

Quelle: Kliever KL, Gonsalves N, Dellon ES et al. One-food versus six-food elimination diet therapy for the treatment of eosinophilic oesophagitis: a multicentre, randomised, open-label trial. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2023;8:408–21

Weizen, Ei, Soja, Fisch/Schalentiere und Nüsse. Primärer Endpunkt war die histologische Remission mit maximal 15 Eosinophilen pro Hochleistungsfeld (Eos/hpf). Teilnehmenden, die nicht auf die Elimination von Milch ansprachen, wurde die intensive Diätanpassung angeboten. Wer wiederum darauf nicht ansprach, konnte zu topischem Steroid (Fluticason $2 \times 880 \mu\text{g/d}$) ohne Ernährungs einschränkungen übergehen.

Nach sechs Wochen hatten 34% in der Milchgruppe und 40% in der Intensivgruppe eine histologische Remission. Dieser Unterschied war statistisch nicht signifikant, ebenso wenig wie bei Cutoff-Werten von 10 oder 6 Eos/hpf. Lediglich bei der kompletten Remission mit ≤ 1 Eos/hpf war die Intensivgruppe signifikant überlegen (Differenz 13%, $p = 0,03$). In zahlreichen erhobenen Scores zu Symptomen und Lebensqualität ließen sich keine signifikanten Unterschiede erkennen.

Von den Teilnehmenden, die von der Milch- auf die 6-Lebensmittel-Elimination umstiegen, erreichten

43% eine histologische Remission. Unter den Umsteigern auf Fluticason schafften dies 82%.

MMW-Kommentar

Die deutsche EoE-Leitlinie erwähnt historisch bedingt noch die Eliminationsdiät. Gelegentlich bespreche ich dies mit meinen Patienten, insbesondere wenn sie nach Ernährungsversuchen fragen. Hinsichtlich Remissionen bei Erwachsenen sind Diäten aber nicht in der Pole Position. Es fehlt an so vielem, v. a. an Compliance. Es ist im Prinzip unzumutbar, sechs Lebensmittel zu eliminieren.

Basierend auf der Studie wäre ein Algorithmus denkbar, nach dem man von Milchkarenz über 6-Lebensmittel-Elimination bis zum Steroid steigert. Ich werde das nicht übernehmen, da es aus meiner Sicht zu beschwerlich ist. Immerhin sind bei uns, anders als in den USA, Budesonid-Schmelztabletten verfügbar. Dennoch kann man interessierten Patienten künftig raten, zusätzlich Milchprodukte wegzulassen, da dies vermutlich ergänzend hilfreich ist. ■

Zerschundene Nagelfalze mit Riesenkapillaren

Bei einem 19-jährigen Mann bestand bereits seit drei Jahren ein Raynaud-Syndrom. Seit einem Jahr litt er zusätzlich unter Müdigkeit, Hautausschlag im Gesicht und an den Händen sowie Schmerzen in den Fingergelenken. Bei der körperlichen Untersuchung zeigten sich erythematöse Plaques sowohl an den Metacarpophalangeal- als auch an den Interphalangealgelenken, ohne begleitende Synovitis. Die Ergebnisse der Kraftprüfung waren normal.

Besonderes Augenmerk richtete sich auf die geröteten Nagelfalzregionen: Die Nagelhäutchen waren deutlich geschwol-

len und aufgeraut sowie mit roten Sprengeln umgeben (Abb. A). Man entschied sich für eine Nagelfalzkapillaroskopie, um die Mikrozirkulation genauer zu beobachten. Diese Untersuchung kann auch in der Hausarztpraxis durchgeführt werden, etwa mit einem handgehaltenen Ophthalmoskop oder einem Dermatoskop. In diesem Fall kam eine Videokapillaroskopie zu Einsatz, die natürlich bessere Ergebnisse liefert.

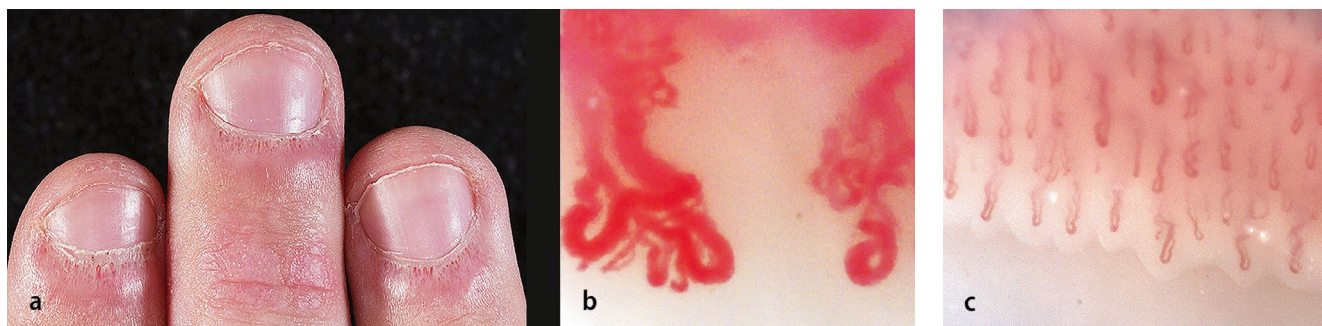
Es zeigten sich riesige, verzweigt und büschelartig anmutende Nagelfalzkapillaren mit einem apikalen Durchmesser von $> 50 \mu\text{m}$ (Abb. B). Normalerweise

sollten die Gefäßchen maximal $15 \mu\text{m}$ dick und in einem ordentlichen Muster angeordnet sein (Abb. C).

Angesichts dieser Befunde ging man von einer rheumatischen Grunderkrankung aus. Nach einer serologischen Untersuchung und einer Hautbiopsie wurde die Diagnose einer amyopathischen Dermatomyositis gestellt. Alle Symptome des heranwachsenden Patienten besserten sich nach Einleitung einer immunsuppressiven Therapie. ■

Cornelius Heyer

Quelle: Makol A, Karn A. Nailfold Capillaroscopy in Rheumatic Disease. *N Engl J Med.* 2023;389:262



Hypertrophe, schuppige Nagelhäutchen mit roten Sprengeln (a), abnorm große Nagelfalzkapillaren (b).

Zum Vergleich: Normalbefund.