

chend ist. Dies gilt unabhängig vom Grad der Dysplasie (niedrig- oder hochgradig) oder der Lokalisation relativ zur Entzündung (innerhalb oder proximal des entzündeten Gebiets). Entscheidend ist, dass die endoskopische Resektion komplett durchgeführt werden kann, die umgebende Schleimhaut dysplasiefrei ist (dies sollte durch Biopsien gesichert werden; ► Abb. 2-13) und keine weiteren Dysplasien vorliegen (dies sollte durch die Chromoendoskopie überprüft werden). Da bei der CU Dysplasien gehäuft multifokal auftreten, setzt eine solche endoskopische Therapie die Zustimmung und Adhärenz des Patienten zu einem intensiven, lebenslangen koloskopischen Überwachungsprogramm voraus. Die Resektion ist gelegentlich durch fehlendes Lifting nach Unterspritzung aufgrund ausgedehnter fibrotischer Vernarbungen der Submucosa technisch erschwert. Sporadische Adenome können auch bei CED konventionell reseziert werden; die Lokalisation bezüglich der Entzündung spielt keine Rolle (Vieth et al. 2006). Bei Karzinomen, nicht resezierbaren Dysplasien, nicht darstellbaren Dysplasien oder bei Patienten, die sich einer intensivierten Überwachung nicht unterziehen wollen, bleibt die Proktokolektomie das Verfahren der Wahl.

Stenosen treten im Krankheitsverlauf des MC häufig auf. Hingegen sind sie bei der CU ausgesprochen selten und sollten immer an ein malignes Geschehen oder die Differenzialdiagnose MC denken lassen. In den vergangenen Jahren stieg die Evidenz, dass beim MC Stenosen mit gutem kurz- und langfristigem Erfolg endoskopisch ballondilatiert werden können (Thienpont et al. 2010), sodass wir den Patienten die endoskopische Dilatation vor einem operativen Verfahren anbieten (► Abb. 2-14). Die Indikation zur Dilatation besteht bei funktionell wirksamer Stenose. Diese liegt i. d. R. vor, wenn die Stenose symptomatisch sowie endoskopisch nicht passierbar ist bzw. wenn eine solche funktionelle Wirksamkeit droht.

Prospektive Studien, welche die Ballondilatation mit der Strikturoplastik oder Resektion vergleichen, sind nicht publiziert; die Langzeitergebnisse scheinen bei weniger Invasivität und Komplikationen für die Endoskopie in Sedierung vergleichbar zu sein. Prädiktoren eines guten Dilatationsergebnisses sind Stenosen an einer Anastomose, gerade, nicht abgeknickte Stenosen, fibrotische Stenosen und kurzstreckige (<4 cm) Stenosen. Die Stenosenlänge wird durch die MRT



Abb. 2-13 Chromoendoskopisch detektierte kleine Läsion, die bereits zur Resektion unterspritzt ist (a). Nach Resektion wird die umgebende Schleimhaut biopsiert (b). Histologisch niedriggradige intraepitheliale Neoplasie, komplett reseziert.

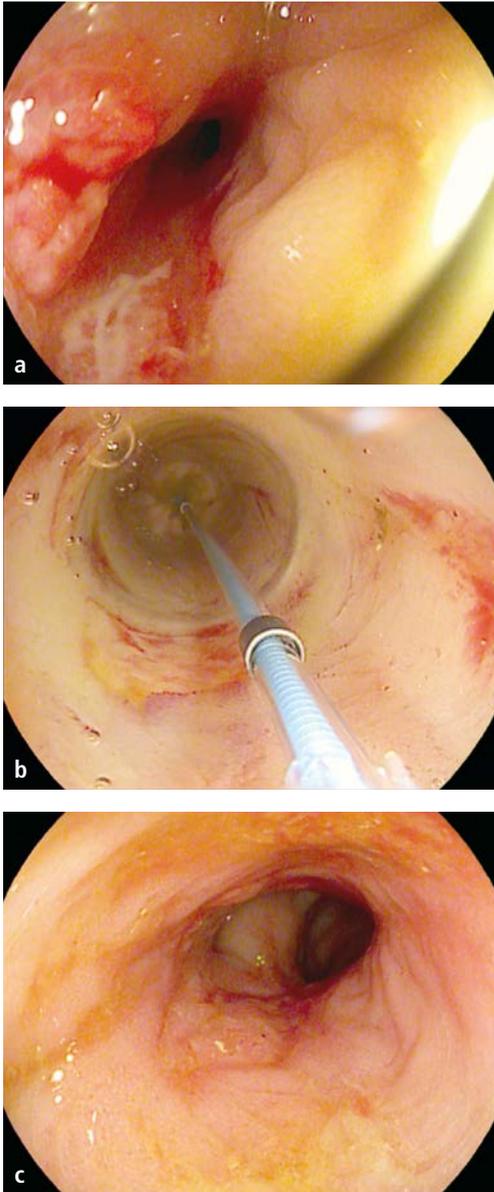


Abb. 2-14 Crohn-assoziierte, nicht passierbare, symptomatische Stenose vor (a), während (b) und nach (c) der Ballondilatation. Der Durchblick durch den Ballon erlaubt eine kontrollierte gestufte Aufweitung und zeigt das fibrotisch ringförmig eingengte Lumen durch die Schleimhautabbläsung. Nach der Dilatation findet sich typischerweise dort ein leicht blutig belegter Schleimhauteinriss (hier bei 7 Uhr), die Stenose war nach Dilatation gut mit dem Koloskop passierbar.

häufig überschätzt, sodass sich im Zweifelsfall die Darstellung mit Kontrastmittel unter Durchleuchtung und in Dilatationsbereitschaft empfiehlt.

Die Komplikationsrate liegt bei ca. 2%; aufgeklärt werden sollte v. a. über das Blutungs- und Perforationsrisiko. Letzteres lässt sich minimieren durch gestufte Dilatation, ggf. in mehreren Sitzungen, Begrenzung des maximalen Ballondurchmessers auf 15–18 mm bei Dünndarmstenosen und Zurückhaltung bei tiefen Ulzerationen und hochaktiver Entzündung innerhalb der Stenose. Häufig sind wiederholte Sitzungen erforderlich. Die zusätzliche Injektion von Steroiden oder Infliximab in die Stenose wird diskutiert; die Datenlage ist jedoch für eine Empfehlung nicht ausreichend. Ballondilatationen lassen sich im gesamten GI-Trakt und auch im Pouch sicher durchführen. Analkanalstenosen, die beim MC entsprechend dem Befallsmuster ebenfalls gehäuft auftreten, können gut mit Hegarstiften bougiert werden, nach Erlernung der einfachen Technik auch durch den Patienten selbst.

Fazit für die Praxis

Die Endoskopie nimmt im Zusammenspiel der diagnostischen und therapeutischen Verfahren bei den CED einen zentralen Stellenwert ein. Sie sichert die Diagnose bei Erstmanifestation durch Visualisierung der mucosalen Veränderungen und durch Biopsie die Diagnose bei Erstmanifestation. Im Verlauf unterstützt sie die Abschätzung des Therapieansprechens und erleichtert die Therapieplanung. Hier ergeben sich durch endomikroskopische Verfahren interessante neuartige Ansätze zur Abschätzung des Schubrisikos (Kiesslich et al. 2012) und zur Prädiktion des Ansprechens auf eine Biologika-Therapie (Atreya et al. 2014). Neue hochauflösende Endoskope erlauben zusammen mit der Chromoendoskopie eine Optimierung der Überwachung auf Colitis-assoziierte Neopla-