

# „Fleischbrocken bleiben mir immer in der Speiseröhre stecken“



Abbildung 1: Initialer ösophagoskopischer Befund – „Trachealisierung“, „Baumkuchen“.



Abbildung 2: Initialer ösophagoskopischer Befund – Schleimhäutig.

Ein 41-Jähriger Patient wird vom Notarzt mit heftigsten retrosternalen Schmerzen in der Notaufnahme vorgestellt. Er schildert, ihm sei ein Bissen Rindfleisch in der Speiseröhre steckengeblieben. Erst durch mehrfaches, forciertes Nachtrinken sei der Fleischbrocken dann unter massiven Schmerzen in die Speiseröhre gerutscht. Diese Symptome waren für den Patienten nicht neu, schon mehrfach war ihm Ähnliches passiert. In den Vorerkrankungen des Patienten fallen lediglich ein jugendliches Asthma bronchiale und gelegentlicher Heuschnupfen auf.

Bei Untersuchung ist der Patient beschwerdefrei, schildert jedoch er müsse immer „gut kauen“ und langsam essen, sonst verschluckt er sich. Diese typische Anamnese lässt an die „Eosinophile Ösophagitis“ denken, eine relativ neue Erkrankung, die seit den Achtzigerjahren zunehmend häufiger diagnostiziert wird.

Die nachfolgende Gastroskopie zeigt typische – ohne Histologie jedoch noch nicht beweisende – Befunde, auf die der Endoskopiker bei dieser Vorgeschichte achten sollte: im Ösophagus waren ein auffälliges Schleimhautrelief, multiple ringförmige Einschnürungen („Baumkuchen“, Trachealisierung) sowie ein tiefer Schleimhaut-einriss über ca. zwei Drittel der gesamten Ösophaguslänge, jedoch noch ohne vollständige Perforation (ansonsten „Boerhaave-Syndrom“) sichtbar (Abbildung 1). Die Quadrantenbiopsien bei 25 cm und 30 cm ab vorderer Zahnreihe

zeigten 84 eosinophile Granulozyten/mikroskopischen Gesichtsfeld (Norm: < 15) – Abbildung 2.

Der Patient wurde kausal mit einem atypisch oral verabreichten, topischen, inhalativen Steroid (Fluticason, 2 x 440 bis 880 µg/Tag auf die Zunge gesprüht und geschluckt) über drei Monate behandelt. Der Patient schilderte bereits nach vier Tagen unter Therapie Beschwerdefreiheit, die in den folgenden Monaten persistierte.

Die endoskopische Kontrolle nach drei Monaten Kortisontherapie zeigte die narbige Abheilung des Schleimhautrisses, eine weitgehende Normalisierung des Schleimhautreliefs und in den Biopsien einen Rückgang der mittleren Eosinophilen-Dichte auf 9/Gesichtsfeld (Abbildung 3). Wir führten einen Auslassversuch mit der topischen Steroidmedikation durch, künftige Rezidive sind möglich.

Die Eosinophile Ösophagitis ist unter Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen ein real zunehmendes Krankheitsbild, an das bei entsprechender Anamnese gedacht werden muss. Häufig wird bei den Patienten eine allergische Diathese, also Heuschnupfen, Asthma oder eine Nahrungsmittelallergie beobachtet (ca. 50 Prozent). Durch exogene Allergene wird eine immunvermittelte T-Helferzell-2-Reaktion (TH2) getriggert, die dann durch eine allergieartige Entzündung zur Fibrose des Gewebes führt und in der Folge die Elastizität des Ösophagus reduziert. Die transmurale Perforation ist dabei selten.

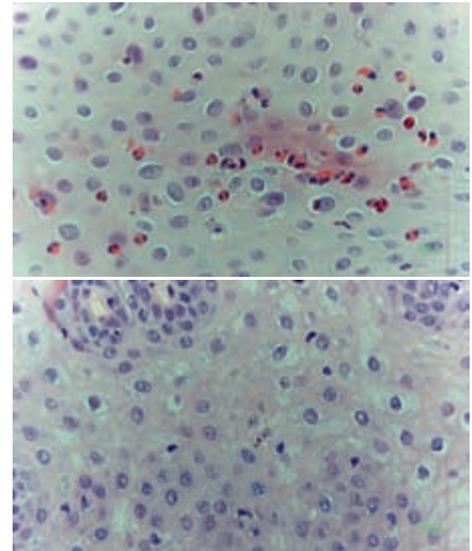


Abbildung 3: Histologie – Eosinophile Ösophagitis vor (oben) und nach (unten) Therapie.

Die Therapie mit topischen Steroiden soll über die klinische Remission der Beschwerden hinaus fortgesetzt werden, in der Regel bis zu drei Monaten. Bei einem Auslassversuch sind dann jedoch Rezidive häufig, sodass eine on/off-Therapie symptomorientiert durchgeführt werden sollte. Alternativ kann individuell eine Dauertherapie erforderlich werden, wobei zur Minimierung von Steroid-Nebenwirkungen die niedrigste effektive Dosis angewendet werden soll.

## Literatur:

Eosinophilic esophagitis: updated consensus recommendations for children and adults. Liacouras CA, et al. J Allergy Clin Immunol. 2011 Jul; 128 (1): 3-20

## Autor

Professor Dr. Wolfgang Schepp,  
Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie  
und Gastroenterologische Onkologie,  
Klinikum Bogenhausen, Städtisches Klinikum München GmbH, Akademisches Lehrkrankenhaus der Technischen Universität München, Engelschalkinger Straße 77,  
81925 München, Telefon 089 9270-2061,  
Fax 089 9270-2486,  
E-Mail: gastroenterologie.kb@klinikum-muenchen.de