



Eosinophile Ösophagitis (beim Erwachsenen)

Wissenswertes in Kürze

Erstellt durch: Eherer A., Gschwantler M., Hofer H., Koch R., Langner C., Madl C.,
Maieron A., Miehlke S., Peck-Radosavljevic M., Schöfl R.,
Schöniger-Hekele M., Wöhrl S. (Alphabetische Reihenfolge)

Eosinophile Ösophagitis (EoE)

- **Definition:** Dysfunktion des Ösophagus, chronisch immunvermittelte eosinophile Infiltration des Ösophagus (≥ 15 eosinophile Granulozyten/hpf)
- **Epidemiologie:** Prävalenz 40 – 50/100.000 EW, Inzidenz 5-10/100.000 EW
- **Ätiologie/Pathogenese:** gestörte Barrierefunktion (Reflux, Mikrobiom), Aktivierung der ösophagealen T-Zellen, Fibrosierung, u.U. immunvermittelt, Umweltfaktoren, genetische Prädisposition (familiäre Häufung), assoziiert mit Allergien
- **Symptomatik:** Dysphagie +/- Odynophagie (90%), Bolusobstruktion (60%), Sodbrennen (30%), Atopische Diathese (Rhinokonjunktivitis 57%, Asthma 37%, Nahrungsmittelallergie 46%)
- **Differentialdiagnose:** gesamtes Spektrum an Ösophaguserkrankungen (vor allem GERD, Motilitätsstörungen, eosinophile Gastroenteritiden)

Diagnose der Eosinophilen Ösophagitis

- **Klinik:** Symptomatik vereinbar mit EoE
- **Endoskopie:** Makroskopische Veränderungen in 70 bis 90%: Ödeme, Ringe, weiße Exsudate, Längsfurchen, Strikturen, Krepppapier-Effekt im Ösophagus. Scores (z.B. EREFS-Score) dzt. zur Diagnose nicht empfohlen.
- **Diagnosesicherung durch Histologie:** Mindestens 6 Biopsien aus mindestens 2 unterschiedlichen Stellen im distalen und proximalen Ösophagus, Biopsie aus sichtbaren Läsionen, Biopsie auch ohne morphologische Veränderungen sinnvoll, zusätzlich immer auch Biopsien aus Magen und Duodenum um eosinophile Gastroenteritis auszuschließen.

Entscheidendes morphologisches Kriterium: ≥ 15 eosinophile Granulozyten/hpf
(die absolute Zahl ist im histopathologischen Befund anzugeben)

Weitere morphologische Kennzeichen: Degranulierung, Aggregate („patchy disease“), Zeichen der plattenepithelialen Regeneration

Eosinophile Ösophagitis

- **Allergie-Diagnostik:**

Bei Erwachsenen mit anamnestischen Verdacht wird eine optionale Diagnostik empfohlen.

Bei Kindern ist eine Allergiediagnostik bezüglich Nahrungsmittel sinnvoll.

Nur in Einzelfällen bei geplanter Eliminationsdiät, kann eine Allergie-Testung (PRICK Test auf die 6 häufigsten Nahrungsmittelallergene und Pollenallergene) erfolgen, wobei bei weniger als 1/3 der Patienten eine Konsequenz aus der Diagnostik zu erwarten ist.

Achtung:

Orale Immuntherapie gegen Nahrungsmittel- und Pollenallergien kann eine EoE triggern.

Initiale Therapie der Eosinophilen Ösophagitis

- **Topische Steroide:** 2 x 1mg orodispersibles Budesonid für 6 bis 12 Wochen (einzige zugelassene Therapie für die EoE in Österreich). Initiales klinisch-histologisches Ansprechen nach 6 Wochen 57%, nach 12 Wochen 85%; hohe Rezidivrate nach Absetzen der Therapie (bis zu 80%)

oder

- **PPI:** Hochdosierte (2 x tgl.) für mindestens 8 Wochen; initiales klinisch-histologisches Ansprechen nach 8 Wochen 33%, anschließend alle 8 Wochen langsame Dosisreduktion, unter Dosisreduktion jedoch zunehmender Wirkverlust.
- **Diät:** Nur in Einzelfällen, optional begleitend bei Patientenwunsch (z.B. 6-Lebensmittel-Eliminationsdiät, Ansprechen vor allem bei Weizen und Milch oder gezielte Elimination einzelner Lebensmittel) aber sehr hohe Rezidivrate nach Re-Challenge.

Eosinophile Ösophagitis

Follow-up und Therapie des Rezidivs

- Nach Ende der initialen Therapie Überprüfung des Therapieerfolges durch Gastroskopie
- Histologischer Therapieerfolg: < 15 Eosinophile Granulozyten/hpf
- Definition des histologischen Relapse: ≥ 15 Eosinophile Granulozyten/hpf
- Endoskopische Follow-up Kontrolle bei klinischer Beschwerdefreiheit: z.B. Kontrollgastroskopie nach 1 Jahr, dann alle 3 Jahre
- Therapie des Rezidivs: siehe Initialtherapie, u.U. Switch von PPI auf orodispersibles Budesonid; u.U. Remissionserhaltende Therapie
- Bei Stenosen: Therapie mit Ballon-Dilatation