



2. Kapitel

Polypen Adenome Lipome

Fall 8	Pseudopolyp
Fall 9	Polyp nach intravenöser KM-Gabe
Fall 10	Zwei Polypen (Rektum/Sigma)
Fall 11	Gestielter Polyp (Kolon ascendens)
Fall 12	Gestielter Polyp (Kolon sigmoideum)
Fall 13	Adenom im Sigma
Fall 14	Tubulo-villöses Adenom und kleiner Polyp
Fall 15	Großes tubulo-villöses Adenom
Fall 16	pT1 Karzinom
Fall 17	Submuköses Lipom
Fall 18	Großes Lipom

Pseudopolyp

Indikation/Klinik

Bei der Patientin besteht ein Zustand nach Sigmaresektion wegen rezidivierender Divertikulitisschübe. Das Kolon ist massiv elongiert. Es zeigt sich immer wieder eine verstärkte Obstipationsneigung. Es liegt eine positive Familienanamnese bezüglich eines Kolonkarzinoms vor. Die Patientin wurde bisher zweimal konventionell koloskopiert. Dabei wurde maximal die linke Flexur erreicht. Der Hausarzt überweist die Patienten zur ergänzenden Evaluation.

CTK-Befund

Obwohl ein Zustand nach Sigmaresektion vorliegt, zeigt sich ein äußerst elongiertes Kolon (ca. 1 500 mm). Es finden sich einzelne pseudopolypoidale Läsionen, welche sich aufgrund des Fecal taggings gut klassifizieren lassen.

Alle Darmabschnitte sind gut entfaltbar und es zeigen sich keine signifikanten polypoiden oder tumorösen Formationen. Auffallend ist, dass das Zökum auf der rechten Seite bis ins kleine Becken reicht.

Die Umgebungsstrukturen sind in der Nativserie soweit unauffällig.

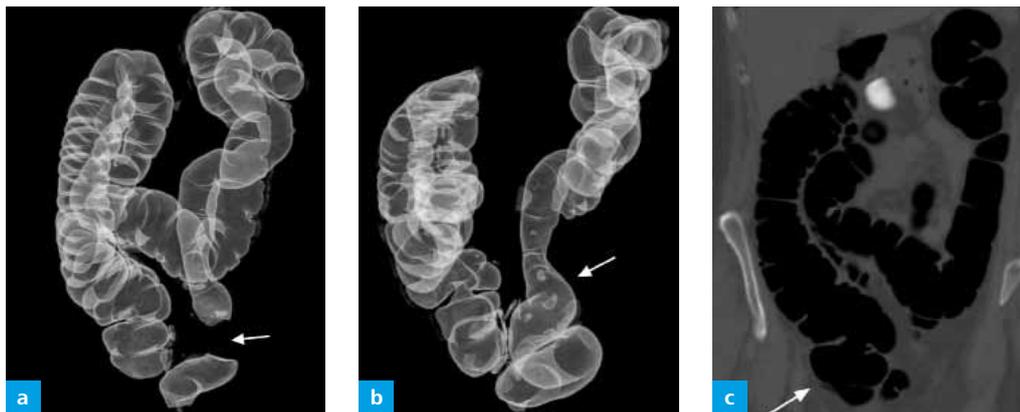


Abb. 1: Im Übersichtsbild Elongation des Kolons trotz Sigmaresektion, in Rückenlage fehlende Distension des postoperativen Abschnitts (Pfeile) (a), in Bauchlage gute Distension (Pfeile) (b), das Zökum liegt zur Gänze im kleinen Becken (Pfeil) (c).

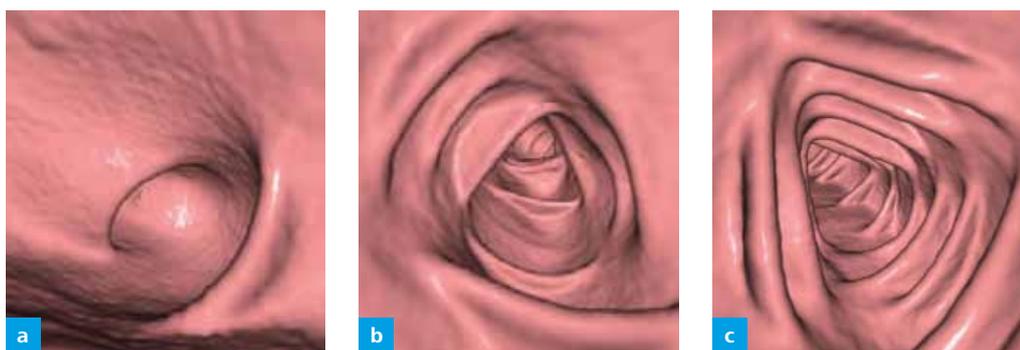


Abb. 2: Endoluminale 3D-Darstellung: unauffälliger Befund von Rektum (a), Kolon transversum (b) und Kolon ascendens (c).

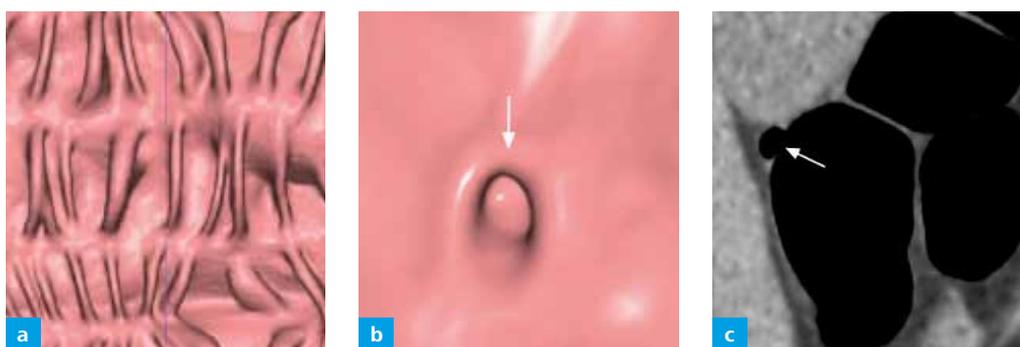
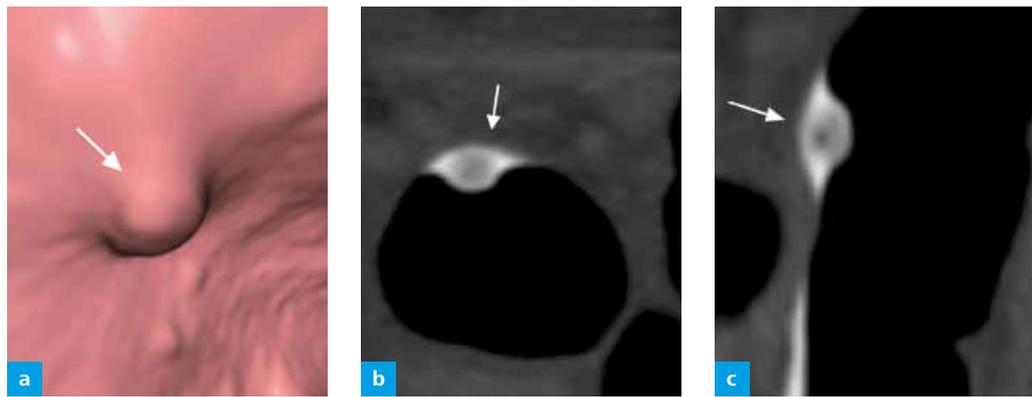


Abb. 3: Unauffällige Haustrierung in der virtuellen Dissektion – rechte Kolonflexur (a), Divertikel: in der 3D-Ansicht (Pfeil) (b), typische luftthältige Ausbuchtung auf der korrespondierenden axialen Schicht (c).

Abb. 4: Pseudopolyp: im 3D-Bild nicht unterscheidbar (Pfeil) (a), in der axialen und sagittalen Ansicht zeigt sich ein mit Kontrastmittel umspülter Stuhlrest ohne Bezug zur Kolonwand (Pfeile) (b, c).



Zusammenfassung

Eine gute Vorbereitung beinhaltet auch eine Reststuhlmarkierung (fecal tagging) mit einem oralen Kontrastmittel. Es sind 30–50 ml ausreichend. Durch das orale Kontrastmittel kann auch die Darmreinigung auf 2l reduziert werden, da viele Patienten mit einer Flüssigkeitsmenge über 2l zur Vorbereitung Probleme haben.

In diesem Fall kann man die „Ummantelung“ des Reststuhls gut erkennen und einfach von einem Polypen unterscheiden. Ein weiteres Merkmal für Stuhlreste sind Lufteinschlüsse.

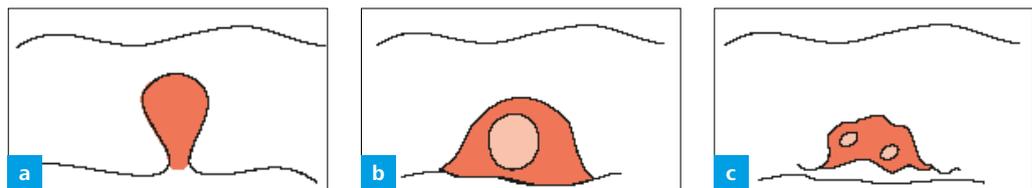


Abb. 5: Polyp (a), Stuhlrest (b), Stuhlrest mit Lufteinschlüssen (c).

Take Home Message

Orale Kontrastierung (fecal tagging) erleichtert die Unterscheidung Stuhlrest versus Polyp.

Polyp nach intravenöser KM-Gabe

Indikation/Klinik

Die 66-jährige Patientin wurde vom niedergelassenen Internisten zur CT-Kolonografie zugewiesen bei bekannter Sigmaelongation und Divertikulose. Da in der Sonografie das Pankreasorgan nicht optimal beurteilbar war, wird zusätzlich intravenös Kontrastmittel verabreicht.

CTK-Befund

Das Rektum gut entfaltet mit weitgehend glatter Außenkonturierung. Das Sigma deutlich elongiert mit mehrfacher Schlingenbildung.

Im Übergangsbereich zum Kolon descendens im linken Unterbauch zeigt sich eine 8 mm haltende KM-aufnehmende polypoide Formation, welche sowohl in Rücken- als auch in Bauchlage zur Darstellung kommt und in erster Linie einem Polypen entspricht.

Das Transversum regelrecht dargestellt. Es ist ebenfalls etwas elongiert. Zökumelongation, wobei diese weit bis ins kleine Becken auf der rechten Seite reicht, hier geringe Reststuhlverunreinigungen, ohne wesentliche polypoide Veränderungen. Aspekt einer Lipomatose der Valvula Bauhini.

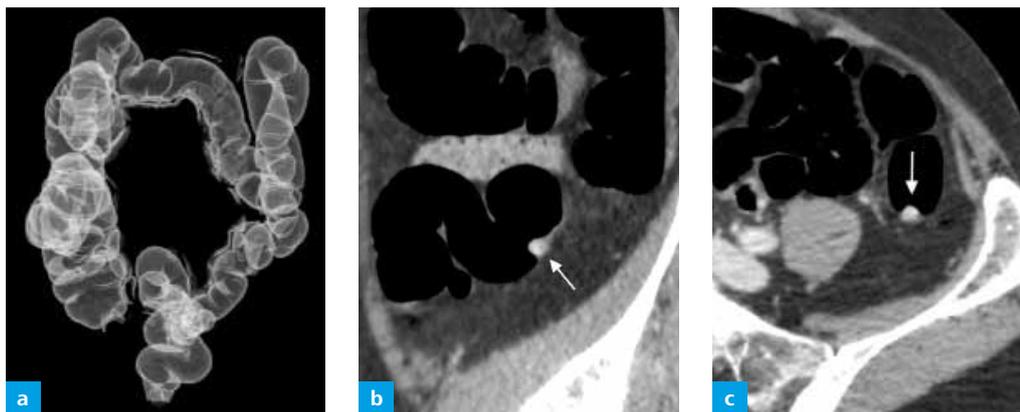


Abb. 1: Im Übersichtsbild Elongation des Kolons bei sehr guter Distension (a), sagittale und axiale Schicht in Rückenlage mit dem KM-aufnehmenden Polypen (Pfeil) (b, c).

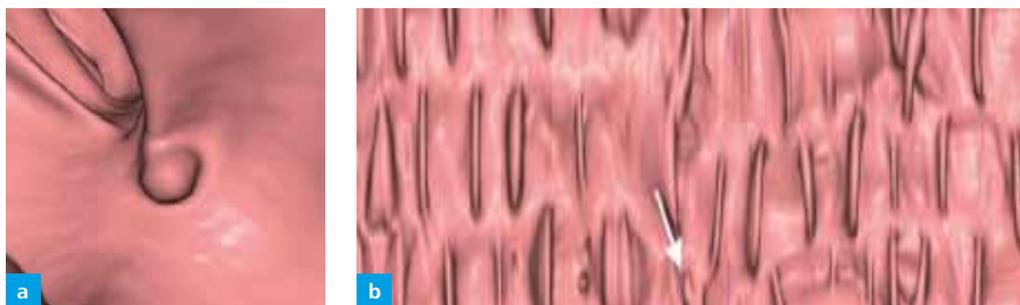


Abb. 2: Virtuelle 3D-Darstellung der polypoideen Läsion im Sigma (a), selber Polyp in der virtuellen Dissektion (Pfeil) (b).

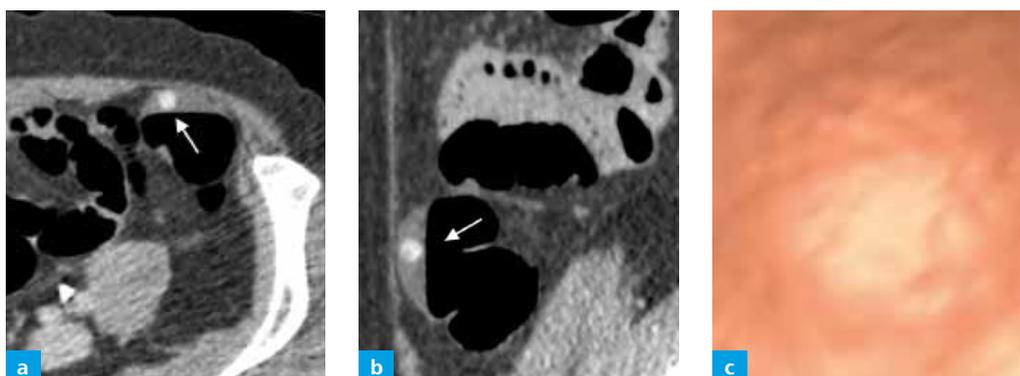


Abb. 3: Axiale und sagittale Darstellung des Polypen in Bauchlage, wobei er hier in der Restflüssigkeit verschwindet (Pfeil) (a, b), daher ist er endoluminal nicht sichtbar! (c).

Koloskopie-Befund

Genau an der von der virtuellen Kolonografie angegebenen Stelle über der Beckenschaufel am Übergang Sigma/Descendens ein Polyp, der von der Größe und der Lage her dem Vorbefund entspricht. Er wird abgetragen. Ansonsten unauffälliger endoskopischer Befund bis ins Zökum. Auch das terminale Ileum ist unauffällig.

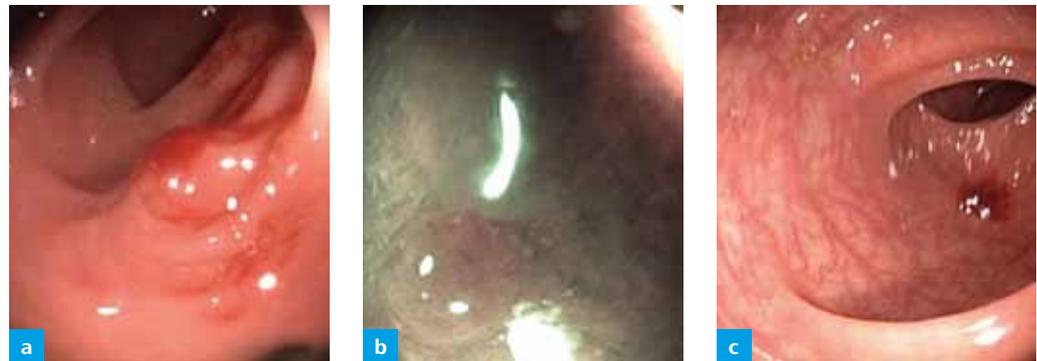


Abb. 4: Polyp in der Endoskopie (a), in NBI (narrow band imaging) Ansicht (b), nach endoskopischer Abtragung (c).

Histologie

Fragmente aus tubulärem Dickdarmschleimhautadenom mit geringgradiger Epitheldysplasie im Übergangsbereich Sigma/Descendens.

Zusammenfassung

Polypoide Läsionen weisen eine Kontrastmittelaufnahme auf, dies ist durch deutlich erhöhte Dichtewerte erkennbar (ca. 200 HU). Da in diesem Fall kein fecal tagging vorliegt, kann der kontrastierte Polyp auch in der Restflüssigkeit gesehen werden. Um jedoch eine gute Aussagekraft zu erzielen wird in Rückenlage ein Abdomen CT durchgeführt, daher ist die Strahlenbelastung in diesem Fall etwas höher. Es können aber die Umgebungsstrukturen deutlich besser beurteilt werden.

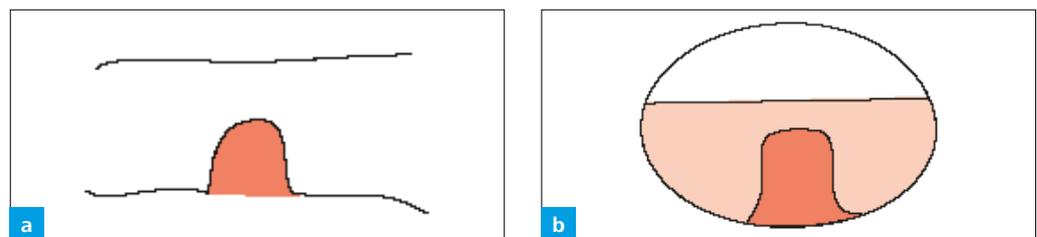


Abb. 5: Kontrast. Polyp mit erhöhter Dichte (a), kontrast. Polyp mit Restflüssigkeit (b).

Take Home Message

Polypoide Läsionen zeigen meist eine deutliche KM Aufnahme, die Strahlenbelastung für den Patienten ist aber etwas höher.