



INTERNATIONALE AKADEMIE FÜR PATHOLOGIE  
DEUTSCHE ABTEILUNG e.V.  
INTERNATIONAL ACADEMY OF PATHOLOGY  
GERMAN DIVISION INC.

# **Klinische Angaben**

## **Lehrserie Nr. 244**

### **Pathologie des Kolon**

von:

**F. Offner, Feldkirch / Österreich, G. Cathomas,  
CH-Liestal, 2013 Update 2015**

## **Fallanamnesen:**

### **Fall 01**

Ein 66 Jahre alte Patientin präsentiert sich mit Diarrhoen mit Beimengung von Blut und entwickelt rasch ein toxisches Megakolon. Eine Kolektomie wird durchgeführt. Das 113 cm lange dilatierte Kolektomiepräparat zeigt multiple bis 1cm große weiß-gelbe Erhabenheiten der Schleimhaut. Die Serosa ist unauffällig. Clostridium difficile Kolitis?

### **Fall 02**

Eine 45-jährige Patientin mit akut aufgetretenen, rechtsseitigen Unterbauchschmerzen mit Fieber bis 40°. Klinisch Verdacht auf perityphilitischen Abszess. Ileozökalresektat mit Ulzerationen. Frage nach Morbus Crohn.

### **Fall 03**

47-jähriger Patient mit bekannter Colitis ulcerosa seit über 18 Jahren. Endoskopisch schwerer Schub mit segmentalem Befall, vor allem im Bereich des Colon transversum und Sigma.

### **Fall 04**

29 Jahre alter Patient. Anamnestisch sind „Kolitis-Episoden“ bekannt. Der Patient entwickelt schwere Hämatochezien und wird transfusionspflichtig. Eine Kolektomie wird durchgeführt. Das 70 cm lange Präparat zeigt 6 cm vom proximalen Resektionsrand beginnend eine grobhöckerige, teils pflastersteinartig imponierende, Schleimhaut und mehrere längsverlaufende bis 6 cm lange Ulzera. Ursache der Kolitis?

### **Fall 05**

83 jähriger Mann: Diarrhö. Endoskopisch Fibrinbeläge in der Ileozökalklappe. M. Crohn?

### **Fall 06**

Eine 22 Jahre alte Patientin klagt seit längerer Zeit über „Verstopfung“. Die Koloskopie ist unauffällig. Histologisch wird anhand von Biopsien die Diagnose einer Neuronalen Dysplasie des Kolons gestellt. Funktionelle Studien weisen auf eine deutlich verlängerte Transitzeit des Stuhls hin. Es erfolgt eine subtotale Kolektomie. Makroskopisch nimmt der Darmumfang des 50 cm langen Resektates von proximal nach distal leicht ab. Die Mukosa ist unauffällig. Die Probe stammt aus dem mittleren Abschnitt des Präparates.

### **Fall 07**

Ein 34 Jahre alter Patient mit bekannter Colitis ulcerosa und Zustand nach Kolektomie. Anlage eines J-Pouches. Wiederholt perianale Blutabgänge. Endoskopisch ungleichmäßige Entzündung des Pouches. Doch Morbus Crohn?

### **Fall 08**

40-jähriger Patient mit bekanntem HIV Infekt unter antiretroviraler Therapie. Chronischer Proktitis seit über 5 Monaten. Verdacht auf Proctitis ulcerosa/Crohn. Endoskopisch Proktitis mit leichter Stenose.

### **Fall 09**

Eine 69 Jahre alte Patientin klagt über Stuhlunregelmäßigkeiten. Endoskopisch zeigt sich eine Sigmadivertikulose und eine Polypenknospe im Rektum. Es erfolgen multiple Stufenbiopsien aus dem Kolon. Vorliegend ist eine Biopsie aus dem Kolon ascendens. Mikroskopische Kolitis?

### **Fall 10**

Ein 58 Jahre alter Patient klagt über Bauchschmerzen und entwickelt ein akutes Abdomen. Die Anamnese ist unauffällig. Laboruntersuchungen ergeben keine ätiologischen Hinweise. Klinisch-radiologisch wird ein Tumor im Ascendens-Zökum-Bereich diagnostiziert. Eine rechtsseitige Hemikolektomie wird durchgeführt. Makroskopisch erscheint die Schleimhaut abschnittsweise polypoid vergrößert und ödematös aufgetrieben. Die Serosa zeigt Einblutungen. Ursache der Kolitis?

### **Fall 11**

70-jähriger Patient mit chronischer Polyarthrit seit 10 Jahren, therapiert mit Methotrexat, Prednison und Leflunomid. Seit 2 Wochen intermittierende Fieberschübe mit begleitendem Durchfall, zusätzlich behandelt mit Ciprofloxazin. Reaktivierung einer CMV- und EBV-Infektion mit Nachweis erhöhter Virus-Titer mittels PCR im Blut. Frage nach CMV-Kolitis, Amyloidose oder anderweitiger Entzündung.

### **Fall 12**

Eine 76 Jahre alte Patientin mit bekannter Polymyalgia rheumatica präsentiert sich mit einem akuten Abdomen und dem Verdacht auf Vorliegen einer ischämischen Kolitis. Eine subtotalen Kolektomie wird durchgeführt. Makroskopisch erscheint die Darmwand verdickt. Es zeigen sich zahlreiche kleine unregelmäßig begrenzte Ulzera.

### **Fall 13**

79 Jahre alter Patient mit einem Polypen im Colon sigmoideum. Vorangegangene Biopsie zeigt ein tubulovillöses Adenom mit hochgradiger Epitheldysplasie. Operative Resektion des Polypen.

### **Fall 14**

68 jähriger Mann: Familiäres Kolonkarzinom. Endoskopie: Polypen. Adenom?

### **Fall 15**

51 jähriger Mann mit endoskopisch breitgestieltem Polypen im Sigma. Adenom?

### **Fall 16**

43 Jahre alte Patientin. Anamnestisch: Diagnose eines Rektumkarzinoms im Stadium T3 und Durchführung einer neoadjuvanten Radio-Chemotherapie. Jetzt abdominoperineale Rektumamputation. Makroskopisch zeigt das 40 cm lange Sigma-Rektumresektat eine intakte mesorektale Faszie und einen 1,5 langen Anteil der perinealen Haut. 3 cm vom aboralen Resektionsrand entfernt, findet sich ein 4 cm großes eingesunkenes, bräunliches Schleimhautareal. Downstaging? Ausmaß der Tumoregression?

### **Fall 17**

Eine 84-jährige Patientin mit einem stenosierenden Tumor des Colon ascendens. Durchgeführte Hemikolektomie rechts. Frage nach Tumorausdehnung und Grading.

### **Fall 18**

Eine 45 Jahre alte Frau präsentiert sich mit rezidivierenden Diarrhoen. Endoskopisch findet sich im Rektum ein 5 cm großer Polyp, der in Fragmenten abgetragen wird. Hinweis für Malignität?

### **Fall 19**

39 Jahre alter Patient. Anamnestisch Diagnose eines Morbus Hodgkin im Alter von 30. Koloskopisch Nachweis mehrerer Polypen. 4 Polypen werden abgetragen und ergeben folgende histologische Diagnosen: 1 hyperplastischer Polyp, 2 tubuläre Adenome, 1 auf dem Boden eines tubulären Adenoms entwickeltes hochdifferenziertes Adenokarzinom des Kolons. Danach Kolektomie. Makroskopisch zeigt das 75 cm lange Kolektomiepräparat multiple, bis 8 mm große, teil flache, schleimhautfarbene Polypen. Polypose-Syndrom? Klassifikation?

### **Fall 20**

Eine 62-jährige Patientin mit einem Zökumtumor mit bekannten Lebermetastasen. Hemikolektomiepräparat rechts.

### **Fall 21**

Ein 74-jähriger Mann mit einem retroperitoneal perforierten und in die Nierenfaszie infiltrierenden Tumor des Colon descendens. Klinisch Ileus mit Perforation, seit 3 Wochen symptomatisch. Frage nach Tumorstadium. Hemikolektomiepräparat links mit Rektosigmoid.

### **Fall 22**

67 Jahre alte Patientin. Stenose im Bereich der linken Flexur des Kolons. Resektion des linken Kolon transversum und des Kolon deszendens. Makroskopisch: 28 cm langes Teilresektat des Kolons mit umschriebener 2 cm langer zirkulärer Stenose und deutlicher Erweiterung des oralen Darmlumens. In einem 19 cm langen Abschnitt erscheint die Schleimhaut hier vergöbert und weist einzelne Ulzera auf. Die Muskularis Propria ist im Bereich der Stenose verdickt. Die Probe stammt aus der Stenose. Klinische Fragestellung: Keine