



A. Madisch (Hannover)  
S. Miehleke (Hamburg)  
A. Münch (Linköping)

# Mikroskopische Kolitis

**Sicher erkennen und  
effektiv therapieren**

Die **mikroskopische Kolitis** ist eine erst in den letzten Jahren breiter bekannt gewordene chronisch entzündliche Darmerkrankung.

Auch wegen der Ähnlichkeit zum Reizdarmsyndrom wird die **mikroskopische Kolitis** noch zu selten diagnostiziert.

Bei anhaltenden (> 4 Wochen), wässrigen Durchfällen sollte immer an eine **mikroskopische Kolitis** gedacht werden. Häufig sind Frauen über 50 Jahre betroffen.

Die Diagnose kann nur per Darmspiegelung und Biopsien mit histopathologischer Untersuchung gestellt werden. Die Erkrankung weist einen gutartigen Verlauf auf, führt aber zu einer erheblichen Einschränkung der Lebensqualität.

Einmal erkannt, lässt sich die **mikroskopische Kolitis** in den meisten Fällen gut therapieren. Das Medikament der Wahl ist orales Budesonid. Aufgrund des häufig rezidivierenden Verlaufes der Erkrankung ist ein regelmäßiger Arzt-Patienten Kontakt wünschenswert, und nicht selten bedarf es einer Dauertherapie zur Linderung anhaltender Symptome.



**Diese Information soll helfen, die Erkrankung schneller zu erkennen, um den Patienten eine effektive Therapie anbieten zu können.**

# Mikroskopische Kolitis



## Definition und Epidemiologie

Die *mikroskopische Kolitis* ist eine chronisch entzündliche Darmerkrankung mit dem Leitsymptom wässrige Diarrhö und mit meist chronisch-rezidivierendem Verlauf. Je nach histologischem Erscheinungsbild unterscheidet man **kollagene** und **lymphozytäre** Kolitis. Die zunehmende Häufigkeit der Erkrankung wird nicht nur mit einer verbesserten Diagnostik, sondern auch mit einem vermehrten Auftreten erklärt. Die Ursache der *mikroskopischen Kolitis* ist noch ungeklärt. Die Häufigkeit entspricht altersabhängig der von Morbus Crohn und Colitis ulcerosa.

## Wann sollte an eine **mikroskopische Kolitis** gedacht werden?

Das klinische Bild der *mikroskopischen Kolitis* ist gekennzeichnet durch eine chronisch wässrige Diarrhö (häufig auch nachts), zuweilen verbunden mit krampfartigen abdominellen Schmerzen und Gewichtsverlust. Die wässrige Konsistenz der Stühle kann eine fäkale Inkontinenz zur Folge haben. Diese Beschwerden führen zu einer deutlichen Einschränkung der Lebensqualität. Die *mikroskopische Kolitis* tritt häufig in einem Alter über 50 Jahre auf, kann aber auch bei jüngeren Patienten und in seltenen Fällen sogar bei Kindern vorkommen. Dabei dominiert das weibliche Geschlecht.

Trotz der typischen klinischen Symptomatik kann die Diagnose nicht allein aus der Symptomatologie abgeleitet werden. Neben den vielfältigen Differentialdiagnosen bei chronischer Diarrhö ist die wichtigste Differentialdiagnose bei ähnlicher Symptomatik das diarrhö-dominante Reizdarmsyndrom.

Beim Reizdarmsyndrom ist es aber gemäß den ROME III - Kriterien zwingend erforderlich, dass chronische Bauchschmerzen vorherrschen, die bei der *mikroskopischen Kolitis* aber nur in etwa der Hälfte der Fälle als Begleitsymptom vorkommen.



## **Wie wird die Diagnose mikroskopische Kolitis gestellt?**

Bei Patienten mit chronischer Diarrhö (länger als 4 Wochen) ist die hohe Koloskopie eine zwingende Untersuchung zur Diagnosesicherung, aber auch zur Differentialdiagnose anderer entzündlicher Darmerkrankungen oder Malignome. Der Befund bei der Darmspiegelung ist bei *mikroskopischer Kolitis* typischerweise unauffällig. Die Diagnose wird allein durch die histopathologische Untersuchung von Stufenbiopsien der Kolonschleimhaut gestellt.

Die kollagene Kolitis ist durch eine subepitheliale Kollagenbandverdickung auf über 10 µm (Norm 3-5 µm) gekennzeichnet, während die *lymphozytäre* Kolitis eine Erhöhung der intraepithelialen Lymphozyten auf über 20/100 Epithelzellen zeigt.

Das fäkale Calprotectin hat zur Diagnosestellung bei der *mikroskopischen Kolitis* keinen Stellenwert.

## **Medikamentöse Therapie der mikroskopischen Kolitis**

Überzeugende Daten liegen nur für orales Budesonid vor. In den letzten Jahren wurden weltweit drei plazebokontrollierte Studien durchgeführt, die die Wirksamkeit von 9 mg Budesonid pro Tag bei Patienten mit akuter *kollagener Kolitis* untersuchten. Die Ansprechrates liegen bei ca. 80 %.

Nach einer Cochrane-Analyse zur *kollagenen Kolitis* profitiert jeder 2. Patient (NNT = 2) von einer Therapie mit Budesonid, was die hohe Effektivität der Substanz zeigt. Zwei aktuelle Studien zeigen zusätzlich, dass Budesonid in einer Dosis von 6 mg pro Tag auch in der Remissionserhaltung der *kollagenen Kolitis* effektiv ist.

Budenofalk® 3mg Kapseln und Budenofalk® Uno 9mg sind weltweit als einzige Präparate zur Therapie der kollagenen Kolitis zugelassen. Die Therapie der *lymphozytären* Kolitis mit Budesonid ist vergleichbar effektiv, eine offizielle Zulassung liegt jedoch noch nicht vor.

Bei anhaltender Symptomatologie trotz Behandlung mit Budesonid bedarf es einer fachärztlichen Abklärung.

## Checkliste

### Wann sollte man an eine mikroskopische Kolitis denken?

- Intermittierende oder anhaltende, auch nächtliche wässrige Diarrhö über mehrere Wochen (Stuhlfrequenz  $\geq 3/\text{Tag}$ )
- Häufig im Alter über 50 Jahre
- Vorrangig weibliches Geschlecht
- Begleitende abdominelle Schmerzen
- Fäkale Inkontinenzbeschwerden
- Raucher
- Begleitmedikamente (PPI (Lanzoprazol), SSRI (Sertralin), NSAR, Acarbose, Ranitidin und Ticlopidin)
- Gleichzeitig andere autoimmune Erkrankungen (Rheuma, Schilddrüsenerkrankung, Diabetes, Zöliakie)

Eine weitere diagnostische Abklärung mit Darmspiegelung und Entnahme von Biopsien im gesamten Kolon zur histopathologischen Beurteilung ist zur Diagnosesicherung oder zum Ausschluss einer *mikroskopischen Kolitis* nötig.

### Differentialdiagnose Reizdarmsyndrom – Mikroskopische Kolitis

|  | Reizdarmsyndrom                   | Mikroskopische Kolitis    |
|--|-----------------------------------|---------------------------|
| <b>Erstmaliges Auftreten der Erkrankung</b>      | häufig jünger als 50 Jahre        | häufig älter als 50 Jahre |
| <b>Stuhlkonsistenz</b>                           | weich – <b>wechselhaft</b> – hart | wässrig/weich             |
| <b>Bauchschmerzen/ abdominelles Unbehagen</b>    | obligatorisch                     | variabel                  |
| <b>Nächtliche Durchfälle</b>                     | sehr selten                       | möglich                   |
| <b>Gefühl der unvollständigen Darmentleerung</b> | häufig                            | nein                      |
| <b>Gewichtsverlust</b>                           | selten                            | häufig                    |
| <b>Fäkale Inkontinenz</b>                        | selten                            | häufig                    |
| <b>Völlegefühl</b>                               | häufig                            | selten                    |
| <b>Autoimmune Begleiterkrankung</b>              | nein                              | ja                        |

## **Mikroskopische Kolitis jetzt auch unter dem Dach der DCCV**

**Deutsche Morbus Crohn/Colitis ulcerosa Vereinigung - DCCV - e.V. Beratung und Information, Sozialrechtsschutz und Interessenvertretung, auch für Menschen mit mikroskopischen Kolitiden**

Die DCCV ist mit 20.000 Mitgliedern die bundesweite Selbsthilfeorganisation und Interessensvertretung für Betroffene mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen. Neben den Menschen mit Morbus Crohn und Colitis ulcerosa ist die DCCV seit 2008 ausdrücklich auch für an **mikroskopischen Kolitiden, kollagener oder lymphozytärer Kolitis**, Erkrankte offen und für Betroffene mit einer primär sklerosierenden Cholangitis (PSC).

Der Verband unterstützt als starke Solidargemeinschaft Betroffene durch umfassende Informationen und Beratung bei der Bewältigung des Lebens mit einer chronischen Erkrankung, vertritt ihre Interessen in Politik und Öffentlichkeit und betreibt eine eigene Forschungsförderung. Wenn Sie Fragen zu mikroskopischen Kolitiden oder zur DCCV haben, freuen wir uns auf Ihre Nachricht.

### **Kontakt, Mitgliedschaft und weitere Informationen:**

Deutsche Morbus Crohn/Colitis ulcerosa Vereinigung - DCCV - e.V.  
Bundesgeschäftsstelle

Inselstraße 1  
10179 Berlin

Telefon: (030) 2 00 03 92-0

Telefax: (030) 2 00 03 92-87

E-Mail: [info@dccv.de](mailto:info@dccv.de)

Internet: [www.dccv.de](http://www.dccv.de)

### **Die Autoren dieser Information**

#### **PD Dr. Ahmed Madisch**

Innere Medizin I  
Krankenhaus Siloah  
Klinikum Region Hannover  
Roesebeckstr. 15  
30449 Hannover  
[ahmed.madisch@krh.eu](mailto:ahmed.madisch@krh.eu)

#### **Prof. Dr. Stephan Miehleke**

Magen-Darm-Zentrum  
IKE-Internistische Kooperation  
Eppendorf  
Eppendorfer Landstr. 42  
20249 Hamburg  
[prof.miehleke@mdz-hamburg.de](mailto:prof.miehleke@mdz-hamburg.de)

#### **Dr. Andreas Münch**

Linköping University Hospital  
Department of Medicine  
Division of Gastroenterology  
581 85 Linköping  
Schweden  
[andreas.munch@lio.se](mailto:andreas.munch@lio.se)