

Eosinophile Ösophagitis

Die eosinophile Ösophagitis ist eine immunvermittelte, chronisch-entzündliche Erkrankung des Ösophagus und wurde erstmalig 1977 beschrieben.

Sie tritt sowohl bei Kindern als bei jungen sowie älteren Erwachsenen auf (m:w=7:3) mit einer Prävalenz von ca. 20/100.000.

Die Ätiologie ist bisher unklar. In mindestens 50% der Fälle liegt eine allergische Genese zugrunde.

In einigen Arbeiten könnte eine gewisse familiäre Assoziation nachgewiesen werden:

10% der Eltern von betroffenen Patienten zeigten ebenfalls ösophageale Strikturen und in 8% lag ebenfalls eine bioptisch gesicherte eosinophile Ösophagitis vor.

Experimentell könnte eine asynchrone und verzögerte Kontraktion der longitudinalen Muskelschicht des Ösophagus nachwiesen werden. Durch eine chronische Inflammation kommt es zur Fibrose innerhalb von Mukosa und Submukosa (wobei histopathologisch oft keine relevante Fibrose diagnostiziert werden kann).

Symptome:

Bei Kindern eher unspezifisch mit retrosternalen und abdominellen Schmerzen; Durchfälle, Erbrechen, Speiseregurgitation sowie gestörte/verlangsamte Entwicklung.

Bei Erwachsenen Dysphagie bis komplette Obstruktion (mit einer Dauer von Minuten bis Stunden), zum Teil zusätzliche dyspeptische und refluxartige Beschwerden. Häufiger als bei der Refluxerkrankung bestehen zusätzliche allergische Erkrankungen.

Definition und Diagnostik: über die Histopathologie

15-20 eosinophile Granulozyten/HPF (hoch auflösendes Gesichtsfeld), eosinophile oberflächennahe Mikroabszesse sowie granulozytäre Degranulation, welche über Freisetzung zytotoxischer Agenzien zu einem lokalen Gewebsschaden und damit zu Symptomen führt.

Die eosinophilen Infiltrate können zwar oft inhomogen, fleckförmig und segmental nachgewiesen werden, letztendlich ist jedoch der gesamte Ösophagus (distale und proximale Anteile) betroffen.

Laborchemisch zeigen bis zu 66% der Betroffenen eine (leichte) Bluteosinophilie, bei ca. 70% findet man erhöhte Gesamt-IgE-Werte.

Endoskopie:

Es zeigen sich ösophageale Ringe, Längsfurchen und weißliche Schleimhautauflagerungen, welche z. B. mit einem Soor verwechselt werden können.

Da proximale und distale Ösophagusabschnitte betroffen sind, wird eine ausgiebige Biopsieentnahme aus unterschiedlichen Ösophagusregionen empfohlen.

Therapie:

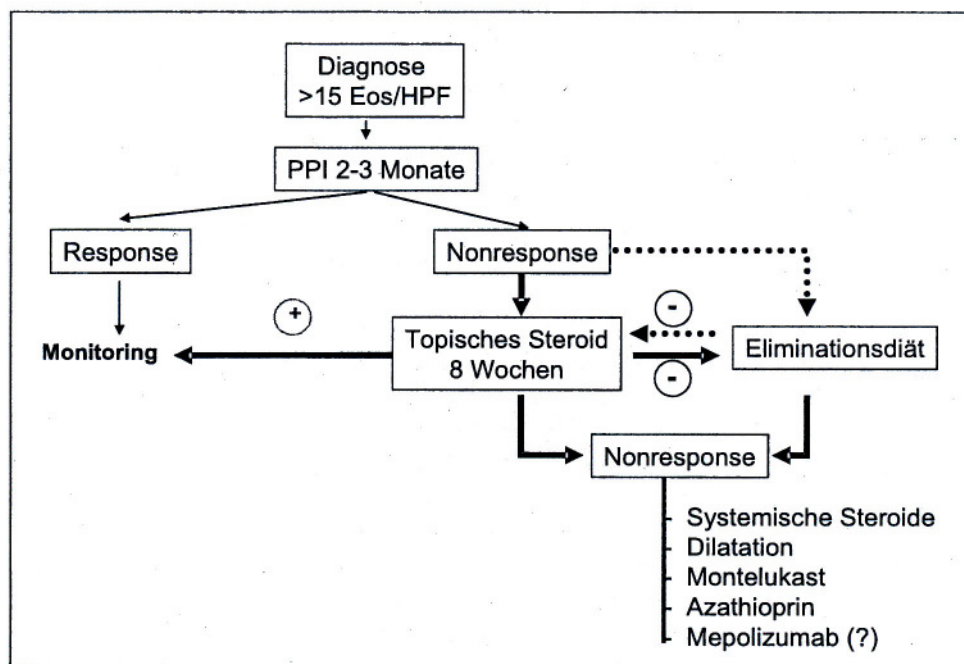
Zunächst Therapieversuch mit PPI 2 bis 3 Monate (Säurereflux als pathogenetischer Faktor?).

Bei Therapieversagen topische Kortikosteroide für ca. 8 Wochen (z. B. Fluticason-Spray 250-500 mcg 2 x täglich geschluckt).

Bei therapierefraktärer Persistenz können auch systemische Kortikosteroide gegeben werden. Immunsuppressiva nur in Ausnahmefällen.

Neben der medikamentösen Therapie kommt auch eine endoskopische Dilatation in Frage.

Die modernsten Therapieempfehlungen haben wir aus dem Handbuch „Gastroudate 2010“ entnommen.



Differentialdiagnose:

Refluxösophagitis, Soor-Ösophagitis, M. Crohn, allergische Reaktionen, (Wurm-)Infektionen.