



Die Patienten klagen häufig über retrosternale Schmerzen.

Es handelt sich bei der EoE um ein relativ neues Krankheitsbild, die Erstbeschreibung erfolgte 1989. Die Erkrankung wird laut Attwood in ihrer Bedeutung noch oft unterschätzt, ist jedoch keineswegs harmlos oder als Befindlichkeitsstörung anzusehen. Die Betroffenen – in aller Regel handelt es sich um Männer im Alter zwischen 30-50 Jahren – klagen primär über eine Dysphagie, die das Leitsymptom der EoE darstellt. Die Patienten essen oft sehr langsam, kauen lange und meiden zum Teil feste Nahrung – insbesondere den Verzehr von Fleisch. Häufig werden auch retrosternale Schmerzen angegeben. Bei Kindern manifestiert sich die Erkrankung oft auch mit Übelkeit und Erbrechen sowie mit einer Verweigerung der Nahrungsaufnahme.

Neigung zur Progredienz

Ursache der Beschwerden ist eine Inflammation im Bereich der Speiseröhre, die eine Neigung zur Progredienz hat, wenn die EoE unbehandelt bleibt. Es kommt dabei zum Remodelling und zur Ausbildung fibrotischer Veränderungen bis hin zu Strikturen, die das Lumen des Ösophagus verengen. Damit ist eine Bolusimpaktion fast schon vorprogrammiert und es kann auch eine spontane Ösophagusperforation auftreten.

Im Frühstadium der Erkrankung sind die endoskopischen Befunde oft subtil. Im Verdachtsfall sollten daher auch bei unauffälligem Erscheinungsbild der Ösophagus-

Eosinophile Ösophagitis

„Das Asthma des Ösophagus“

Schluckstörungen, retrosternale Schmerzen im Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme in Assoziation zu einer atopischen Erkrankung – das sind Faktoren, die unbedingt an eine eosinophile Ösophagitis (EoE) denken lassen sollten. Man bezeichnet das Krankheitsbild auch als „Asthma des Ösophagus“, erklärte der Erstbeschreiber der EoE, Prof. Stephen Attwood aus Durham, Großbritannien, beim „Ösophagus-Update“ in Hamburg.

schleimhaut Biopsien genommen werden, denn die Erkrankung ist letztlich nur durch den histologischen Nachweis einer erhöhten Zahl an Eosinophilen sicher zu diagnostizieren.

Differenzialdiagnose GERD ausschließen

Die wohl wichtigste Differenzialdiagnose ist die gastroösophageale Refluxkrankheit (GERD), bei der jedoch die Leitsymptome Sodbrennen und Regurgitation sind, wie Attwood betonte. Die GERD entwickelt sich bei einem völlig anderen Patientenbild, es handelt sich meist um ältere, oftmals übergewichtige Männer, aber häufig auch um Frauen. Eine Nahrungsimpaktion ist bei der GERD selten, bei der EoE aber eine häufige Komplikation.

Die Therapieziele sind bei der EoE vielfältig, berichtete Prof. Stephan Miehlke, Hamburg. Primär geht es darum, eine histologische und klinische Remission zu erreichen und so die zum Teil massiv eingeschränkte Lebensqualität der Patienten wiederherzustellen. Es sollte ein langfristiger Remissionserhalt angestrebt werden, um dauerhaft Komplikationen wie einer Bolusobstruktion und irreversibler Organschäden wie dem Remodelling und der Ausbildung von Strikturen vorzubeugen.

Behandelt wurde lange Zeit mittels einer Eliminationsdiät, die, so Miehlke „im Alltag aber kaum langfristig zu praktizieren ist“. Möglich ist ferner eine Therapie

mit einem Protonenpumpeninhibitor (PPI). „Die Effektivität der PPI ist aber sehr limitiert und die Wirkstoffe sind zudem nicht zur Therapie der EoE zugelassen“, betonte der Gastroenterologe.

Als einzige zugelassene medikamentöse Therapieoption bei Erwachsenen stellte er in der von der Dr. Falk Pharma unterstützten Veranstaltung die Budesonid-Schmelztablette mit Brauseeigenschaften (Jorveza®) vor. Die Tablette enthält 1 mg des lokal wirksamen Steroids Budesonid und wird zweimal täglich eingenommen. Sie löst sich langsam im Mund auf und regt den Speichelfluss an. Das im Speichel gelöste Budesonid wird mit dem Schlucken an die entzündete Schleimhaut im Ösophagus transportiert und kann dort lokal wirksam werden.

Die klinische Wirksamkeit und Sicherheit des Präparats wurde in einer Phase III-Studie bei 88 Patienten mit EoE dokumentiert. Die Patienten wurden dabei sechs Wochen lang doppelblind randomisiert mit der Budesonid-Schmelztablette oder Placebo behandelt. Dies führte bei 57,6% der Studienteilnehmer unter Budesonid gegenüber 0% unter Placebo zur klinischen und histologischen Remission. Der Unterschied war statistisch signifikant, so Miehlke. Es schloss sich für Patienten, die noch keine klinisch-histologische Remission erreicht hatten, eine offene Studienphase über weitere sechs Wochen an. In dieser Zeit stieg der Anteil an Patienten mit klinisch-histologischer Remission auf 85% an, bei insgesamt guter Verträglichkeit der Medikation. *Christine Vetter*



Besuchen Sie das nächste Falk Gastro-Forum „Inflammation und Neoplasie im Gastrointestinaltrakt“ am Samstag, den 31. August 2019 in Marburg; Infos: www.falkfoundation.de/veranstaltungen

Ösophagus-Update „Gastroösophageale Refluxkrankheit – Eosinophile Ösophagitis: Von der Leitlinie zur klinischen Praxis“, 15. Mai 2019 in Hamburg, Veranstalter: Dr. Falk Pharma