

Patient mit Dysphagie

# Immer Biopsien aus dem Ösophagus

**Klagt ein Patient über Dysphagie oder therapierefraktäre Refluxsymptome, so besteht die Indikation für eine endoskopische Abklärung. Doch ein Krankheitsbild, das sich nicht selten dem Blick des Endoskopikers entzieht, ist die eosinophile Ösophagitis.**

— Bei einer Dysphagie denkt man primär an einen Tumor, eine entzündliche Strikturen bei Refluxkrankheit oder eine Achalasie. „Eine gar nicht so seltene Ursache ist aber die eosinophile Ösophagitis“, erläuterte Prof. Alain Schöpfer, Lausanne, Schweiz. Auch bei Patienten mit einer therapierefraktären Refluxkrankheit sollte man an diese Erkrankung denken. Nicht selten werden diese Patienten auch mit einer Bolusobstruktion vorstellig.

**Endoskopie kann unauffällig sein**

Häufig wird dieses Krankheitsbild bei der endoskopischen Untersuchung jedoch nicht erkannt, d.h. ein endoskopischer Normalbefund schließt diese Erkrankung nicht aus. Deshalb sollte man auch bei einem unauffälligen endoskopischen Bild immer Biopsien entnehmen. Die Diagnose wird letztendlich erst durch den Nachweis einer eosinophilen Entzündung, die zu einer ösophagealen Dysfunktion führt, gesichert oder ausgeschlossen.

Zu den typischen endoskopischen Befunden, die an eine eosinophile Ösophagitis denken lassen sollten, gehören: Schleimhautlängsfurchen, Schleimhautringe, weiße Papeln, granuläres Schleimhautrelief und Strikturen.

**Allergische Erkrankung?**

Die Pathophysiologie der eosinophilen Ösophagitis ist noch nicht vollständig geklärt. Bei den meisten Betroffenen liegt aber eine allergische Diathese vor. So haben Asthmatiker ein 2,5-fach und Patienten mit einer Nahrungsmittelallergie sogar ein 3,7-fach erhöhtes Risiko. Als Trigger kommen aber nicht nur Nahrungsmittel sondern auch Inhalationsallergene in Frage. Für einen möglichen Zusammenhang mit Inhalationsallergenen spricht auch das gehäufte Auftreten der Erkrankung im Frühling und Frühsommer.

**Erst PPI**

Primär empfiehlt sich grundsätzlich eine Behandlung mit einem Protonen-

**FAZIT FÜR DIE PRAXIS**

1. Bei Patienten mit einer Dysphagie oder Bolusobstruktion sollte immer an eine eosinophile Ösophagitis gedacht werden.
2. Endoskopisch kann die Schleimhaut unauffällig erscheinen.
3. Deshalb sollten immer Biopsien entnommen werden.
4. Primär empfiehlt sich therapeutisch ein PPI, im zweiten Schritt ein topisches Steroid.
5. Auch bei Erwachsenen ist eine 6-Food-Eliminationsdiät wirksam.

pumpenhemmer (PPI), die häufig erfolgreich ist. Tritt nach achtwöchiger PPI-Behandlung keine Besserung ein, ist ein Therapieversuch mit topischen Steroiden wie Budesonid oder Fluticason angezeigt. „Aber auch diätetische Maßnahmen, genauer gesagt eine 6-Food-Eliminationsdiät, ist nicht nur bei Kindern, sondern auch bei Erwachsenen sehr wirksam“, erklärte Schöpfer. Dabei sollten Milcheiweiß, Soja, Weizen, Eier, Nüsse und Meeresfrüchte vermieden werden. Damit werden bei Kindern Remissionsraten von mehr als 70% erreicht.

Wichtig ist eine konsequente Langzeittherapie, da sich ansonsten ein Remodelling mit narbigen Strikturen entwickeln kann.

Bei Patienten mit Strikturen oder Bolusobstruktionen, die unter einer topischen Steroidtherapie keine Besserung zeigen, besteht die Indikation für eine endoskopische Dilatation.

Dr. Peter Stiefelhagen



© Klaus Rose

**Eine unauffällige Endoskopie schließt eine eosinophile Ösophagitis nicht aus.**

Quelle: 200. Falk Symposium, 16.10.2015 in Freiburg i.Br.