



ÖGGGH

Österreichische
Gesellschaft für
Gastroenterologie
und Hepatologie

Mikroskopische Colitis

(Kollagene Colitis; Lymphozytäre Colitis)

Wissenswertes in Kürze

Erstellt durch:

Madl C, Gschwantler M, Langner C, Miehlke S, Adolph T, Gröchenig HP, Mayer A, Millonig G, Peters PG, Wenzl H

Stand 07/2021; Arbeitsgruppe Infektiologie und Microbiom

Mikroskopische Colitis (MC)

- **Definition:**

Chronische inflammatorische Erkrankung des Dickdarmes mit

- 1. chronischer, wässriger, nicht blutiger Diarrhoe
- 2. makroskopisch weitgehend unauffälligem Koloskopie-Befund
- 3. typischen histologischen Veränderungen

- **2 Subtypen:**

Kollagene Colitis; Lymphozytäre Colitis

- **Epidemiologie:**

Mittlere Inzidenz 11,4/100.000 EW; Prävalenz 119/100.000 EW mit starken regionalen Schwankungen

- **Ätiologie/Pathogenese:**

unklar; multifaktoriell (exogene Faktoren; unspezifische Dysregulation des Mikrobioms; genetische Prädisposition, etc...)

- **Symptomatik:**

chronische oder rezurrenente, milde bis schwere wässrige, nicht-blutige Diarrhoe; meist seit mehreren Wochen oder Monaten bestehend, oft auch nächtliche Diarrhoe (20-60%) , unspezifische abdominelle Schmerzen (in 30-40%), milder Gewichtsverlust, imperativer Stuhldrang und u.U. Stuhlinkontinenz, reduzierte Lebensqualität

- **Differentialdiagnose:**

gesamtes Spektrum an Diarrhoe-assoziierten Darmerkrankungen (vor allem infektiöse Colitis, CED, Reizdarmsyndrom, Zöliakie, Medikamenten-assoziierte Diarrhoe, Gallensäuremalabsorption, Laxantienabusus, etc...)

Diagnose der mikroskopischen Colitis

- **Endoskopisch**

- Makroskopisch weitgehend unauffällig; in bis zu 40% zeigen sich jedoch unspezifische, diskrete endoskopische Veränderungen (z.B. betreffend das Gefäßmuster: Erythem, Vulnerabilität, Hypervaskularität)
- Biopsate sind mindestens aus dem rechten und linken Colon zu entnehmen

- **Histologisch**

- Normale Kryptenarchitektur
- Transmukosale Vermehrung mononukleärer Entzündungszellen
- **Lymphozytäre Colitis:** Mehr als 20 intraepitheliale Lymphozyten (IEL) auf 100 Epithelzellen (inkomplette lymphozytäre Colitis: 10 bis 20 IEL auf 100 Epithelzellen)
- **Kollagene Colitis:** Verdickung des subepithelialen Kollagenbandes auf $>10\mu\text{m}$ (inkomplette kollagene Colitis: 5-10 μm)

Mikroskopische Colitis: Assoziierte Faktoren/Risikofaktoren

- **Allgemeine Faktoren:**

- höheres Alter (mittleres Alter bei Diagnose 60 Jahre; allerdings 25% der Patienten mit MC jünger als 45 Jahre)
- weibliches Geschlecht (2:1 bis 3:1)
- aktiver bzw. früherer Nikotinkonsum

- **Potentiell auslösende Medikamente:**

- Assoziation mit zahlreichen Medikamenten
- Vor allem bei chronischer oder häufiger Einnahme von PPI, NSAIDS, SSRI, u.U. menopausale Hormontherapie

Therapie der Mikroskopischen Colitis

- **Topische Steroide:**

9mg/d 1x tgl. Budesonid für 6 bis 8 Wochen (Erfolgreiche Remissionsinduktion in 70 bis 100% der Fälle)

- **Ernährungstherapie:**

keine evidenzbasierten Empfehlungen (ausgenommen: Glutenfreie Ernährung hat keinen positiven Effekt)

- **KEINE Indikation** für:

Mesalazin, Prednisolon, Antibiotika, Probiotika

Mikroskopische Colitis

Follow-up und Therapie des Rezidivs

- Nach Ende der initialen Therapie klinische Überprüfung des Therapieerfolges; KEINE Kontrollkoloskopie erforderlich!
- Nach initialer Remission primär Aussetzen der Therapie
- **Therapie des Rezidivs:** wie Initialtherapie Budesonid 9mg/d,
- bei chronisch aktiver Erkrankung: Remissionserhaltende Therapie (Budesonid 3 bis 6mg/d für mindestens 6 bis 12 Monate, Auslassversuch auf individueller Basis)
- Bei Therapieversagen auf Budesonid: Diagnose überprüfen, individuelle Entscheidung u.U. Thiopurine, Anti-TNF (Infliximab, Adalimumab), Vedolizumab in spezialisierten Zentren

Mikroskopische Colitis Therapie-Algorithmus

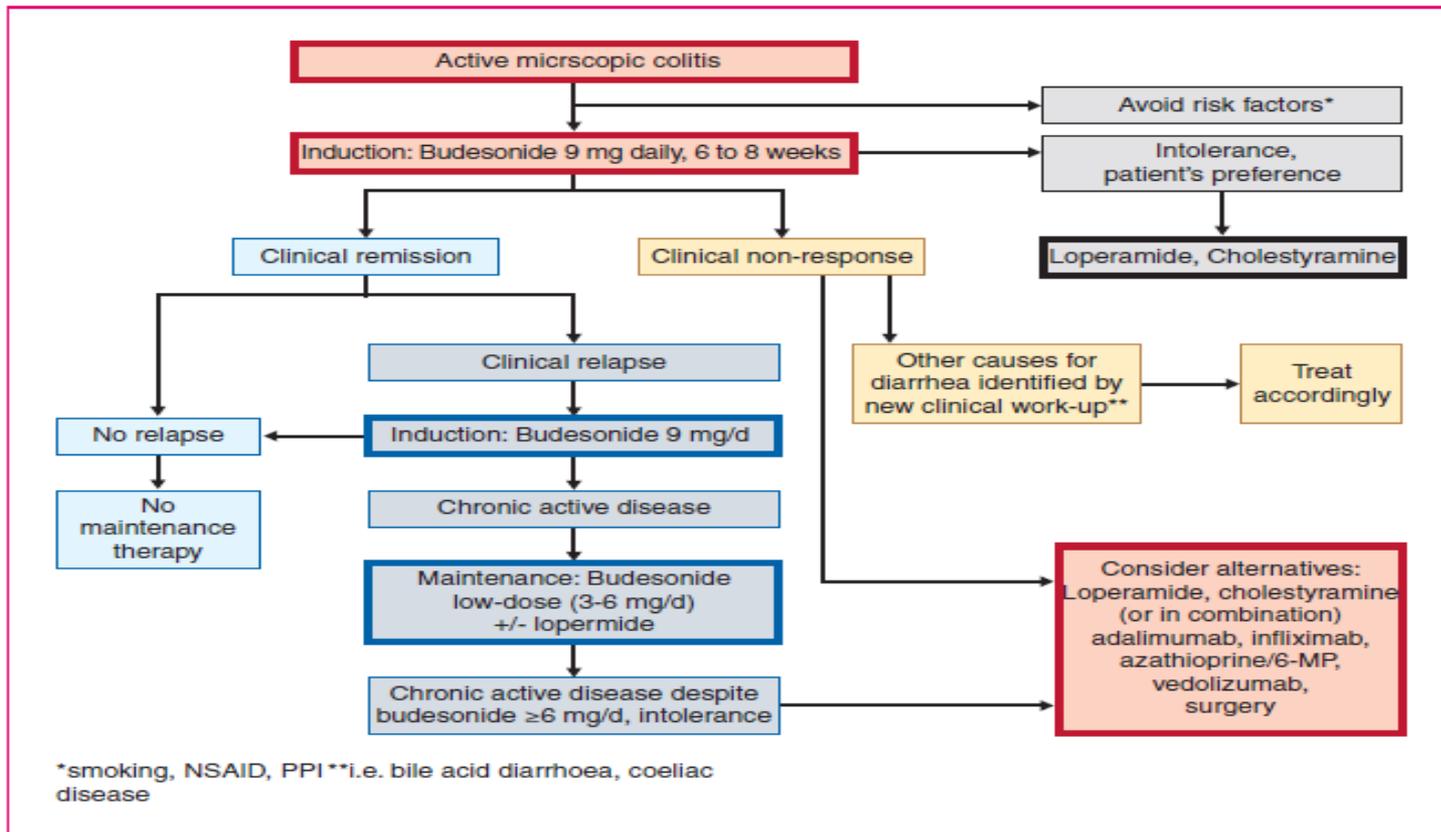


Figure 1. Therapeutic algorithm for microscopic colitis in clinical practice.

*Smoking, NSAID, PPI.

**E.g. bile acid diarrhoea, coeliac disease.