

Wann sollte wo im Gastrointestinaltrakt biopsiert werden?

- + Biopsie empfohlen
- Keine Biopsie notwendig

I Grundregel

- + Alle endoskopisch erkennbaren Läsionen sollten biopsiert werden.

Ausnahmen:

- Peptisches Ulkus im Bulbus duodeni (entartet nicht; ob Helicobacter oder NSAR Ursache ist, lässt sich besser durch je 1 PE aus Antrum und Korpus klären).
- Scharf begrenztes lachsfarbenes Schleimhautareal im **oberen** Ösophagus: praktisch immer Magenschleimhautheterotopie (entartet nicht).
- Keine Biopsien bei typischer Divertikulose bzw. Divertikulitis, weil die Entzündung in der Regel intramural sitzt und durch eine Schleimhautbiopsie nicht erfasst wird.

II Refluxbeschwerden

- + Mehrere Biopsien aus dem Bereich der Z-Linie, auch bei endoskopisch unauffälliger Schleimhaut, zur therapielevanten Diagnose einer symptomatischen Refluxösophagitis (histologisch Grad 0).
- + Biopsien aus rötlich verfärbter Schleimhaut im Bereich der Z-Linie, um herniierte Kardiaschleimhaut von einer Barrett-Schleimhaut unterscheiden zu können.
- + Biopsien auch aus unmittelbarer Umgebung eines Karzinoms im Bereich der Z-Linie: beim Nachweis einer Barrett-Schleimhaut ist ein Barrett-Karzinom wahrscheinlicher als ein vorgewachsenes Kardiakarzinom.
- + Bei Refluxerkrankung zusätzlich Biopsien aus dem Antrum und dem Korpus, um durch eine Gastritis-Typisierung zuverlässig eine Helicobacter-Karditis von einer Reflux-Karditis unterscheiden zu können und gegebenenfalls vor Therapie einer Refluxerkrankung eine Eradikation durchführen zu können.
- + Bei Barrett-Schleimhaut (Biopsieintervalle siehe Handout „Refluxösophagitis“).

III Funktionelle Oberbauchbeschwerden, Helicobacter-Diagnostik

- + Jeweils mindestens eine PE aus dem **tiefen** Duodenum (oligosymptomatische Sprue, Lamblia, M. Whipple), Antrum, Korpus (A-, B-, C-Gastritis, lymphozytäre Gastritis, Gastritis Crohn), Nähe Z-Linie (Reflux).
- + Kontrolle nach Eradikationstherapie: Antrum + Korpus. Frühester Zeitpunkt zur Kontrolle: 6 - 8 Wochen nach Eradikation.
- Generell keine Biopsien aus dem präpylorischen Antrum bzw. aus dem Pyloruskanal, weil hier wegen eines Gallerefluxes die Typ-C-Gastritis physiologisch ist und hier häufig keine Helicobacter-Bakterien gefunden werden, obwohl der Magen weiter oral besiedelt sein kann.
- + 2/3-resezierter Magen (BII): Im Anastomosenbereich findet sich regelmäßig eine durch Gallereflux verursachte C-Gastritis („Anastomitis“), welche die H.p.-Diagnostik verhindert. Deshalb ist eine zusätzliche Biopsie aus der Funduskuppel notwendig, um zuverlässig eine gleichzeitig bestehende H.p.-Gastritis nachweisen zu können.
- + Simultane Biopsien aus dem Antrum und Korpus. Bei Gallereflux lassen sich Helicobacterbakterien manchmal erst im Korpus nachweisen, alleinige Antrumbiopsien können falsch negative H.p.-Befunde produzieren.

IV Anämieabklärung

- + Mindestens 2 PE im **tiefen** Duodenum bei unklarer Eisenmangelanämie (Ausschluss einer oligosymptomatischen Sprue).
- + Bei Vitamin B₁₂-Mangel: mindestens 2 PE aus dem Korpus und 2 PE aus der Funduskuppel (wegen der Differentialdiagnose Autoimmungastritis Typ A versus multifokale Schleimhautatrophie bei Korpus-betonter Helicobacter-Gastritis).
- Keine Kolonschleimhautbiopsien sind notwendig, wenn keine Unterbauchsymptomatik bzw. Diarrhoe besteht und gleichzeitig die Kolonschleimhaut unauffällig ist.

V Ulkusdiagnostik, Tumorsuche

- + Mehrere Biopsien aus dem Ulkusrand und dem Ulkusgrund, um ein Siegelringzellen-Karzinom sicher zu erfassen.
- + Generell mehrere ulkusferne Biopsien aus dem Antrum und dem Korpus zur sicheren Gastritis-Typisierung und zum Helicobacter-Nachweis (beides ist im Ulkusbereich nicht immer zuverlässig möglich). Nur so kann die Ätiologie eines nicht-neoplastischen Ulkus sicher diagnostiziert werden.
- + Kontrollbiopsien aus der Polypenabtragungsstelle, wenn histologisch nicht der Nachweis einer vollständigen Entfernung eines Kolonpolypen erbracht werden konnte.

VI Durchfalldiagnostik

- + Durchfalldiagnostik ohne erkennbare Schleimhautveränderungen:

1 PE terminales Ileum, je 2 PE's Colon asc., transv., desc., Sigma, Rektum in **getrennten** Gefäßen. Die Breite des Kollagenbandes und der Eosinophilen-Infiltration ändern sich physiologisch vom proximalen zum distalen Kolon, die korrekte Diagnose einer kollagenen, lymphozytären oder eosinophilen Kolitis ist deshalb nur in Korrelation mit dem Entnahmeort zuverlässig zu stellen. So ist eine gleich breite Kollagenplatte im Colon asc. diagnostisch für eine kollagene Kolitis, im Sigma bei chronischer Sigmadivertikulitis hingegen ohne diagnostische Bedeutung. Werden alle Kolonbiopsien in ein Gefäß getan, kann es zur irrtümlichen Diagnose einer kollagenen oder eosinophilen Kolitis kommen. Stufenbiopsien in getrennten Gefäßen sind auch wichtig zur Differenzierung einer Colitis ulcerosa und einer Colitis Crohn (noch mehr Biopsien notwendig). Der Morbus Crohn kann endoskopisch unsichtbare, mikroskopisch kleine disseminierte Läsionen der Kolonschleimhaut verursachen, die aber manchmal weit auseinander liegen.
- + Nach der Diagnose einer lymphozytären Kolitis: Zusätzlich Biopsien aus dem Duodenum, um eine gleichzeitig bestehende Sprue auszuschließen (dann verschwindet die lymphozytäre Kolitis unter Sprue-Diät).
- **Zökum-PE's** ohne erkennbare Schleimhautläsion liefern in der Kolitis-Diagnostik wenig Information, da dort immer eine physiologische mittelstarke Entzündungsinfiltration mit Beteiligung eosinophiler Granulozyten vorliegt. Ein gleich starkes Entzündungsinfiltrat im distalen Kolon bedeutet hingegen eine Kolitis.
- + Im **floriden Stadium** einer chronischen entzündlichen Darmerkrankung ist die Differentialdiagnose entzündlich-regeneratorischer Atypien gegen präkanzeröse Dysplasien nahezu nicht möglich. Zum Ausschluss bzw. der sicheren Diagnose einer DALM bzw. einer Kolitis-assoziierten Dysplasie sind multiple Biopsien aus dem verdächtigen Areal im **Remissionsstadium** notwendig.
- + Wenn die Differentialdiagnose Colitis ulcerosa gegen Colitis Crohn am Darm nicht zu stellen ist: 4 PE's Duodenum, 4 PE's Antrum und 2 PE's Korpus. Die Colitis Crohn ist häufig assoziiert mit einer Gastritis und Duodenitis Crohn. Die Läsionen sind allerdings weit voneinander entfernt, endoskopisch in der Regel nicht sichtbar und auch nur von erfahrenen Histologen zu diagnostizieren.