



Das endoskopische Bild der vorgestellten Patientin zeigt die Charakteristika einer eosinophilen Ösophagitis (EoE, siehe nachfolgende Erläuterungen). Die Histologie der zweiten Stufenbiopsie 2015 bestätigte die Diagnose einer EoE durch den Nachweis einer Infiltration durch >50 eosinophile Granulozyten pro high-power-field (HPF). Es wurde zunächst eine Therapie mit PPI eingeleitet, welche eine rasche klinische Besserung brachte (PPI-responsible Form der EoE). Die Kontroll-ÖGD 2016 zeigt eine makroskopisch komplett unauffällige Schleimhaut ohne Stenosierung, nunmehr ohne Vermehrung von eosinophilen Granulozyten. Die PPI-Dosis konnte im Verlauf gesenkt werden.





Die **eosinophile Ösophagitis (EoE)** ist eine Entzündung der Speiseröhre mit Infiltration **eosinophiler Granulozyten ( $\geq 15/\text{HPF}$ )**, wahrscheinlich als Folge einer allergischen Reaktion auf bestimmte Nahrungsmittel. Oft wird eine Assoziation zu anderen allergischen Erkrankungen wie Asthma und Pollenallergie beobachtet. Neben der Dysphagie ist eine Bolusobstruktion oft das erste Symptom der EoE. Endoskopisch stellt sich die Erkrankung typischerweise mit **Ringbildung (Bild 1)**, **krepppapierartiger Schleimhaut**, **weißlichen Stippchen** und **Kontaktvulnerabilität** mit rascher Ausbildung von Schleimhautablösungen bei Gerätekontakt (Bild 2) dar. Im Verlauf bilden sich bindegewebige Stenosen. Zur Diagnosesicherung sollen **mindestens 5 Stufenbiopsien des Ösophagus und Vergleichsbiopsien aus Antrum und Corpus** genommen werden. Die noch nicht abschließend definierte „EoE-ähnliche“ Ösophagitis präsentiert sich klinisch identisch zur EoE, zeigt jedoch histologisch keine Eosinophilen-Infiltration.

Ein Teil der EoE-Patienten spricht auf eine **PPI-Therapie** an (PPI-responsible Form), weshalb zunächst ein Therapieversuch über 6-8 Wochen mit anschließender endoskopischer Kontrolle gestartet werden sollte (z.B. 2x20-40mg Omeprazol). Bei Nichtansprechen kann eine Spezialdiät (z.B. „6-food elimination diet“) unter Auslassen der häufigsten Allergene Milch, Weizen, Soja, Nüsse, Ei und Meeresfrüchte oder eine topische Steroidgabe für 8 Wochen (z.B. Fluticason 2x220-440µg, Budesonid 2x1-2mg) mit erneuter endoskopisch-bioptischer Kontrolle versucht werden. Bei Ansprechen auf topische Steroide folgt eine Erhaltungstherapie über 1 Jahr mit der halben Dosis. **Ziel der Therapie** ist die **Symptombefreiheit** und die **histologische Ausheilung**. Narbige Strikturen müssen endoskopisch mittels Bougierung oder Ballondilatation behandelt werden.

Denzer et al. 2015 Z Gastroenterol 53:E1

Shah et al. 2016 Clin Exp Gastroenterol 9:281

