

Pareto

Gastrointestinales System

Bearbeitet von
Hans-Jürgen Brambs

1. Auflage 2007. Buch. 272 S.
ISBN 978 3 13 137191 1
Format (B x L): 12,5 x 19 cm

[Weitere Fachgebiete > Medizin > Klinische und Innere Medizin > Gastroenterologie, Proktologie](#)

Zu [Inhaltsverzeichnis](#)

schnell und portofrei erhältlich bei


DIE FACHBUCHHANDLUNG

Die Online-Fachbuchhandlung beek-shop.de ist spezialisiert auf Fachbücher, insbesondere Recht, Steuern und Wirtschaft. Im Sortiment finden Sie alle Medien (Bücher, Zeitschriften, CDs, eBooks, etc.) aller Verlage. Ergänzt wird das Programm durch Services wie Neuerscheinungsdienst oder Zusammenstellungen von Büchern zu Sonderpreisen. Der Shop führt mehr als 8 Millionen Produkte.

Kurzdefinition

Wandüberschreitende chronisch entzündliche Darmerkrankung.

► Epidemiologie

Manifestation meist im Alter von 15–30 Jahren • Gering häufiger beim weiblichen Geschlecht • Inzidenz regional sehr unterschiedlich • In Europa und USA leichtes Nord-Süd-Gefälle.

► Ätiologie/Pathophysiologie/Pathogenese

Genetische Disposition mit veränderter Immunantwort auf bestimmte Keime oder unbekannte Stimuli • Diskontinuierliche Ausbreitung der Entzündung vom terminalen Ileum in Richtung Rektum • Transmurale Entzündungsausbreitung mit Fisteln zu benachbarten Darmschlingen, aber auch ins Weichteilgewebe und die Gelenke • Interenterische Abszesse.

Zeichen der Bildgebung

► Methode der Wahl

Endoskopie • Sonographie • MR-Enteroklysma

► Pathognomonische Befunde

Verdickte Darmwand (in distendiertem Zustand: Dünndarm >2 mm, Dickdarm >3 mm) • Starke KM-Aufnahme in der aktiven Phase • Pflastersteinrelief • Verlust der Haustrierung • Fibrös-fettige Proliferation („creeping fat sign“) • Wechsel von gesunden und befallenen Darmsegmenten („skip lesions“) • Vergrößerte Lymphknoten. Komplikationen: Strikturen • Abszesse • Fisteln.

► Endoskopie

Befund je nach Schweregrad • Aphtöse Erosionen • Ulzerationen in gesunder Schleimhaut • Längs- und quergestellte Ulzerationen (Pflastersteinrelief) • Stenosen • Fisteln.

► Sonographie-Befund

Wichtig zur Primärdiagnostik • Verdickte Darmwand, die im floriden Stadium sehr stark durchblutet ist (Farbdoppler und Verwendung von Sonographie-KM) • Verminderte Peristaltik der verdickten Darmabschnitte • Stenosen sind gut nachweisbar.

► MRT-Befund

Verdickung der Darmwand ist im aktiven Stadium stärker ausgeprägt • Teils betonte Schichtung • KM-Aufnahme in die Darmwand und die entzündete Umgebung • In fettunterdrückten T2w Aufnahmen gute Darstellung der akuten Entzündung (Ödem) • Dabei hyperintense Darmwand und Umgebung • Sehr gute Darstellung von Strikturen, Fisteln und Abszessen.

► Enteroklysma

Schleimhautunregelmäßigkeiten bei Ulzerationen bis zum Pflastersteinrelief • Fisteln • Strikturen • Verliert zunehmend an Bedeutung gegenüber MRT und CT.

Abb. 85 Morbus Crohn. Ausschnitt aus einem Enteroklysma. Nebeneinander von normalen und entzündlich veränderten Darmschlingen mit Pflastersteinrelief durch längs- und quergestellte Ulzerationen.



► CT-Befund

In der floriden Entzündungsphase verdickte Darmwand mit kräftiger KM-Aufnahme • Gute Beurteilung der Komplikationen • Etwas aussagekräftiger als MR-Enteroklysma • Wegen der relativ hohen Strahlenbelastung bei den meist jungen Patienten mit Zurückhaltung einzusetzen.

► Kolonkontrasteinlauf

Spielt praktisch keine Rolle mehr.

► Abdomenübersicht

Zum Nachweis eines toxischen Megakolons.

► Endokapsel

Zum Nachweis diskreter Veränderungen im Dünndarm mit gutem Erfolg eingesetzt • Vorher Ausschluss von Darmstenosen!

Klinik

► Typische Präsentation

Bauchschmerzen • Durchfall • Fieber • Gewichtsverlust • Zeichen einer Mangelernährung • Bei Kolonbefall Darmblutungen • Analfisteln.

Extraintestinale Manifestationen: Arthritis • Iridozyklitis • Aphtöse Stomatitis • Erythema nodosum • Cholelithiasis • Nephrolithiasis • PSC • Ankylosierende Spondylarthritis.

► Therapeutische Optionen

Prednison und 5-ASA • Infliximab • Bei Komplikationen wie Strikturen, Fistel und Abszessen Operation (80% der Crohn-Patienten werden im Verlauf ihrer Erkrankung mindestens einmal operiert).

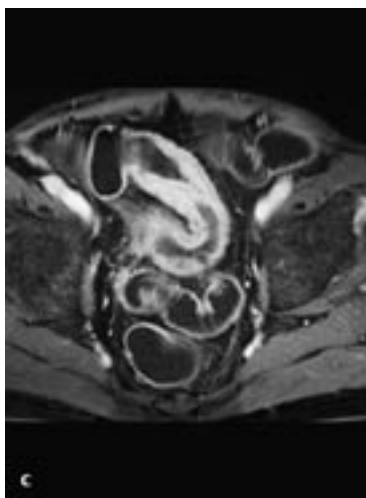
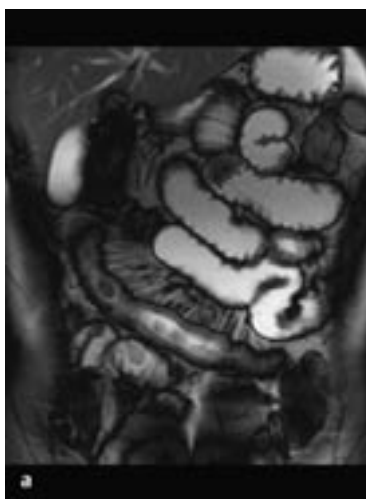


Abb. 86 a–c Morbus Crohn. MR-Enteroklysma. In der T2w (a) und T1w (b) Sequenz in koronarer Schnitfführung gute Darstellung der langstreckigen Verdickung der Dünndarmwand. Nach i. v. KM-Gabe (c) sehr intensive Anreicherung in der verdickten Wand einer terminalen Ileumschlinge bei florider Entzündung.

► Verlauf und Prognose

Sehr variabler klinischer Verlauf • Im Einzelfall nicht vorhersehbar • Im 1. Jahr hohes kumulatives Rezidivrisiko von 50% • Bei Kolonbefall erhöhtes Risiko für Kolonkarzinom.

► Was will der Kliniker von mir wissen?

Abgrenzung zu anderen entzündlichen oder tumorösen Erkrankungen des Darms • Schweregrad • Aktivität • Komplikationen.

Differenzialdiagnose

<i>Colitis ulcerosa</i>	<ul style="list-style-type: none"> – kein Dünndarmbefall – nur Schleimhaut betroffen – keine Fisteln oder Abszesse – Ausbreitung vom Rektum zum Zäkum
<i>ischämische Kolitis</i>	<ul style="list-style-type: none"> – ältere Patienten – Gefäßveränderungen – verminderte Wandperfusion
<i>infektiöse Enteritis</i>	<ul style="list-style-type: none"> – kurze Anamnese – meist lebhaftere Peristaltik in den befallenen Abschnitten
<i>medikamentöse Schädigung (NSAR)</i>	<ul style="list-style-type: none"> – sehr kurzstreckige Strikturen – nicht im terminalen Ileum betont
<i>Lymphom</i>	<ul style="list-style-type: none"> – im Bereich der verdickten Wandabschnitte ist das Lumen häufig weiter (Schleimhautnekrosen) – große mesenteriale Lymphknoten
<i>Morbus Behçet</i>	<ul style="list-style-type: none"> – nicht zu unterscheiden

Typische Fehler

Kollabierte Darmschlingen können eine Wandverdickung vortäuschen • MR- oder CT-Enteroklysma bei frühen und leichten Formen (sind nur bei fortgeschrittenen Formen mit hoher Wahrscheinlichkeit einer Komplikation wie Fistel, Abszess, Striktur indiziert).

Ausgewählte Literatur

- Furukawa A et al. Cross-sectional imaging in Crohn disease. *RadioGraphics* 2004; 24: 689–702
- Sturm EJC et al. Detection of ileocecal Crohn's disease using ultrasound as the primary imaging modality. *Eur Radiol* 2004; 14: 778–782
- Umschaden HW et al. Small bowel disease: comparison of MR enteroclysis images with conventional enteroclysis and surgical findings. *Radiology* 2000; 215: 717–725