

Wir sind Ihr kompetenter Dienstleister:

- **hochmodern:** gesamtes Spektrum der pathologischen Labor-Diagnostik;
- **hochqualifiziert:** integriertes Qualitätsmanagement und erfolgreiche Akkreditierungen;
- **hochkooperativ** mit mehr als 200 Angestellten sowie einer starken Vernetzung zu unseren klinischen Partnern;
- **hochengagiert** in der Wissensvermittlung: zehn Lehraufträge von in- und ausländischen Universitäten, Lehrkrankenhäusern, MTLA-Schulen etc.;
- **hochetabliert** seit über 60 Jahren als Institution in Trier und in der deutschen Pathologie.

Zusammen mit uns und unseren Schwerpunkten in der Aus- und Weiterbildung von spezialisierten Fachkräften, der Umsetzung modernster Standards und Innovation neuester Methoden beginnt für Sie die Zukunft schon heute.

Wir bieten Ihnen:

- den kompletten state of the art der morphologischen Aufarbeitung mit einer Reihe von Zusatzqualifikationen (u. a. Dermatopathologie, Gynäkopathologie, Neuropathologie, Rechtsmedizin, Zytologie);
- eine Referenzinstitution v. a. der molekularen Medizin: gesamtes Methoden- und Analysenspektrum (FISH, PCR, NextGenSequencing, NanoString, MALDI-TOF, liquid biopsy);
- eine umfassende Logistik, Dokumentation und Übermittlung des Analysenmaterials, angepasst an Ihre Bedürfnisse;
- eine an Ihre Wünsche adaptierte interdisziplinäre Betreuung: Fallkonferenzen und weitere Möglichkeiten der Kooperation.

Zusammenfassend ist unser Angebot:

Das bestmögliche Spektrum in der Präzisions-Diagnostik!

MVZ für Histologie, Zytologie und Molekulare Diagnostik Trier GmbH
Max-Planck-Str. 5
54296 Trier
Fon: 0651-948710
Fax: 0651-94871234
E-Mail: praxis@patho-trier.de
Web: www.patho-trier.de



PATHOLOGIE TRIER
Histologie. Zytologie. Molekulare Diagnostik.



PATHOLOGIE TRIER
Histologie. Zytologie. Molekulare Diagnostik.

Präzisionsdiagnostik im Verdauungstrakt

Ein Leib-und Magenthema
bei uns in Trier



Up to date im Verdauungstrakt

Aktualisierte S2k-Leitlinie *Helicobacter pylori* (2022)

Erstlinie:

Bismuth-haltige Quadrupeltherapie mind. 10 d Therapie immer dann, wenn Hp nachgewiesen wurde (Leitlinie empfiehlt zwei positive Ergebnisse, wobei der histologische Nachweis als eindeutig gilt).

Ziel: Erfolgsquote > 80%

Die revidierte Empfehlung (zuvor > 90%) basierend auf dem Maastricht-Konsensus VI bezieht Alltags-Praxis mit zunehmenden Resistenzen bereits ein.

Therapieversagen: Resistenztestung

Zunehmende Resistenzen (>15%) auch in Deutschland gegen Clarithromycin, Levofloxacin und Metronidazol; molekularpathologische Testverfahren zugelassen und etabliert.

Zweitlinientherapie:

Deutlich höhere Wirksamkeit der Resistenz-adaptierten Therapie (Erfolgsquote 80,7% vs. 69,5%) und Kosteneffektivität in Studien nachgewiesen.

Erneutes Versagen: Spezialtherapie

Einfluss auf Therapieerfolg durch Wahl des Säurehemmers (PPI)
Polymorphismen des Cytochrom P450-Enzyms CYP2C19: bis zu 20% der Kaukasier mit beschleunigtem Metabolismus (dann: Dosissteigerung nötig), 15% mit verlangsamtem Metabolismus (cave: Nebenwirkungen bei Langzeit-Therapie).

Resistenzbestimmung etabliert

CYP2C19-Analyse etabliert

Diagnostik in der Zöliakie

Aktualisierte S2k-Leitlinie Zöliakie (2021)

Klinische Symptomatik:

Bei folgenden > 4 Wochen anhaltenden Symptomen soll Zöliakie erwogen werden (starker Konsens): Diarrhö, Gedeihstörung, chronisch-abdominelle Schmerzen, unklarer Gewichtsverlust, Pubertas tarda.

Serologische Befunde:

Gesamt IgA, tTG-IgA, VitB12, Fe, TSH
HLA-Q2/-DQ8-Diagnostik:

u. a. empfohlen bei asympt. Verwandten 1. Grades; Patienten-Wunsch Glutenbelastung zu vermeiden; pos. Histologie, aber neg. Ak unter glutenhaltiger Kost; pos. Histologie, aber früher negatives HLA-Ergebnis.

Endoskopie:

Höchste Sensitivität bei 4-6 Biospien aus unterschiedlichen Abschnitten des Duodenums (cave: „patchy lesions“); Einsatz von „single bite“ Biospien.

Histologische Befunde:

Graduierung nach der modifizierten Marsh-Oberhuber-Klassifikation (Richtwert > 25 IEL pro 100 Enterozyten). Immunhistochemie (CD3/CD8) zur Unterstützung möglich.

Diagnose:

Follow-up (alle 6 Monate) und Ausschluss Folgeerkrankung histologisch: hier vor allem bei V. a. Therapie-refraktäre Sprue (RCD)
Zweitbegutachtung bei Divergenz Klinik und Histologie sowie bei Therapie-refraktärer Sprue indiziert.

HLA-DQ-Diagnostik etabliert

Diagnose-Algorithmus zur RCD etabliert

Mikroskopische Kolitis

EU Leitlinie (2021)

Klinische Symptomatik:

Wäßrige nicht blutige Diarrhö führend (84-100%), oft begleitet von Stuhldrang und Inkontinenz sowie Gewichtsverlust.

Endoskopie:

Endoskopische Abklärung bei Diarrhöen > 4 Wochen (davon ca. 10-15% mit später etablierter mikroskopischer Kolitis): Ileokoloskopie mit separierten Biopsien von rechtem und linkem Kolon.

Histologische Befunde und Diagnose:

Klassische Konstellation: siehe Tabelle.

Die Diagnose einer inkompletten mikroskopischen Kolitis (MCi) ist möglich, wenn bei charakteristischer Klinik eine grenzwertige Histologie vorliegt.

Subtyp	IELs/100 Enterozyten	Kollagen tafel
LC	> 20	< 10 µm
LCi	> 10 und < 20	< 5 µm
CC	meist < 20 (selten > 20)	> 10 µm
CCI	< 20	5-10 µm

Algorithmus etabliert

Therapie und Follow-up:

Die Standardtherapie (Budenosid oral) kann sowohl bei der klassischen Form der mikroskopischen Kolitis als auch bei der MCi eingesetzt werden. Bislang Hinweise auf höhere Remissionsrate bei der MCi. Generelles histologisches Monitoring nicht empfohlen; wegen signifikant höherer Inzidenzraten Zöliakie-Abklärung indiziert (3,3 % vs. 0,4% Normalbevölkerung).