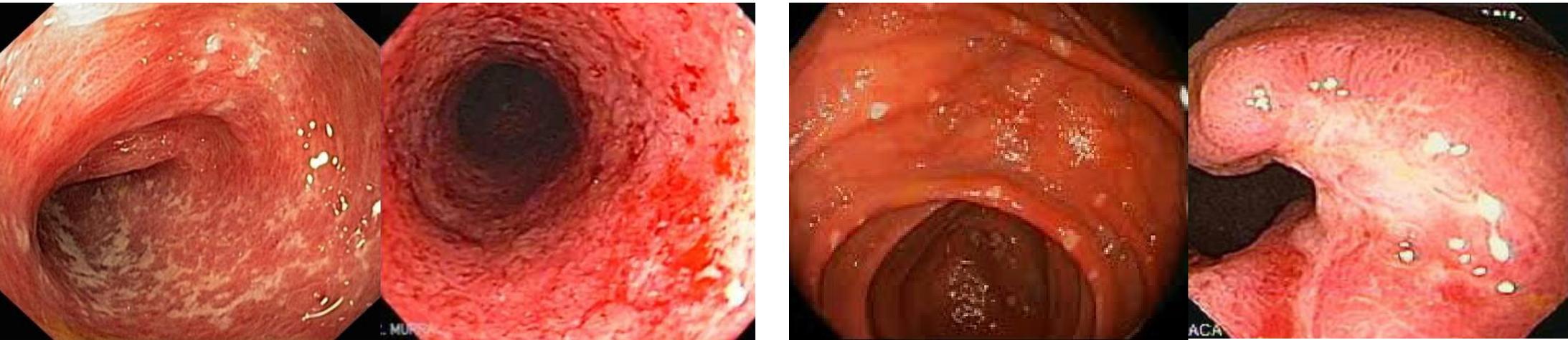


Endoskopie bei IBD

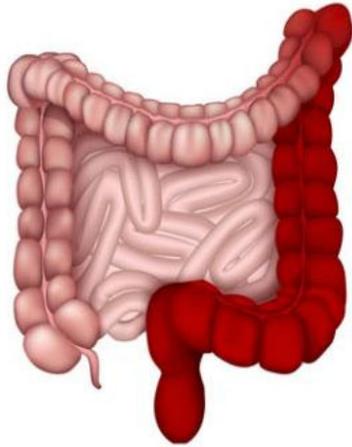
Benjamin Misselwitz, Gastroenterologie, UVCM, benjamin.misselwitz@insel.ch



Drei Gründe für Endoskopie bei IBD

- Diagnose der chronisch entzündlichen Darmerkrankung
- Überwachung Krankheitsaktivität
- Erkennen von Komplikationen

Colitis ulcerosa



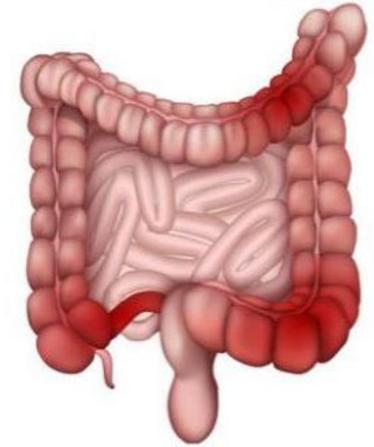
Nur im Kolon

- Proktitis
- Linksseitige Kolitis
- Pankolitis

Intensität maximal im Rektum
→ Abnehmend in Richtung Zökum

Oberflächliche Entzündung

Morbus Crohn



Gesamter GI-Trakt

- Terminales Ileum (90%)
- Kolon (Crohn-Colitis)
- Ileo-kolisch
- Oberer GI-Trakt

Transmurale Entzündung

- Fisteln
- Fibrose/ Strikturen

Colitis indeterminata/ unspecified colitis/ IBD-U

Diagnosewechsel in den ersten 5 Jahren nach der Diagnose

- IBD → keine IBD: bis 10%
- UC → CD oder CD → UC: 1%

Diagnose IBD

Wenn eine IBD vermutet wird, ist eine Ileokoloskopie mit Biopsien entzündeter und nicht entzündeter Segmente notwendig um die Diagnose zu etablieren.

Es gibt **keinen einzelnen Goldstandard**. Die Diagnose M. Crohn oder Colitis ulcerosa ist eine Kombination von

- Klinik
- Laborwerten
- Stuhluntersuchungen
- Endoskopie
- Histologie
- [Bildgebung]



Überwachung Krankheitsaktivität

Eine erneute Endoskopie ist aus den folgenden Gründen indiziert:

- schwerer Rückfall
- persistierende Krankheitsaktivität
- neue unklare Beschwerden
- vor Therapiewechsel



Biopsien (Konsensus Benjamin, Niklas)

Ohne makroskopische Entzündung, bei jedem Patienten mit

- Verdacht auf IBD
- Diagnose IBD
- Stattgehabter Diagnose IBD



Minimal 3 Töpfchen:

- Terminales Ileum
- Kolonrahmen
- Rektum

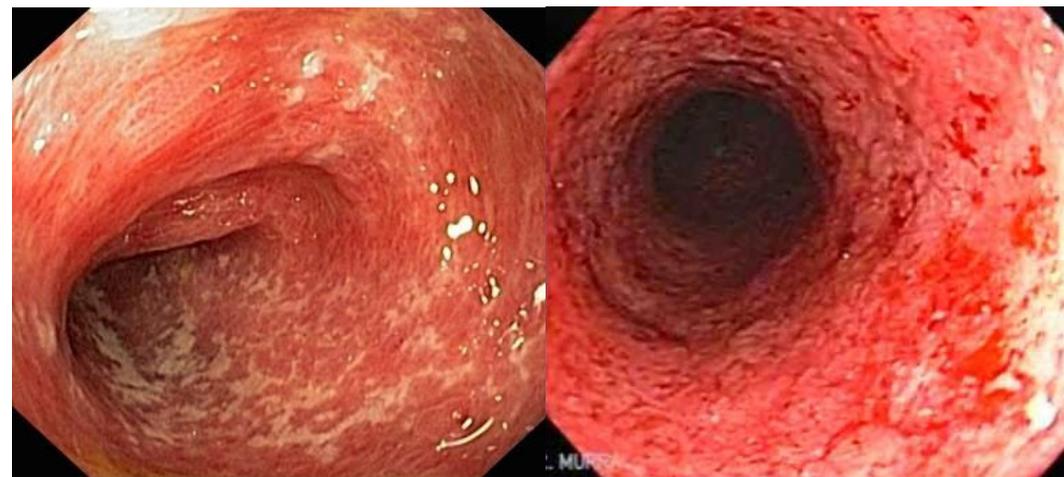
Gründe:

- Subklinische Entzündung
 - Chronische Entzündungszeichen (Architekturstörungen)
 - Alternative Diagnosen
- Für spätere Grenzenscheidungen Therapiewechsel/ Therapiestop/ Surveillance

Bei makroskopischer
Entzündung

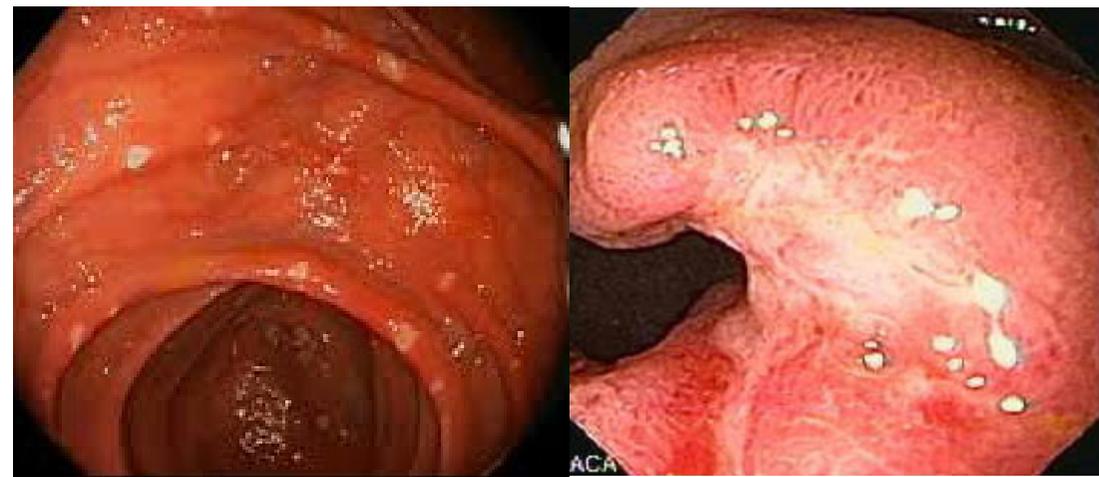


≥3 Töpfchen
angepasst an
Fragestellung



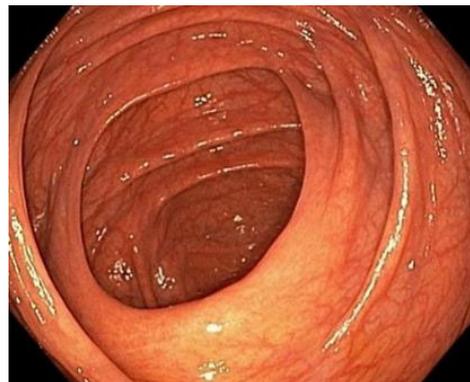
Colitis ulcerosa

- Oberflächliche Entzündung
- Kontinuierliche Entzündung



Morbus Crohn

- Oberflächlich → tiefe Entzündung
- Diskontinuierliche Entzündung
normale + entzündete Schleimhaut
- Aphten → Ulcera → Fisteln



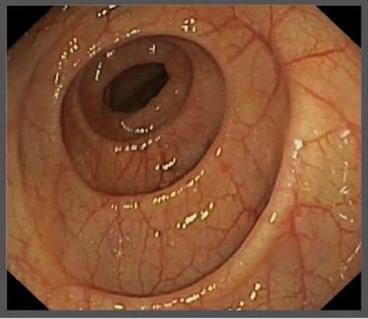
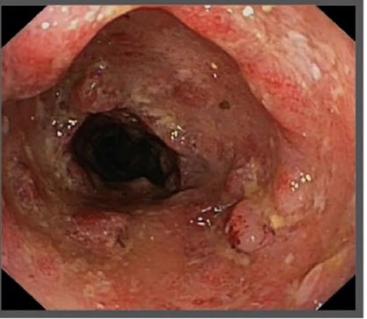
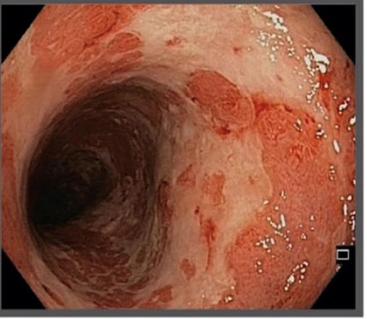
normal

Erfassen Schwere IBD

Mayo Score (0-12 Punkte)

	Stuhlgang	Blut	Allgemeine Beurteilung	Endoskopie
Gesund (0)	normal	Kein Blut	Gesund	
Leicht (1)	1-2 zusätzlich	< jd. 2. Stuhlgang	Milde Krankheit	
Mittel (2)	3-4 zusätzlich	> jd. 2. Stuhlgang	Mittelschwer	
Schwer (3)	>4 zusätzlich	Reines Blut	Schwere Krankheit	

Endoskopischer Mayo-Score

Mayo UC Endoscopic Score = 0 (normal or inactive disease)	Mayo UC Endoscopic Score = 1 (mild disease)	Mayo UC Endoscopic Score = 2 (moderate disease)	Mayo UC Endoscopic Score = 3 (severe disease)
			
			
Normal vascular pattern	Erythema, decreased vascular pattern, mild friability	Marked erythema, absent vascular pattern, friability, erosions	Spontaneous bleeding, ulcerations

Einteilung endoskopischer Schweregrad bei Colitis ulcerosa: Mayo-Score

Schweregrad ist bei CU leicht beurteilbar: ganzes Colon einsehbar, keine tiefe Entzündung

SES-CD Score bei M. Crohn

Variable	0	1	2	3
Ulzerationen	keine	Aphten 1-5 mm	Grosse Ulcera >5-20 mm	Sehr grosse Ulcera > 20 mm
Ulzerierte Oberfläche	keine	<10%	10-30%	>30%
Betroffene (erkrankte) Oberfläche	keine	<50%	50-75%	>75%
Stenose	keine	Einzel, kann passiert werden	Mehrere, können passiert werden	Nicht passierbar

→ Separate Scores für jedes Kolonsegment

- Terminales Ileum
 - Rechtsseitigs Kolon
 - Kolon transversum
 - Linksseitiges Kolon
 - Rektum
- 4x3 Punkte in jedem Kolonsegment
 - Punktzahl: 0- (theoretisch) 60
- Inaktiv: 0-2 Punkte
 - Mild: 3-6 Punkte
 - Moderat: 7-15 Punkte
 - Schwer: > 16 Punkte

Beispiele SES-CD – Grösse Ulcera



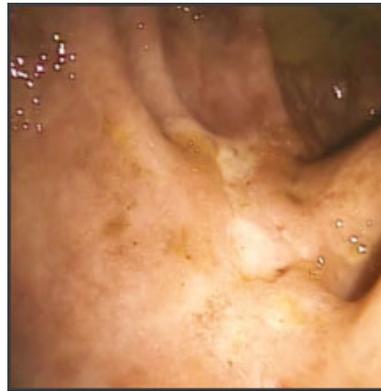
<5 mm

1 Punkt



5-20 mm

2 Punkte



5-20 mm



>20 mm

3 Punkte



>20 mm

Beispiele SES-CD - Fläche



9%

1 Punkt

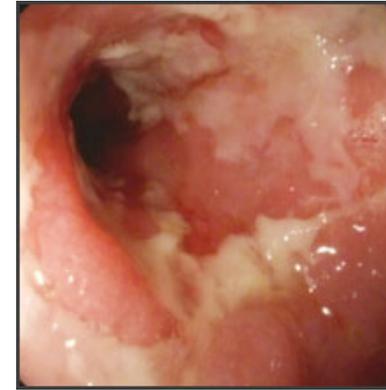


22%



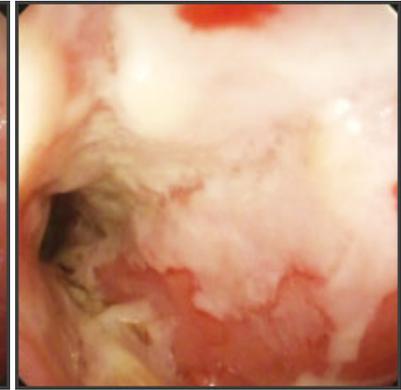
25%

2 Punkte



52%

3 Punkte



66%

Früherkennung von Komplikationen (Kolonkarzinom)

Colitis ulcerosa:

Kolonkarzinomrisiko: 1.29 Fälle pro 1000 Personenjahre

Karzinome eher in früherem Alter (40-50 Jahre)

Risiken:

- Männliches Geschlecht (OR 1.6)
- Pancolitis
- Langdauernde schwere Entzündung

Morbus Crohn:

Risiko auch erhöht, genaues Risiko ist umstritten.

Dysplasie

Keine Dysplasie

Indefinite

Low grade

High grade

Surveillance Endoskopie

- 8 Jahre nach Erstdiagnose
- Jährlich in Patienten mit PSC
- Surveillance gemäss Risikosituation (1, 2, 3, 5 Jahre)

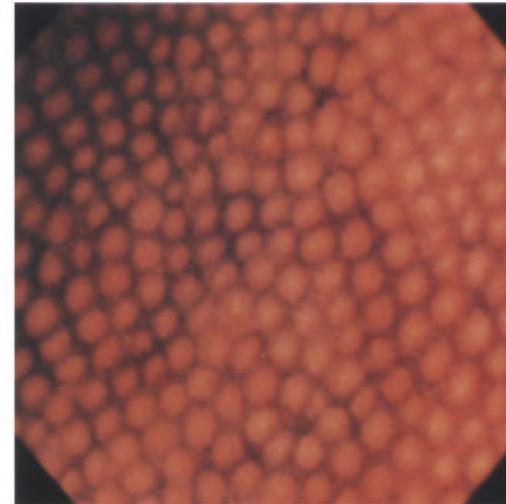
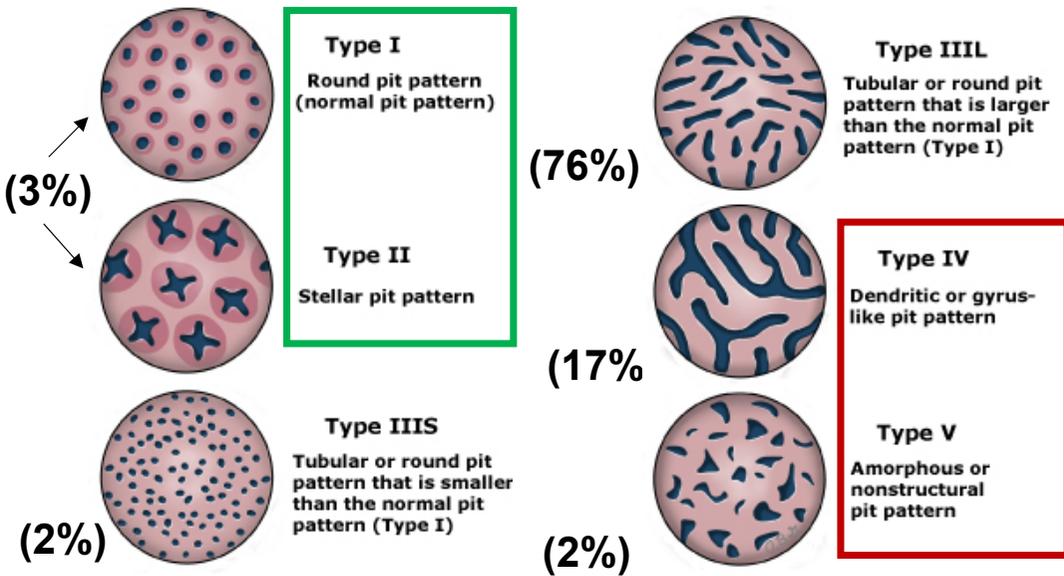
Chromoendoskopie

- Targeted (gezielte) Biopsie (nur sichtbare Läsionen)
- Random Biopsies nur bei Hochrisikosituation
z.B. PSC, vorangegangene Dysplasie

Surveillance-Koloskopie

- 4 Biopsien alle 10 cm
- ≥ 32 Biopsien pro Kolon
- 0.2% Dysplasie pro Koloskopie

Chromoendoskopie – Kudo Klassifikation



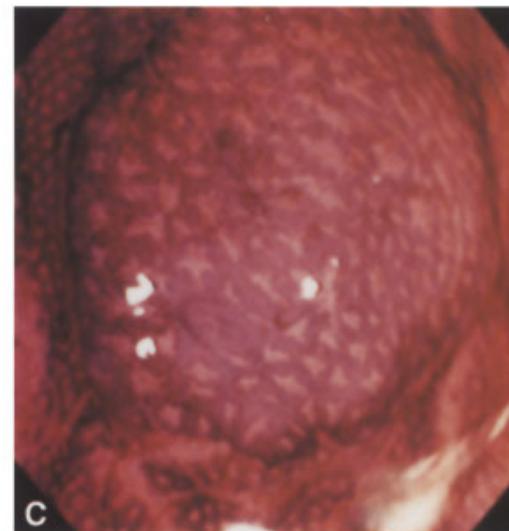
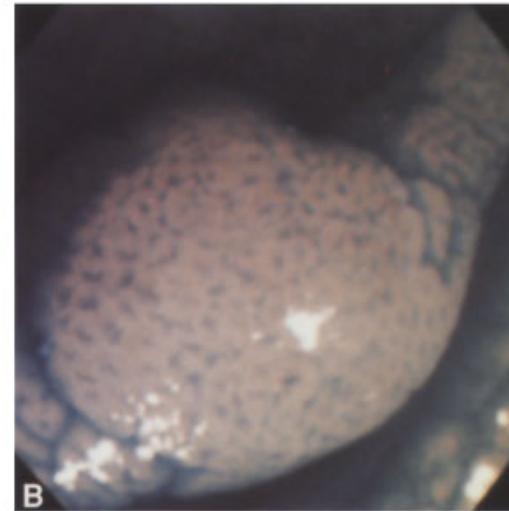
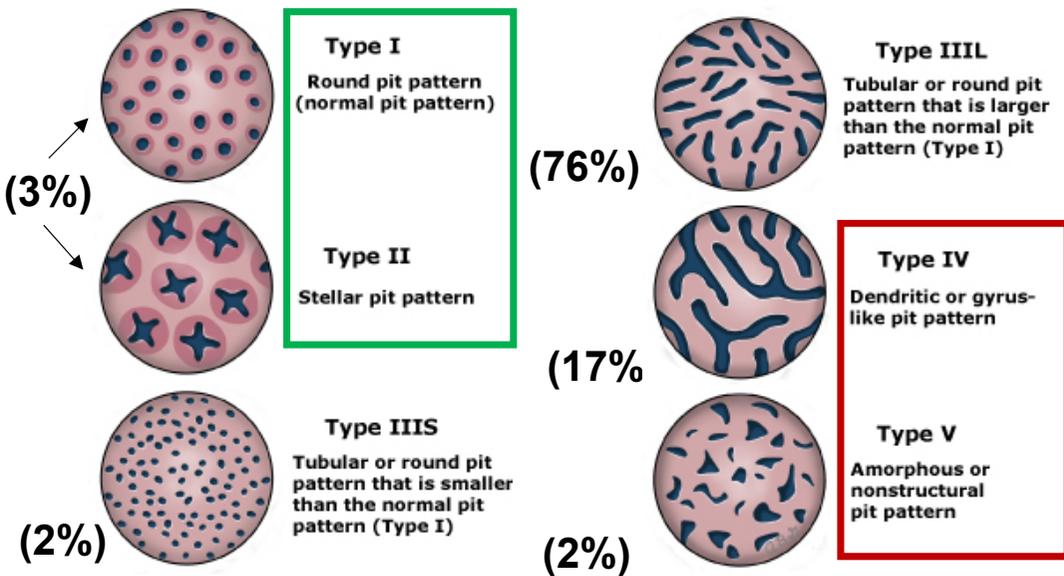
Typ 1:

Adenom: 100%
Villöses Adenom: 0%
Cancer: 0%

	I, II	IIIS	IIIIL	IV	V
Adenom	100%	91%	93%	56%	33%
Villöses Adenom	0%	0%	1%	17%	0%
Cancer	0%	9%	6%	27%	67%

N=1600

Chromoendoskopie – Kudo Klassifikation



Typ II:

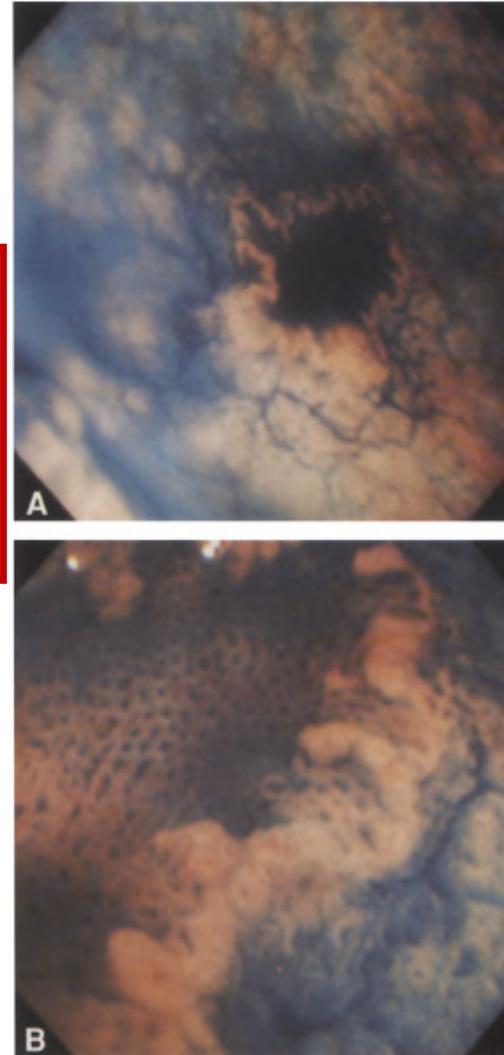
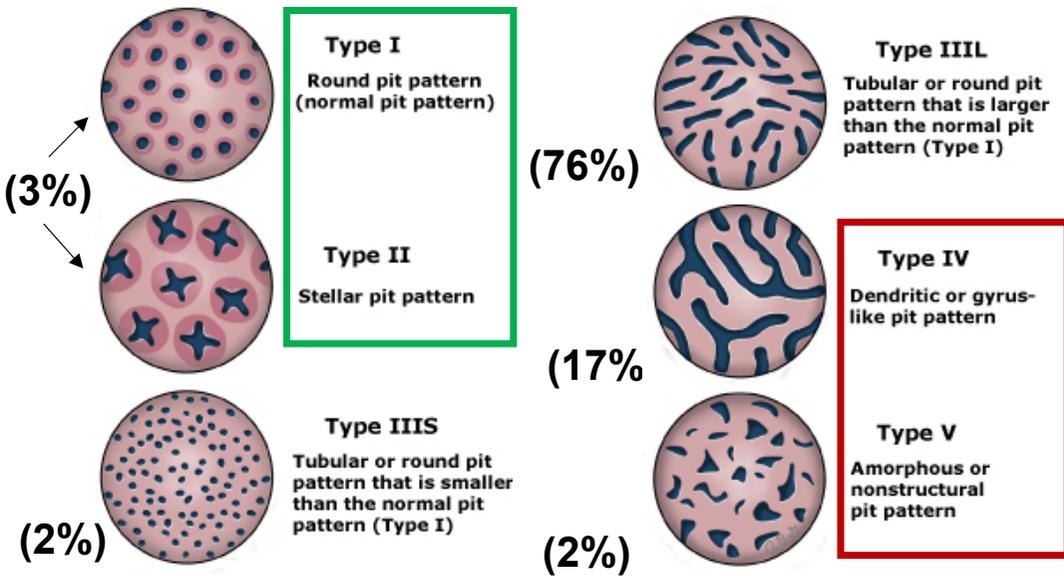
Adenom: 100%
Villöses Adenom: 0%
Cancer: 0%

	I, II	IIIS	IIIL	IV	V
Adenom	100%	91%	93%	56%	33%
Villöses Adenom	0%	0%	1%	17%	0%
Cancer	0%	9%	6%	27%	67%

N=1600

Kudo et al, Gastroint. Endosc 1996; 44:8

Chromoendoskopie – Kudo Klassifikation



Typ III S:

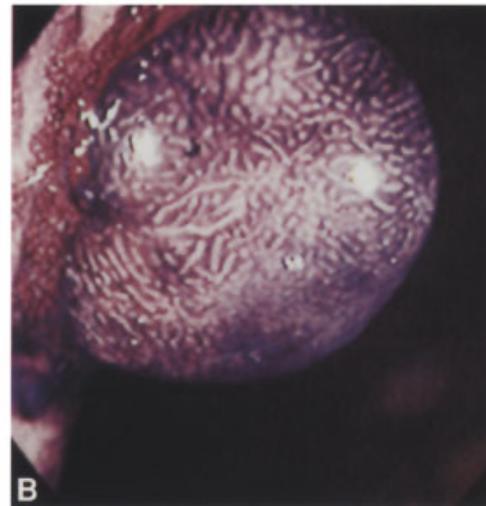
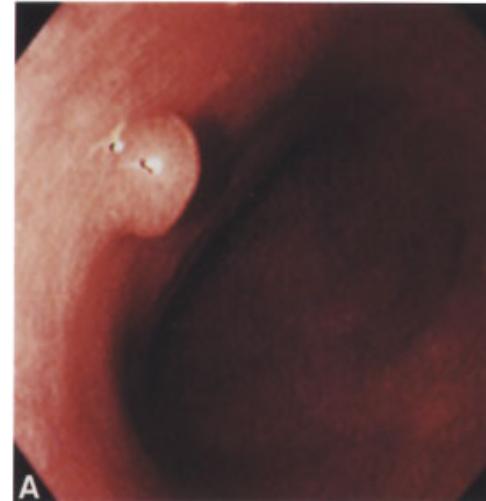
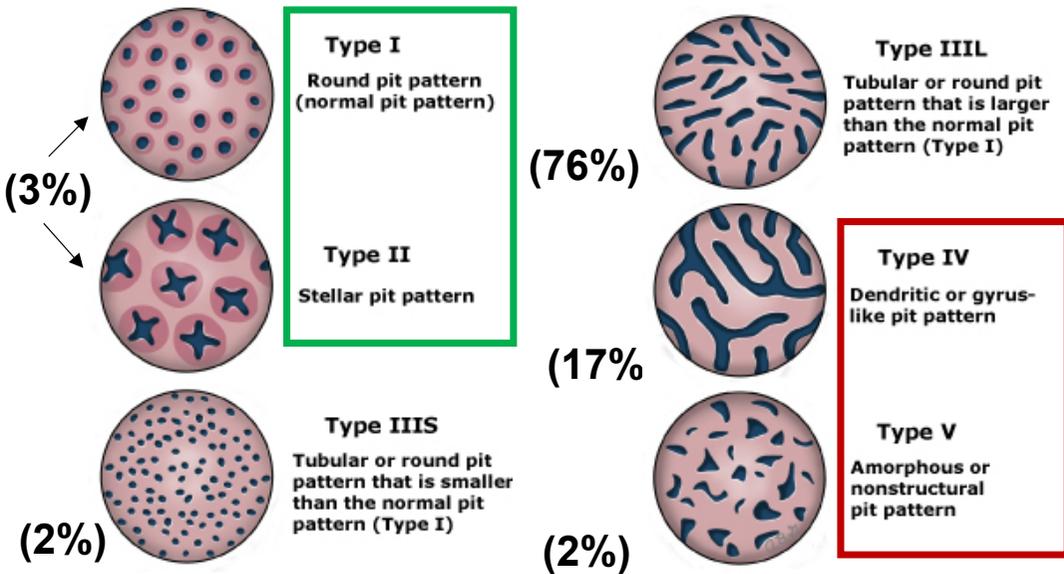
Adenom: 91%
Villöses Adenom: 0%
Cancer: 9%

	I, II	III S	III L	IV	V
Adenom	100%	91%	93%	56%	33%
Villöses Adenom	0%	0%	1%	17%	0%
Cancer	0%	9%	6%	27%	67%

N=1600

Kudo et al, Gastroint. Endosc 1996; 44:8

Chromoendoskopie – Kudo Klassifikation



Typ IIIIL:

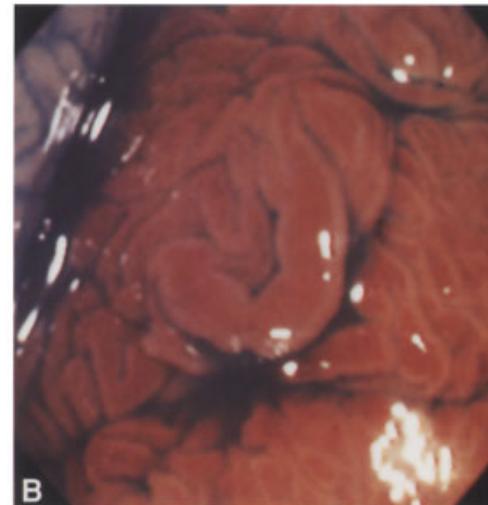
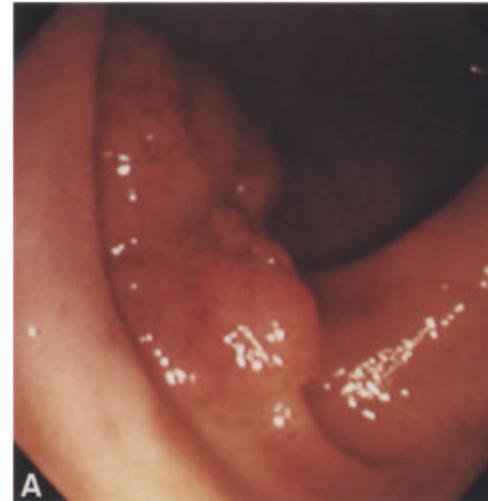
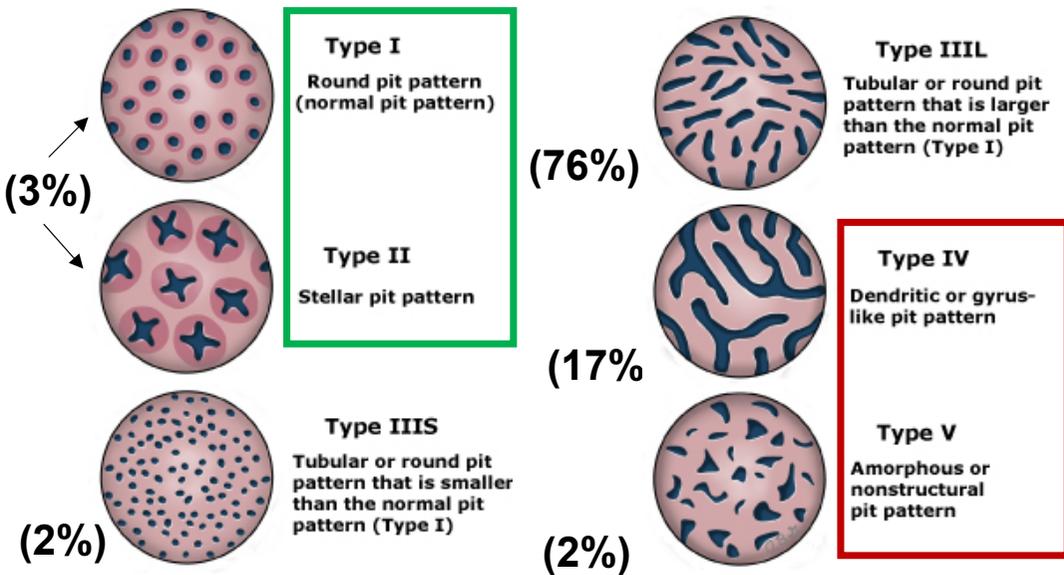
Adenom: 93%
Villöses Adenom: 1%
Cancer: 6%

	I, II	IIIS	IIIIL	IV	V
Adenom	100%	91%	93%	56%	33%
Villöses Adenom	0%	0%	1%	17%	0%
Cancer	0%	9%	6%	27%	67%

N=1600

Kudo et al, Gastroint. Endosc 1996; 44:8

Chromoendoskopie – Kudo Klassifikation



Typ IV:

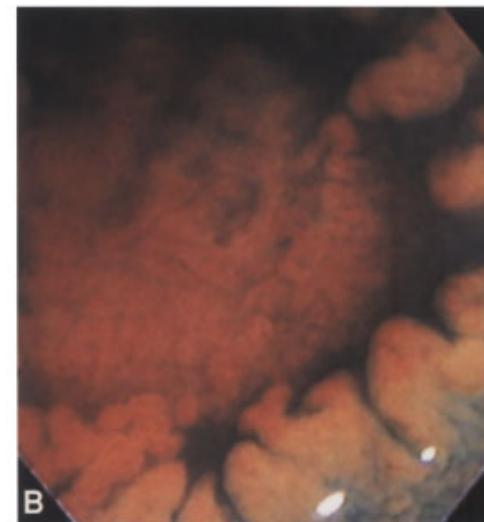
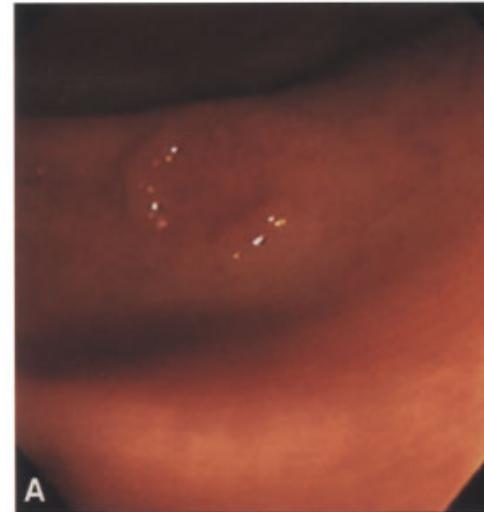
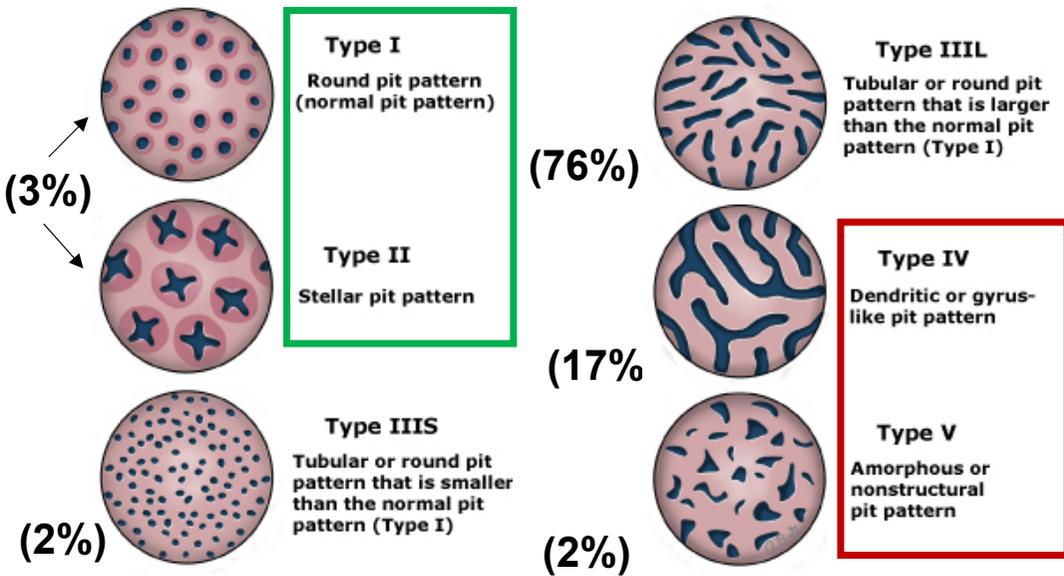
Adenom: 56%
Villöses Adenom: 17%
Cancer: 27%

	I, II	IIIS	IIIL	IV	V
Adenom	100%	91%	93%	56%	33%
Villöses Adenom	0%	0%	1%	17%	0%
Cancer	0%	9%	6%	27%	67%

N=1600

Kudo et al, Gastroint. Endosc 1996; 44:8

Chromoendoskopie – Kudo Klassifikation



Typ V:

Adenom: 33%
Villöses Adenom: 0%
Cancer: 67%

	I, II	IIIS	IIIIL	IV	V
Adenom	100%	91%	93%	56%	33%
Villöses Adenom	0%	0%	1%	17%	0%
Cancer	0%	9%	6%	27%	67%

N=1600

Kudo et al, Gastroint. Endosc 1996; 44:8