

Journal für  
**Gastroenterologische und  
Hepatologische Erkrankungen**

Fachzeitschrift für Erkrankungen des Verdauungstraktes

**Endoskopie der Ischämischen**

**Colitis**

Siebert F

*Journal für Gastroenterologische  
und Hepatologische Erkrankungen*

2005; 3 (2), 42-45

Österreichische Gesellschaft  
für Gastroenterologie und  
Hepatology

[www.oeggh.at](http://www.oeggh.at)



**ÖGGH**

Österreichische Gesellschaft  
für Chirurgische Onkologie

[www.aco-asso.at](http://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](http://www.kup.at/gastroenterologie)

Member of the 

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

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

# ENDOSKOPIE DER ISCHÄMISCHEN COLITIS

## KOLONISCHÄMIE – EINTEILUNG

- A) Transiente ischämische (meist segmentale) Colitis (mit mukosaler od. submukosaler Blutung), Heilung nach 1 Woche bis 6 Monaten
- B) Chronisch persistierende und strikturierende (murale) Colitis, hält mehrere Monate an bzw. Stenose nach 1–12 Mo. → ev. OP, Endoskopie
- C) Gangränöse (transmurale) oft fulminante Colitis → OP

Nur A) und B) stellen Indikationen für eine Endoskopie dar (s. auch unten).

Die morphologischen Veränderungen sind abhängig von jeweiliger Phase und Ausprägung.

## INDIKATIONEN ZUR ENDOSKOPIE

- Diagnostik v. a. der ischäm. Colitis als Mittel der Wahl (neben Colonkontrast), inkl. Histologie
- Unklare intestinale Blutung
- Kaum Indikation im Dünndarmbereich
- Therapeutisch: Blutstillung, Stenosedilatation (chron. Stadium), Darmdekompressionssonde (tox. Megacolon)

## KONTRAINDIKATIONEN (ABSOLUT U. RELATIV) ZUR ENDOSKOPIE

- Transmurale gangränöse (fulminante) Ischämie, Cave: Perforation
- Teilw. Vaskulitiden (autoimmun), Cave: Perforation
- Akuter Myokardinfarkt, frisches zerebr. Insultgeschehen, Schock
- Aortenaneurysma – St. p. frischer OP? (postoperative Endoskopie hat keinen Einfluß auf Mortalität, kann andererseits postoperative Ischämie ausschließen!)

## VERTEILUNG KOLON-ISCHÄMIE (ABB. 1)

In einer Literaturdurchsicht werden in bis zu 40% Lokalisation im rechten Kolon beschrieben.

Einteilung durch Endoskopie  
(nach Reeders et al., bereits seit 1984)

- Akutes Stadium
- Subakutes Stadium
- Chronisches Stadium

## MORPHOLOGIE: AKUTE PHASE (ABB. 2)

- Erythematöse, ödematöse, blutige SH u/o Petechien, bläuliche Blutbläschen in Submucosa, serpiginöse Ulcera mit scharfen Rändern

- (bis 5 mm DM), „verwaschene“ Mucosazeichnung
- Ähnlichkeiten Colitis ulcerosa
- Zeit 0–3 Tage

## MORPHOLOGIE: SUBAKUTE PHASE (ABB. 3)

- Ödem, Blutung
- Graugrünliche Schleimhautnekrosen, nach Ablösung längliche, serpiginöse, tlw. keilförmige Ulcera (1–2 cm breit, 3–4 cm lang)
- Scharfe Abgrenzung veränderte – gesunde Mucosa

Abbildung 1: Verteilung Kolon-Ischämie in Prozent

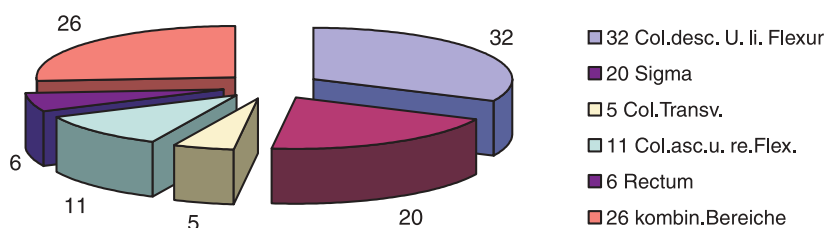


Abbildung 2: Kolon-Ischämie – Morphologie, akute Phase

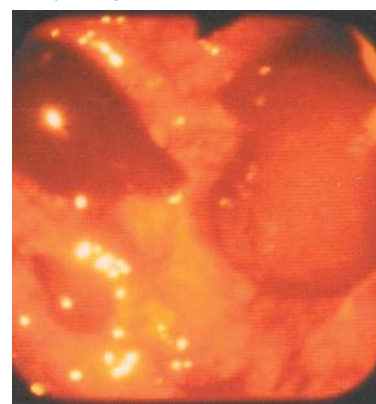
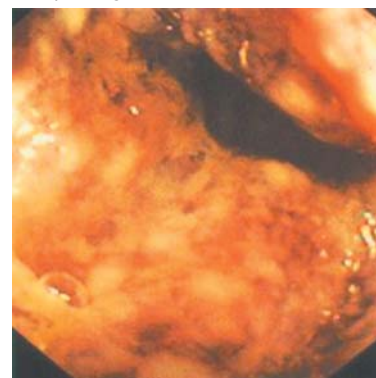


Abbildung 3: Kolon-Ischämie – Morphologie, subakute Phase



- Ähnlich Mb. Crohn u/o pseudomembr. Colitis
- Zeit nach 3–7 Tagen

### MORPHOLOGIE: CHRONISCHE PHASE (ABB. 4)

- Residualzustände mit weißl. Ulcerationen, Fibrose, lineare Narben
- atrophe (weißl.) SH mit Mucosa-resten – Pseudopolypen
- Pseudodiv. (Sacculationen), ischäm. glatte Striktur, Verlust der Haustrierung, kleine fein granulierte Gebiete
- Ähnl. C.U. / Mb. Crohn
- Zeit 3 Wo.–12 Mo.

### MORPHOLOGIE: GANGRÄNÖSE COLITIS

- Gangränöse Colitis: weißgrau oder purpur-schwarz verfärbte Mucosa

Die unterschiedlichen Phasen der ischäm. Colitis können zeitlich und lokal nebeneinander vorkommen – daher ist es oft schwierig, genannte Klassifikation in der Praxis zu übernehmen (Abb. 5).

- Ischämische SH-Veränderungen im ges. Gastrointestinaltrakt ev. als aphthöse Ulcerationen – viele DD (Abb. 6)! z. B. Vaskulitiden – Histo!?! [Talansky et al. 1985]

- Isolierte (akut u. chron.) Proctosigmoiditis selten – v. a. ältere schwer kranke Patienten mit hämodynam. Störungen

### DIFFERENTIALDIAGNOSEN (ABB. 7–9)

- Ischäm. Colitis (ca. 3 %)
- Infektiöse Colitis
- Chronisch entzündliche Darm-erkrankungen
- Strahlencolitis
- „Pseudotumoröse Veränderungen“
- Divertikulitiden
- Unspezifische Proktitis
- Schwere Enterocolitis bei Mb. Hirschsprung
- Pseudomembr. Colitiden
- Toxisch induzierte Colitis: Zytostatika (z. B. 5FU, MTX, Campto,

Abbildung 4: Kolon-Ischämie – Morphologie, chronische Phase

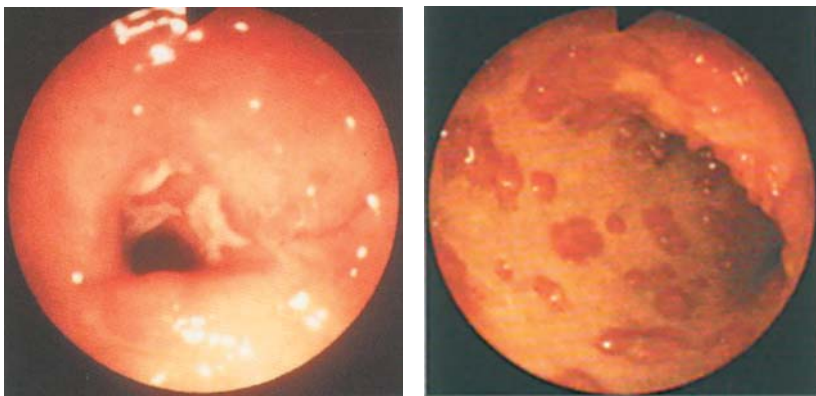


Abbildung 6: Aphthen

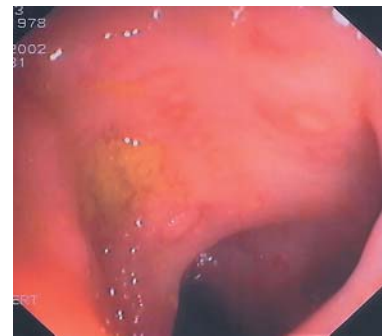
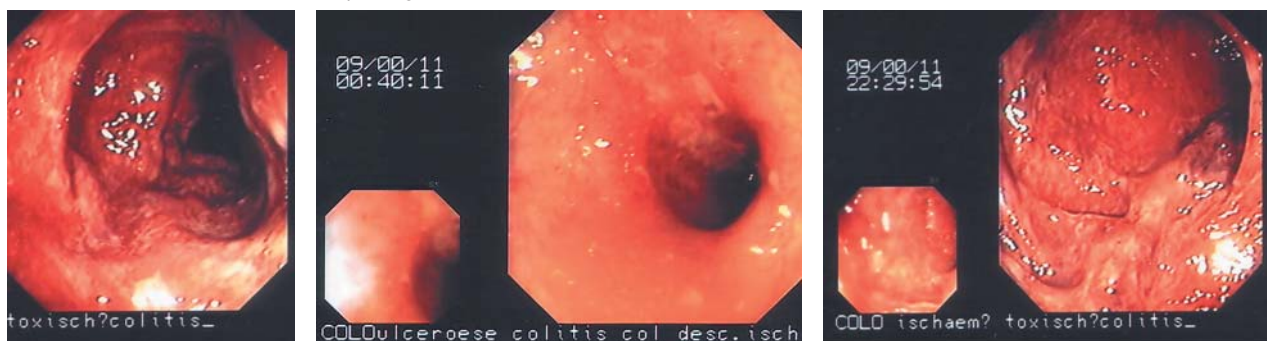


Abbildung 5: Kolon-Ischämie – Morphologie



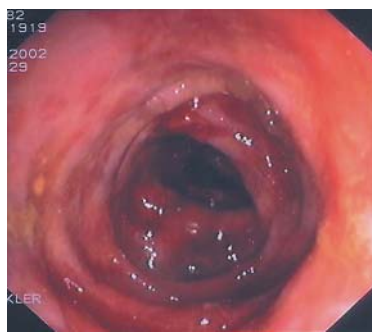


Cytosin Arabinosid, ...), NSAR,  
Digitalis, Ergotamin-Supp.,  
Laxantien

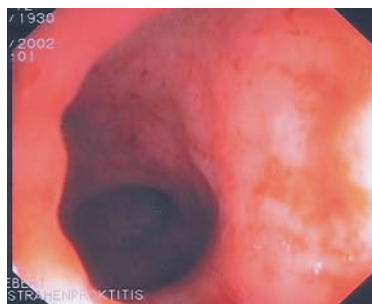
Differentialdiagnose Ischämische  
Colitis – Colitis ulcerosa

Der Anstieg der ulcerösen Colitis  
(Colitis ulcerosa) bei älteren Patienten

Abbildung 7: Differentialdiagnose  
Infektiöse Colitis – Strahlencolitis –  
Colitis ulcerosa



Infektiöse Colitis



Strahlencolitis



Colitis ulcerosa

Abbildung 8: Differentialdiagnose Ischämische Colitis (li) – Colitis ulcerosa (re)

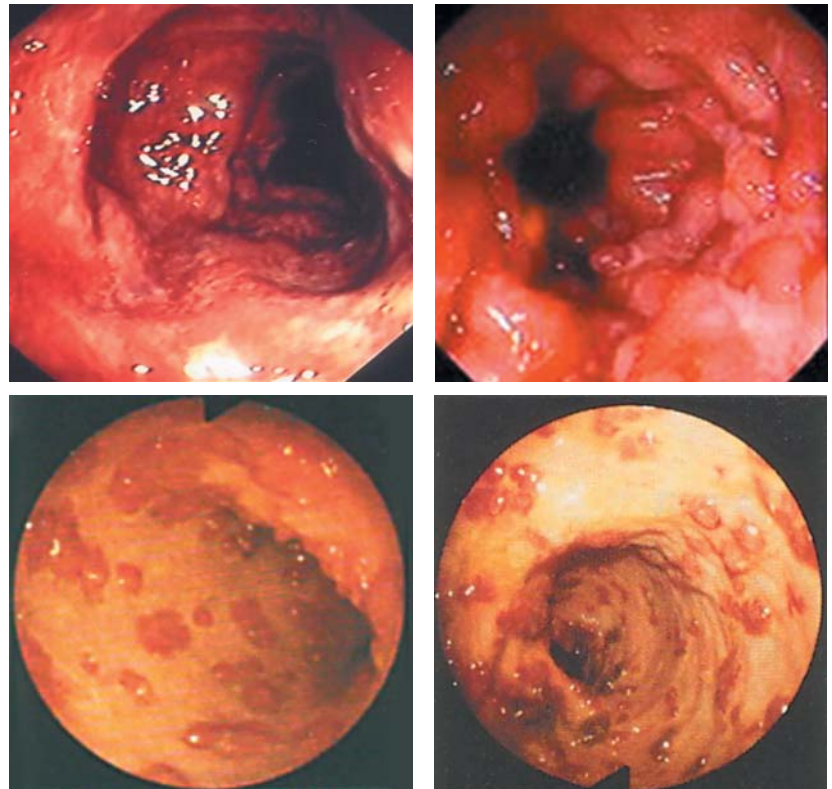
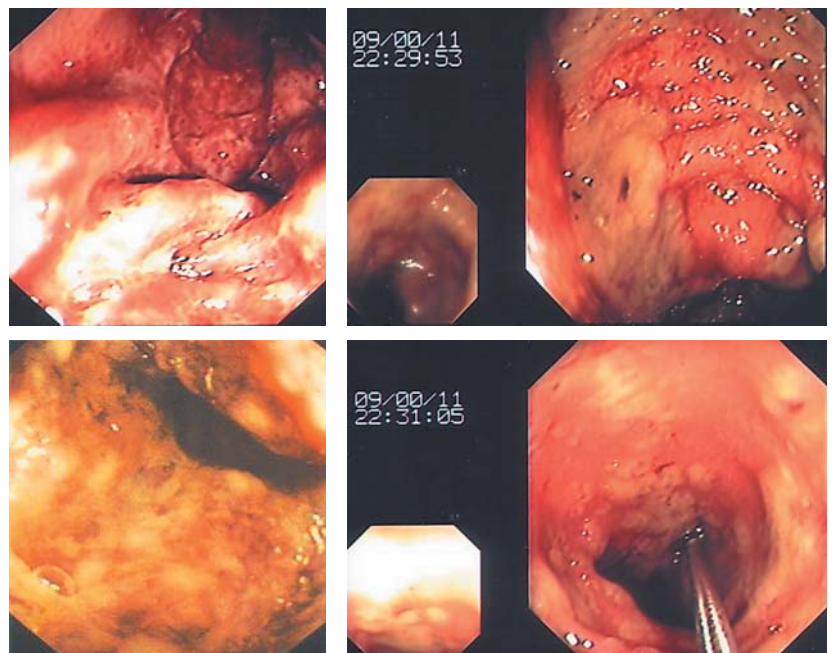


Abbildung 9: Differentialdiagnose Ischämische Colitis (li) – Pseudomembranöse Colitis (re)



bedeutet möglicherweise, daß ein Teil dieser Fälle nicht identifizierte ischäm. Colitiden sind.

Differentialdiagnose Ischämische Colitis – Pseudomembranöse Colitis

Pseudomembranöse Colitis:

- Vorw. linksseitig
- Rektum meist ausgespart, selten auch rechtsseitiges bzw. ges. Colon, Ileum frei

Ischämische Colitis:

- (Pseudo-) Polypen, lokalisierte Veränderungen, „masses“

(u. Histo: hyalin. Lamina propria) bei Ischämie signif. häufiger. DD diffuse Pseudomembranen bei C. difficile [Dep. of Pathology, Univ. Michigan, A J Surg Pathol 1997]

toren nur eine begrenzte Anzahl von Reaktionsmustern hat, können wir aus dem endoskopisch-bioptischen Bild häufig nicht alleine auf die Ätiologie der Erkrankung schließen.

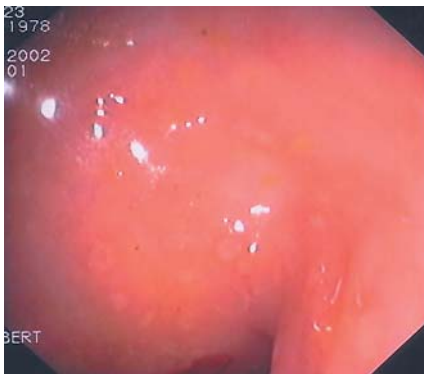
**Korrespondenzadresse:**

Prim. Dr. Franz Siebert  
Abteilung f. Innere Medizin  
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder  
A-9300 St. Veit/Glan,  
Spitalgasse 26  
E-mail: franz.siebert@bbstveit.at

**DIVERSE REAKTIONSMUSTER**  
(ABB. 10)

Da der Darm auf eine potentiell unbegrenzte Anzahl schädigender Fak-

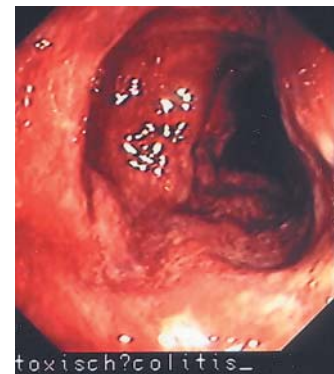
Abbildung 10: Aphthen– Ischämisches Ulkus – Ödem, Hyperämie, Ulzeration – Zirkulär-ulzerös narbige Stenose – Pseudopolypös und narbig – Pseudomembranen



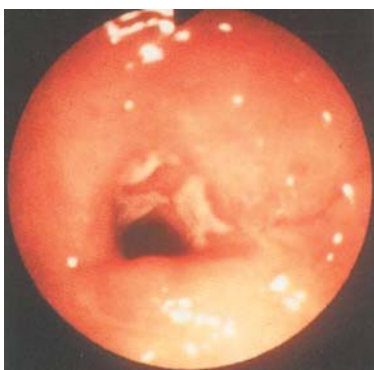
Aphthen



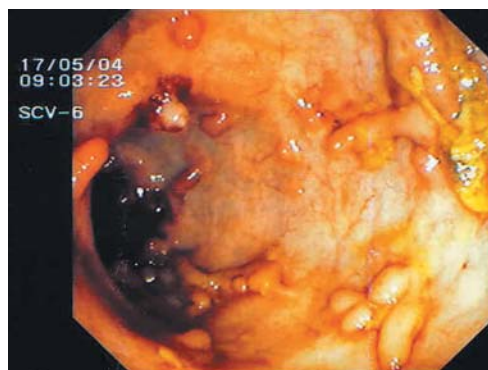
Ischämisches Ulkus



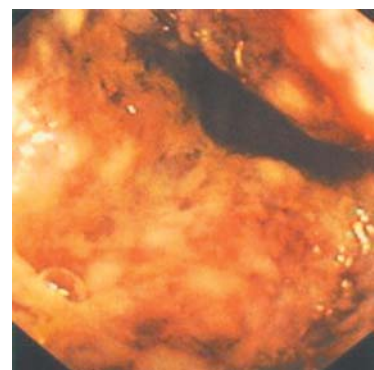
Ödem, Hyperämie, Ulzeration



Zirkulär-ulzerös narbige Stenose



Pseudopolypös und narbig



Pseudomembranen

# 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](#)