

Endoskopische Befundung bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (beim Erwachsenen)

Wissenswertes in Kürze

Erstellt durch: Christoph Högenauer, Philipp Schreiner

Arbeitsgruppe Chronisch entzündliche Darmerkrankung (CED)

Stand Q2/2026

Mindestinhalte eines Endoskopiebefunds bei CED (1/2)

- Indikation
- Kurze Anamnese inkl. Voroperationen
 - Aktuelle Therapie dokumentieren (individuell)
- Inspektion und Beschreibung der Analregion, rektal-digitale Untersuchung
- Beschreibung der vorliegenden Veränderungen
 - Ausdehnung, Beschreibung der einzelnen Abschnitte
 - Art der Veränderungen (siehe Tabelle Folie 6)
 - Schweregrad
 - Bilddokumentation
- Dokumentation der Biopsieentnahme
- Makroskopische Diagnose oder Verdachtsdiagnose
- Prozedere beziehungsweise Therapieempfehlung (individuell)

Mindestinhalte eines Endoskopiebefunds bei CED (2/2)

- Beschreibung von Interventionen
- Qualitätsstandards wie bei anderen Koloskopien
 - Qualität der Vorbereitung (Boston Bowel Preparation Scale)
 - Sedierung
 - Zökoanale Rückzugzeit
 - Falls durchgeführt:
 - Wurden Hilfsmittel gebraucht (z.B.: Endocuff, Abstandskappe oder AI)
 - Wurde eine Chromoendoskopie durchgeführt (virtuell oder Färbung)
 - Technische Limitationen
 - Komplikationen
 - Kontrollintervall zur nächsten Untersuchung abhängig der histologischen Resultate

Zusätzliche Dokumentation für Koloskopiebefund bei CED

- Bilder: Repräsentative Bilder vom Kolon, zumindest 1 Bild des terminalen Ileums, der Ileozökalklappe, des Rektums und des Analkanals (fakultativ mittels Rektoskop bei Morbus Crohn)
- Dokumentation der Biopsien: zumindest von 5 Bereichen des Kolons (inklusive Rektum) und zusätzlich des Ileums; auch aus nicht befallener Schleimhaut; ≥ 2 Biopsien pro Region
- Die Beschreiben der vorhandenen Veränderungen (Rötung, Erosionen, Ulzerationen, etc.) pro Segment ist wichtiger als endoskopische Scores
- Optional Aktivitätsscores:
 - Morbus Crohn: SES-CD*
 - Colitis ulcerosa: Mayo Endoscopic Score* bzw. Ulcerative Colitis Endoscopic Index of Severity (UCEIS)
- Neoplastische Läsionen: Modified Paris Klassifikation* und Beschreibung der Läsion (Five S Features)*

* siehe Seite 7-9

Zusätzliche Dokumentation für Koloskopiebefund bei CED

Morbus Crohn (Ileokolonischen Resektionen)

- Zeit der Operation (erste Endoskopie 6-12 Monate nach Ileozökalresektion planen)
- Art der Anastomose soweit bekannt (Seit-zu-Seit, Kono-S, etc.)
- Fotodokumentation zumindest des neoterminalen Ileums (mind. 10cm Intubation), der Anastomose und des Restkolons
- Modifizierten Rutgeert-Score* angeben

Pouchoskopien (Ileoanaler Pouch)

- Grund für Pouch-Op. (refraktäre Erkrankung, höhergradige Dysplasie, Karzinom)
- Art des Pouches (z.B.: J-Pouch)
- Fotodokumentation zumindest des afferenten Schenkels und Pouch body inkl. Staplerlinie

Terminologie der endoskopischen Veränderungen bei CED

Veränderung	Beschreibung
Verlust der Gefäßzeichnung	Verlust des normalen Schleimhautaspekts
Erythem	Abnorme Rötung
Granularität	Retikuläres SH-Netzwerk 0,5-1mm
Verletzlichkeit / Blutung	Kontakt- bzw. Spontanblutung
Erosion	Schleimhautdefekt < 5mm (adaptiert)
Aphte	Erosion mit Halo
Ulcus Größe	5-20mm; > 20mm (adaptiert)
Ulcus Tiefe	flach – kein Rand, tief – bis Muscularis propria
Stenose	Engstelle des Lumens
Postentzündlicher Polyp (Pseudopolyp)	Polyp mit glänzender Oberfläche
Pflastersteinrelief	Schleimhautrelief mit erhabenen Knoten

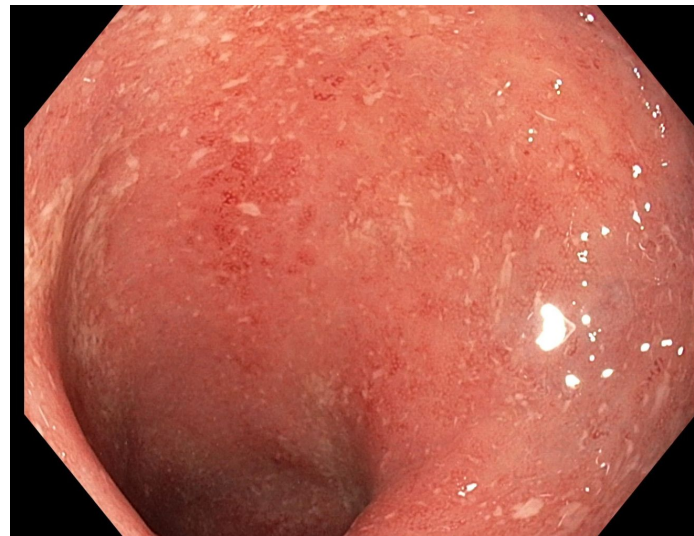
Endoskopischer Mayo Subscore (Colitis ulcerosa)

Mayo endoscopic score (MES)	Veränderungen der Schleimhaut
0	Normal
1	Rötung, abgeschwächte Gefäßzeichnung, Neigung zu leichten Kontaktblutung
2	Deutliche Rötung, fehlende Gefäßzeichnung, Kontaktblutung, Erosionen
3	Spontane Blutung, Ulzerationen

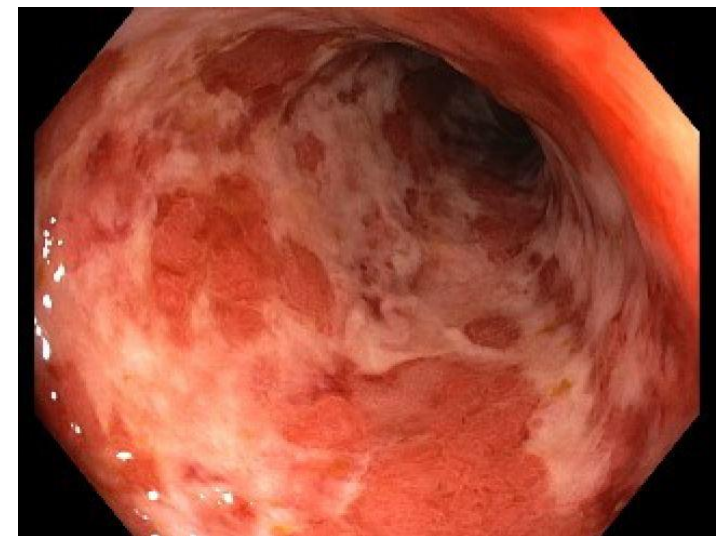
0 bis 3 - höhergradigste Läsion zählt als Score



Mayo 1



Mayo 2



Mayo 3

Simple Endoscopic Score bei Morbus Crohn (SES-CD)

SES-CD	0	1	2	3
Ulzera	Keine	Aphthen (<0,5cm)	Groß (0,5-2,0 cm)	Sehr groß (>2cm)
Ulzerierte Oberfläche	Keine	<10%	10-30%	>30%
Entzündete Oberfläche	Keine	<50%	50-75%	>75%
Engstelle	Keine	Einzelne, mit Endoskop passierbar	Multipel, mit Endoskop passierbar	Nicht passierbar

Lokalisation	Rektum	Linkes Kolon	Kolon transversum	Rechtes Kolon	Terminales Ileum	Gesamt
Größe der Ulzera	0-3	0-3	0-3	0-3	0-3	Gesamt A (max. 15)
Ausmaß der ulzerierten Oberfläche	0-3	0-3	0-3	0-3	0-3	Gesamt B (max. 15)
Ausmaß der entzündeten Oberfläche	0-3	0-3	0-3	0-3	0-3	Gesamt C (max. 15)
Präsenz von Stenosen	0-3	0-3	0-3	0-3	0-3	Gesamt D (max. 15)

Gesamt A + B + C + D (0-2 = Remission, 3-6 = milde, 7-15 moderate, ≥16 schwere endoskopische Aktivität)

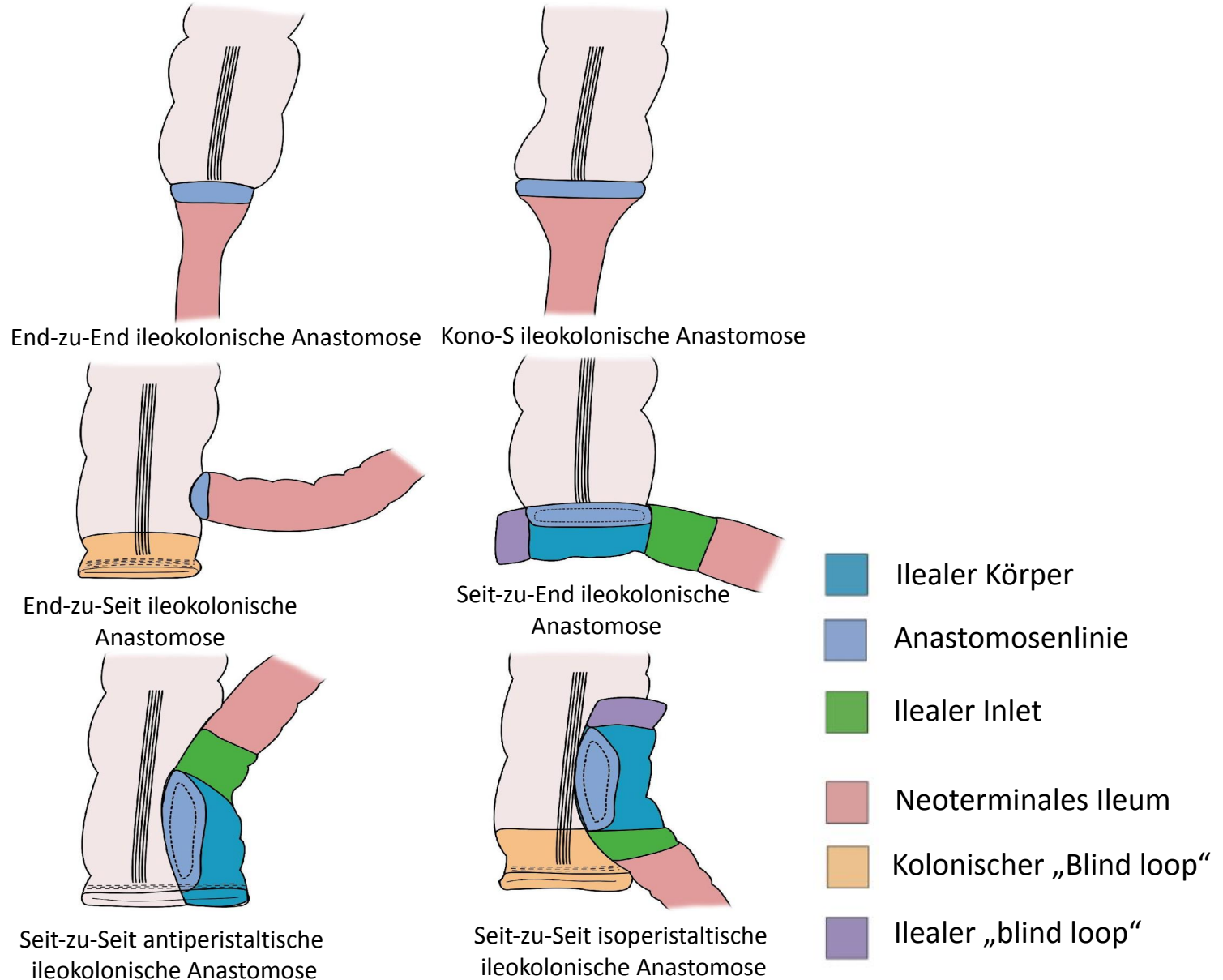
<https://www.e-guide.ecco-ibd.eu/resources/calculator/simple-endoscopic-score-ses-cd>

Nomenklatur von präkanzerösen Läsionen (modified Paris + Five S)

- **Einteilung anhand der endoskopischen Form (modifizierte Paris Klassifikation)**
 - Polypoid
 - Gestielt
 - Sessil
 - Flach
 - erhaben
 - im Schleimhautniveau
 - eingesunken
 - Ulzeriert
 - Unsichtbar
- **„Five S features“: Site, Size, Shape, Surface, Surrounding**
 - „Site“ – Lokalisation (evtl. Tuschemarkierung bei schwer sichtbaren Läsionen)
 - „Size“ – Größe in mm
 - „Shape“ – Form (modifizierte Paris Klassifikation)
 - „Surface“ – Oberfläche (pit pattern)
 - „Surrounding“ – Umgebung (von der Entzündung befallener oder nicht befallener Abschnitt)

Nach ileokolonischen Resektionen: modifizierter Rutgeerts Score

Rutgeerts Score	
i0	Keine Läsionen
i1	<5 aphthoide Läsionen im neoterminalen Ileum, ilealen Inlet oder Körper
i2a	> 5 aphthoide Läsionen oder Ulzerationen begrenzt auf die Anastomose
i2b	> 5 aphthoide Läsionen oder Ulzerationen im neoterminalen Ileum, ilealen Inlet oder Körper
i3	diffus aphtöse/ulzeröse Entzündung im neoterminalen Ileum, ilealen Inlet oder Körper
i4	Diffuse Entzündung mit großen Ulzerationen und/oder Strikturen des neoterminalen Ileums, ilealen Inlets oder Körpers



Referenzen

- Annese V et al. European evidence based consensus for endoscopy in inflammatory bowel disease. *J Crohns Colitis*. 2013 Dec;7(12):982-1018. doi: 10.1016/j.crohns.2013.09.016. Epub 2013 Nov 1. PMID: 24184171.
- Murthy SK, Feuerstein JD, Nguyen GC, Velayos FS. AGA Clinical Practice Update on Endoscopic Surveillance and Management of Colorectal Dysplasia in Inflammatory Bowel Diseases: Expert Review. *Gastroenterology*. 2021 Sep;161(3):1043-1051.e4. doi: 10.1053/j.gastro.2021.05.063. PMID: 34416977.
- Buchner AM, Farraye FA, Iacucci M. AGA Clinical Practice Update on Endoscopic Scoring Systems in Inflammatory Bowel Disease: Commentary. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2024 Nov;22(11):2188-2196. doi: 10.1016/j.cgh.2024.06.048. Epub 2024 Sep 20. PMID: 39297813.
- Shen B, Abreu MT, Cohen ER, Farraye FA, Fischer M, Feuerstadt P, Kapur S, Ko HM, Kochhar GS, Liu X, Mahadevan U, McBride DL, Navaneethan U, Regueiro M, Ritter T, Sharma P, Lichtenstein GR. Endoscopic diagnosis and management of adult inflammatory bowel disease: a consensus document from the American Society for Gastrointestinal Endoscopy IBD Endoscopy Consensus Panel. *Gastrointest Endosc*. 2025 Feb;101(2):295-314. doi: 10.1016/j.gie.2024.08.034. Epub 2024 Oct 18. PMID: 39425706.
- Adamina M, Feakins R, Iacucci M, Spinelli A, Cannatelli R, D'Hoore A, Driessen A, Katsanos K, Mookhoek A, Myrelid P, Pellino G, Peros G, Tontini GE, Tripathi M, Yanai H, Svrcek M. ECCO Topical Review Optimising Reporting in Surgery, Endoscopy, and Histopathology. *J Crohns Colitis*. 2021 Jul 5;15(7):1089-1105. doi: 10.1093/ecco-jcc/jjab011. PMID: 33428711.
- Rivière P, Bislenghi G, Vermeire S, Domènech E, Peyrin-Biroulet L, Laharie D, D'Hoore A, Ferrante M. Postoperative Crohn's Disease Recurrence: Time to Adapt Endoscopic Recurrence Scores to the Leading Surgical Techniques *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2022;20:1201-1204. doi: 10.1016/j.cgh.2022.02.025. Epub 2022 Feb 17. PMID: 35183769