

# Was ist eigentlich »mikroskopische Kolitis«?

Unter *mikroskopischer Kolitis* werden alle jene entzündliche Krankheitsbilder des Dickdarms zusammengefasst, die bei unauffälligem endoskopischem Befund gleichzeitig eindeutige histomorphologische Merkmale aufweisen.

**PD Dr. Stephan C. Bischoff,  
Hannover**

Einfacher ausgedrückt heißt dies, man sieht keine entzündliche Veränderungen bei der Darmspiegelung, aber es zeigen sich typische Veränderungen bei der Untersuchung der Gewebeprobe unter dem Mikroskop. Dort sieht man entweder in der Darmschleimhaut eine auffällige Ansammlung von Lymphozyten, das sind weisse Blutkörperchen, die zu dem Darmimmunsystem gehören (*lymphozytäre Kolitis*) oder man sieht eine verdickte Kollagenschicht unter den Epithelzellen (*kollagene Kolitis*). Beide Formen der mikroskopischen Kolitis gehen mit Diarrhö (wässrige Durchfälle) einher. Die Ursache dieser Erkrankungen ist

unbekannt. Möglicherweise spielen Medikamenteneinnahmen eine Rolle (besonders nichtsteroidale Antiphlogistika, die bei Rheumaerkrankungen eingesetzt werden). Durchfallerkrankungen, die durch eine kollagene Kolitis verursacht sind, wurden erstmals 1976 beschrieben, die lymphozytäre Kolitis ist seit 1980 bekannt. Die Anzahl der Neuerkrankungen an kollagener Kolitis wird pro Jahr auf 0,6–2,3 pro 100.000 Menschen geschätzt. Vorwiegend sind Frauen betroffen (m:w = 1:9), besonders zwischen 50 und 70 Jahren. Die Prävalenz (die Gesamtzahl der Betroffenen) beträgt 15,7 pro 100.000 Einwohner. Die lymphozytäre Kolitis scheint wesentlich seltener zu sein und bei Männern wie Frauen ähnlich häufig vorzukommen. Allerdings findet sich im Fall von unklarer Diarrhö bei etwa 15–30 % eine der beiden Formen von mikroskopischer Kolitis.

unbekannt. Möglicherweise spielen Medikamenteneinnahmen eine Rolle (besonders nichtsteroidale Antiphlogistika, die bei Rheumaerkrankungen eingesetzt werden). Durchfallerkrankungen, die durch eine kollagene Kolitis verursacht sind, wurden erstmals 1976 beschrieben, die lymphozytäre Kolitis ist seit 1980 bekannt. Die Anzahl der Neuerkrankungen an kollagener Kolitis wird pro Jahr auf 0,6–2,3 pro 100.000 Menschen geschätzt. Vorwiegend sind Frauen betroffen (m:w = 1:9), besonders zwischen 50 und 70 Jahren. Die Prävalenz (die Gesamtzahl der Betroffenen) beträgt 15,7 pro 100.000 Einwohner. Die lymphozytäre Kolitis scheint wesentlich seltener zu sein und bei Männern wie Frauen ähnlich häufig vorzukommen. Allerdings findet sich im Fall von unklarer Diarrhö bei etwa 15–30 % eine der beiden Formen von mikroskopischer Kolitis.

Typisch für die beiden Erkrankungen sind die wässrigen Durchfälle, die häufig von Bauchschmerzen, -krämpfen und Blähungen begleitet werden. Blut- oder Schleimbeimengungen im Stuhl sind eher untypisch. Die Durchfälle sind meist chronisch rezidivierend, d.h. sie kommen immer wieder, und können unbehandelt über Jahre hin anhalten. Laboruntersuchungen sind in der Regel negativ. Auch mittels Ultraschall, Röntgen oder Endoskopie lässt sich die Erkrankung nicht feststellen. Deshalb müssen unbedingt Gewebeprobe aus dem Dickdarm und Enddarm entnommen werden, damit man die Erkrankung dann mittels mikroskopischer Untersuchung feststellen kann. Bei bis zu 40 % der betroffenen Patienten treten gleichzeitig Autoimmunerkrankungen auf (z.B. rheumatoide Gelenkentzündungen, Schilddrüsenerkrankungen, Zöliakie und andere). In der Schwangerschaft nehmen die Beschwerden häufig ab. Man vermutet u.a. deshalb, dass eine abnorme Immunreaktion auf einen noch unbekanntes Darminhalt zu der Erkrankung führen könnte. Möglicherweise gibt es auch Zusammenhänge mit Nahrungsmittelallergie. Sowohl vom Beschwerdemuster als auch von den Laborwerten sowie dem endoskopischen und mikroskopischen Befund her lassen sich die kollagene und die lymphozytäre Kolitis gut von der Kolitis ulzerosa und der Kolitis Crohn unterscheiden. Nur die Zöliakie (auch einheimische Sprue genannt: Getreideunverträglich-

keit) hat ähnliche mikroskopische Merkmale, betrifft aber den Dünndarm und nicht den Dickdarm.

Die Behandlung der mikroskopischen Kolitis ist nicht gesichert. Es wird empfohlen, zunächst Medikamente wie nichtsteroidale Antiphlogistika abzusetzen und Kaffee zu meiden. Als Nächstes versucht man, das Ausmaß der Durchfälle mit Loperamid (Imodium®) zu senken. Wenn dies nicht ausreicht, kann man einen Therapieversuch mit 5-ASA-Präparaten (z.B. Salofalk®, Claversal®, Pentasa®, Azulfidine® u.a.) oder mit Budesonid (Budenofalk® oder Entocort®) starten. Bei ausbleibendem Erfolg muss stattdessen mit Prednisolon (z.B. Decortin®) behandelt werden. Nach 2–3 Monaten ohne Beschwerden können die Medikamente probeweise weggelassen werden. Kommt es dann erneut zu Beschwerden, ist meist eine Dauertherapie erforderlich. Tumorerkrankungen wurden bei kollagener Kolitis im Gegensatz zu Kolitis ulzerosa nicht gehäuft beobachtet. Insgesamt handelt es sich um eine gutartige Erkrankung, die in vielen Fällen auch spontan ausheilen kann. •