelte die Patientin erneut chronisch wässrige Durchfälle, begleitet von Bauchschmerzen während der Defäkation und einen Gewichtsverlust von 5 Kilogramm innerhalb von 2 Monaten. Die zur Abklärung durchgeführte Koloskopie zeigte diesmal keine endoskopisch fassbaren Veränderungen der Schleimhaut (Abb. 3). Mehrere Biopsien aus unterschiedlichen Segmenten des Kolons zeigten ein pathologisch verbreitetes, homogenes, eosinophiles Kollagenband unmittelbar unterhalb der Basalmembran, eine etwas erhöhte Anzahl intraepithelialer Lymphozyten und eine reduzierte Anzahl der Becherzellen (Abb. 4). Anhand dieser Befunde wurde die Diagnose einer Kollagenkolitis gestellt. Die Patientin erhielt nach Diagnosestellung orales Budesonid (beginnend mit einer Dosierung von 9 mg täglich). Die Symptome besserten sich, die Patientin stoppte die Einnahme der Medikamente selbständig und blieb bislang ohne weitere Symptome.

■ Diskussion

Es gibt nur eine kleine Anzahl an Fallberichten über die Mitbeteiligung des Gastrointestinaltrakts im Rahmen ei-

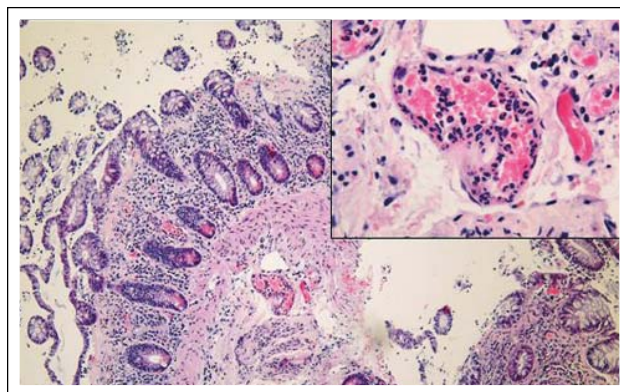


Abbildung 2: Kolonbiopsie mit Regeneratepithel und fokalen chronisch entzündlichen Infiltraten. Venöses Gefäß in der Submukosa mit Fibrin, Erythrozyten und neutrophilen Granulozyten im Lumen sowie stellenweise neutrophilen Granulozyten in der Gefäßwand. Hämatoxylin-Eosin-Färbung, Originalvergrößerung 40- bzw. 400-fach. **Anmerkung:** Eine Trichromfärbung konnte bei fehlendem Gewebsmaterial nicht durchgeführt werden. (Nachdruck aus [1], mit Genehmigung des Thieme-Verlages)

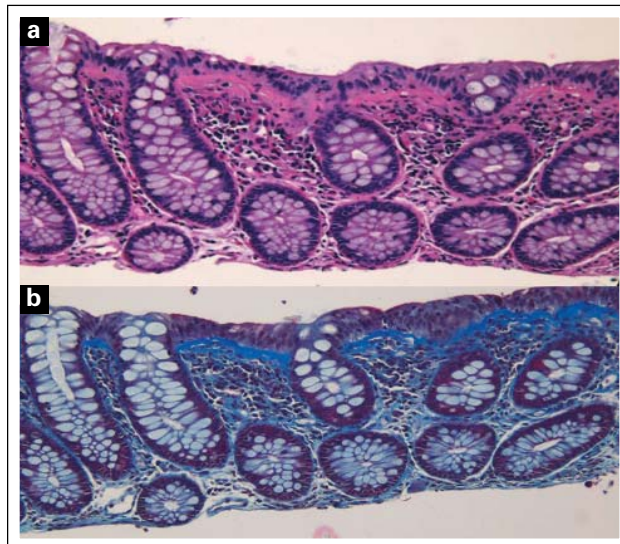


Abbildung 4: (a) Dickdarmschleimhaut mit breitem eosinophilem Band unterhalb der Basalmembran (Hämatoxylin-Eosin-Färbung, 200-fach vergrößert). (b) In der Trichromfärbung wird die kollagene Natur des Bandes deutlich (200-fach vergrößert).

ner leukozytoklastischen Vaskulitis ohne zugrunde liegende Systemerkrankung. Zudem ist es ungewöhnlich, dass die gastrointestinalen Symptome der kutanen Manifestation vorausgehen, wie in unserem Fall [2–4]. Die Kollagenkolitis wurde mit unterschiedlichen pathologischen Zuständen assoziiert, unter anderem mit entzündlichen Darmerkrankungen, Schilddrüsenerkrankungen, Bindegewbserkrankungen, Asthma, rheumatoider Arthritis und anderen immunologischen Störungen [5].

Eine Kollagenkolitis nach einer leukozytoklastischen Vaskulitis im Darm wurde unserem Wissen nach bislang in der Literatur noch nicht beschrieben. Ein Fallbericht beschreibt einen Patienten mit Polyarteritis nodosa, der wässrige Diarrhöen entwickelte, koloskopiert und biopsiert wurde. Die histologische Untersuchung zeigte hier das Bild einer Kollagenkolitis. Ein weiterer Fallbericht beschreibt das gleichzeitige Vorhandensein einer Kollagenkolitis und einer lymphozytären Kolitis in einem Kolektomiepräparat mit einer lymphozytären Venulitis, wobei der Patient in diesem Fall aufgrund von rektalen

Blutungen ohne fassbare Blutungsquelle operiert worden war [6–7].

In unserem Fall ging die leukozytoklastische Vaskulitis der Kollagenkolitis um mehrere Monate voraus. Obgleich die Ätiologie beider Krankheitsbilder nicht bis ins letzte Detail geklärt ist, wird zumeist ein immunologischer Hintergrund diskutiert. Zudem ist im Rahmen chronisch entzündlicher Darmerkrankungen eine Assoziation mit Kollagenkolitis beschrieben worden [5]. Angesichts dessen, dass auch die leukozytoklastische Vaskulitis im Darm ein entzündliches Geschehen darstellt, erscheint es uns plausibel, die Kollagenkolitis im präsentierten Fall trotz großer zeitlicher Latenz als mögliche Folge der vorangegangenen Vaskulitis zu diskutieren.

Zusammenfassend präsentieren wir hier das vollständige Follow-up einer primären gastrointestinalen Manifestation einer leukozytoklastischen Vaskulitis mit nachfolgender Entwicklung einer Kollagenkolitis. Nach unserem Wissensstand wurde eine solche Assoziation bislang noch nicht beschrieben. Daneben demonstriert unser Fall die Wichtigkeit klinisch-pathologischer Korrelation und Kommunikation, da erst die Hautmanifestation der leukozytoklastischen Vaskulitis mit darauffolgender gezielter Suche in den ersten Kolonbiopsaten zur richtigen Diagnose einer leukozytoklastischen Vaskulitis im Dickdarm führte.

■ Relevanz für die Praxis und Fragen

- Präsentation zweier seltener Ursachen von chronisch wässriger Diarrhoe
- Betonung der Wichtigkeit enger klinisch-pathologischer Korrelation bereits erhobener und neu hinzugekommener Befunde
- Kommunikation der Endoskopiebefunde an den Pathologen

1. Welche Symptome und endoskopischen Befunde sind für die mikroskopische Kolitis typisch?

- a) Chronisch wässrige Diarrhoe
- b) Fieber
- c) Endoskopischer Normalbefund
- d) Segmentale Schleimhautulzerationen

2. Welche zwei Entitäten gehören zu der mikroskopischen Kolitis?

- a) Lymphozytäre Kolitis
- b) Kollagenkolitis
- c) Allergische Colitis
- d) Malakoplakie

3. Nennen Sie Beispiele, mit welchen Darmerkrankungen die Kollagenkolitis assoziiert sein kann:

- a) M. Crohn
- b) Colitis ulcerosa
- c) Mastozytose
- d) Infektion mit *Entamoeba histolytica*

Lösung

■ Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur:

1. Schartner E, Höflmayer D, Müller-Knespel EM, et al. [First manifestation of a leucocytoclastic vasculitis in the colon: case report and differential diagnostic aspects]. *Z Gastroenterol* 2013; 51: 37–42.
2. Vlahos K, Theodoropoulos GE, Lazaris A, et al. Isolated colonic leukocytoclastic vasculitis causing segmental megacolon: report of a rare case. *Dis Colon Rectum* 2005; 48: 167–71.
3. Stipic Markovic A, Pekic P, Schmidt S, et al. Small and large bowel manifestation of leukocytoclastic vasculitis. *Wien Klin Wochenschr* 2005; 117: 565–8.
4. Garcia-Porrúa C, Gutierrez-Duque O, Soto S, et al. Localized vasculitis of the gastrointestinal tract. *Semin Arthritis Rheum* 2006; 35: 403–6.
5. Chetty R, Govender D. Lymphocytic and collagenous colitis: an overview of so-called microscopic colitis. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2012; 9: 209–18.
6. Procopiou M, Egger JF, De Torrente A. Collagenous colitis and cutaneous polyarteritis nodosa in the same patient. *Scand J Gastroenterol* 2004; 39: 89–92.
7. Arora DS, Mahmood T, Wyatt JI. Lymphocytic venulitis: an unusual association with microscopic colitis. *J Clin Pathol* 1999; 52: 303–4.

Dr. med. Doris Höflmayer

2000–2007 Medizinstudium an der Medizinischen Universität Wien, 2007 Promotion mit der Dissertation „Antisense Targeted Therapies in Solid Tumors“, 2008–2009 Assistenzärztin an der Universitätsklinik für Klinische Pharmakologie, 2010–2012 Turnusärztin für Allgemeinmedizin. Seit März 2012 Assistenzärztin in Facharzt Ausbildung für Klinische Pathologie am Kaiser-Franz-Josef-Spital in Wien.



Richtige Lösungen: 1a und c, 2a und b, 3a und b

[!\[\]\(8af806fb1314382d09bc5ec5b767526c_img.jpg\) Zurück](#)

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

☒ [Bilddatenbank](#)

☒ [Artikeldatenbank](#)

☒ [Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ [Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)