



# Eosinophile Ösophagitis

**Priv.-Doz. Dr. Thomas Greuter**

Departement Innere Medizin  
GZO Spital Wetzikon, Schweiz  
thomas.greuter@gzo.ch

## Inhalt

Epidemiologie  
Klinik und Diagnostik  
Therapie  
Weitere eosinophile gastrointestinale Erkrankungen  
Varianten der eosinophilen Ösophagitis  
Fazit für die Praxis

## Lecture board

**Prim. Univ.-Prof. Dr. Michael Gschwantler**

4. Medizinische Abteilung mit Gastroenterologie, Hepatologie, Endoskopie und Ambulanz  
Klinik Ottakring, Wien

**OÄ Dr. Karin Steidl**

Gastroenterologie – Hepatologie  
Barmherzige Brüder  
Krankenhaus St. Veit/Glan

## Ärztlicher Fortbildungsanbieter

Ärztinnen- und Ärztekammer für Niederösterreich, Wipplingerstraße 2, 1010 Wien

## Redaktionelle Bearbeitung

Dr. Claudio Polzer

Eine Literaturliste ist auf Anfrage bei der Redaktion erhältlich.  
Der Originalartikel ist erschienen in Die Innere Medizin 2/2025.

© Springer Verlag GmbH 2026



## Punkte sammeln SpringerMedizin.at

Das E-Learning ist Teil des Diplom-Fortbildungsprogramms (DFP) der Österreichischen Ärztekammer und ermöglicht qualitätsgesicherte Fortbildung durch das Studium von Fachartikeln nach den Richtlinien des DFPs.

## DFP-Punkte online, per Post oder E-Mail

Multiple-Choice-Fragebogen  
bis 16. Dezember 2026 beim  
Springer Verlag eingereicht

## Online

Für eingeloggte User steht der Beitrag und der Fragebogen unter [www.springermedizin.at](http://www.springermedizin.at) zur Verfügung.

## Post

Prinz-Eugen-Straße 8-10  
1040 Wien

## E-Mail (eingescannter Test)

[springer@springer.at](mailto:springer@springer.at)

## Approbation

Diese Fortbildung wird mit einem medizinischen DFP-Punkt approbiert.  
Die Fortbildungspunkte werden rasch und unkompliziert mit Ihrer ÖÄK-Nummer elektronisch verbucht.

## Fortbildungs-ID

1059102

## Kontakt

Springer-Verlag GmbH  
Springer Medizin  
[springer@springer.at](mailto:springer@springer.at)  
SpringerMedizin.at



# Eosinophile Ösophagitis

PRIV.-DOZ. DR. THOMAS GREUTER

Die eosinophile Ösophagitis (EoE) ist eine chronische Typ-2-T-Helferzell(Th2)-vermittelte lokalisierte Entzündung des Ösophagus. Sie wird auch als allergieartige Erkrankung bezeichnet, da sie hauptsächlich durch Nahrungsmittelallergene ausgelöst wird. Hierzu zählen tierische Milchprodukte, Eier, Gluten bzw. Weizen, Soja, Nüsse sowie Fisch und Meeresfrüchte. Ein durchlässiges Epithel („epithelial barrier defect“) ermöglicht den Eintritt verschiedener Allergene in die Submukosa, wo es zu einer Aktivierung von T-Zellen und einer Th2-Immunantwort kommt. Durch Freisetzung proinflammatorischer Zytokine – hauptsächlich Interleukin(IL)-4, IL-5 und IL-13 – wird die Migration eosinophiler Granulozyten in die Submukosa und das Epithel gefördert, was wiederum die Entzündung potenziert sowie durch Aktivierung von Fibroblasten schlussendlich zu einer Fibrosierung führt. Die Th2-Immunantwort selbst verstärkt die epitheliale Dysfunktion im Sinne eines positiven Feedback-Mechanismus. Die EoE weist pathophysiologisch viele Überlappungen mit anderen Th2-medierten Erkrankungen wie Asthma, atopischer Dermatitis und der chronischen Rhinosinusitis mit Nasenpolypen auf.

Verschiedene Risikogene wurden identifiziert, am besten untersucht sind „thymic stromal lymphopoietin“ (TSLP) sowie Calpain 14 (CAPN14). In genetischen Studien konnte ein erhöhtes Risiko für erstgradig Verwandte nachgewiesen werden, im Gesamtkontext erscheint das absolute genetische Risiko jedoch eher vernachlässigbar.

Die EoE ist eine relativ junge Erkrankung, die erstmals Anfang der 1990er-Jahre zeitgleich von Stephen Attwood in den USA und Alex Straumann in der Schweiz beschrieben wurde. Initial eine Rarität, ist die Erkrankung inzwischen nach dem gastroösophagealen Reflux die zweithäufigste chronische Entzündung der Speiseröhre und die häufigste Ursache der Dysphagie im jungen Erwachsenenalter. Im vorliegenden Übersichtsbeitrag werden Epidemiologie, Klinik, Diagnostik und Therapie beleuchtet, aber auch neuere Aspekte wie die weiteren eosinophilen gastrointestinalen Erkrankungen („eosinophilic gastrointestinal disorders“ [EGID]) und Frühformen der EoE (Varianten) besprochen.

## Epidemiologie

Die ersten EoE-Fälle reichen in die 1970er- und 1980er-Jahre zurück, die Erstbeschreibung der Erkrankung datiert aus dem Jahr 1993 bzw. 1994. Gemeinsam war den beschriebenen Patienten eine Dysphagie (bis hin zur Bolusobstruktion) sowie eine ausgeprägte Eosinophilie im Ösophagusepithel. Der Verlauf von

Prävalenz und Inzidenz der Erkrankung seit der Erstbeschreibung vor 30 Jahren ist eindrücklich. Alle Studien zeigen einen massiven Anstieg. Aktuell geht man von einer Häufigkeit von 1:2000 aus, wobei wahrscheinlich immer noch eine hohe Dunkelziffer besteht. Viele Patienten sind sich ihres Leidensdrucks nicht bewusst, da sie schon Jahre (bis Jahrzehnte) an der Erkrankung leiden und sich mit Kompensationsmechanismen an die Beschwerden gewöhnt haben; zu diesen zählen häufiges Trinken, langsames Essen und das Vermeiden faseriger Speisen. Hierfür spricht, dass auch nach 30 Jahren die Zeit vom Auftreten der ersten Symptome bis zum Stellen der Diagnose („diagnostic delay“) im Schnitt 4 Jahre beträgt und nicht vermindert werden konnte. Über die Gründe für die Zunahme der Häufigkeit kann aktuell nur spekuliert werden. Eine veränderte Nahrungsmittelproduktion und der Einsatz von Detergenzien könnten eine Rolle spielen. In Anbetracht der Tatsache, dass tierische Milchprodukte in 40–50 % der Fälle ursächlich für die Erkrankung sind und eine Milchelimationsdiät eine effiziente Therapiestrategie darstellt, könnte insbesondere die veränderte Milchproduktion mit einem Wechsel von extensiver zu intensiver Milchwirtschaft in den letzten 50 Jahren von Bedeutung sein.

Aufgrund der pathophysiologischen Überlappungen ist die EoE häufig mit anderen Th2-vermittelten Erkrankungen anzutreffen. Bis zu 70 % der Patienten mit EoE leiden an mindestens einer weiteren Allergie. Die Erkrankung wird häufiger bei Männern diagnostiziert als bei Frauen, das Geschlechterverhältnis liegt bei 3:1. Die EoE ist zudem familiär gehäuft und scheint in Clustern aufzutreten. Einerseits liegen Studien vor, welche die sogenannte Hygienehypothese unterstützen, das heißt, dass ein sterileres Umfeld in den ersten Lebensjahren das Auftreten von Allergien begünstigt. Andererseits konnte in einer epidemiologischen Studie in den USA eine erhöhte Prävalenz der EoE in der Umgebung von Schweinefarmen sowie eine inverse Korrelation mit der Populationsdichte gezeigt werden. Weitere Risikofaktoren scheinen altersgebunden zu sein und beinhalten: maternales Fieber (in utero Risikofaktor), Therapie mit Protonenpumpeninhibitoren, Sectio, Antibiotika-Einnahme, Formulaernährung (postnatale Risikofaktoren), Rauchen, Infektionen, u.a. *Helicobacter pylori* (Risikofaktoren im Kindes- und Jugendalter).

## Klinik und Diagnostik

Die typische Symptomatik der EoE ist eine Dysphagie für feste Speisen. Diese variiert von leichten Schluckbeschwerden bis hin zu mehrstündigen Bolusobstruktionen, die notfallmäßig endos-

kopisch gelöst werden müssen. Mittlerweile ist gut bekannt, dass sich eine EoE auch unspezifischer präsentieren kann. Zu den nichtspezifischen Symptomen gehören

- ein Brennen im Bereich der Speiseröhre,
- Schluckschmerzen (Odynophagie),
- Thoraxschmerzen (teilweise belastungsabhängig) oder
- Reflux.

**Tab. 1 EREFS-Klassifikation zur Einschätzung der endoskopischen Krankheitsaktivität bei EoE**

EREFs	Beschreibung	Komponente	Bewertung
Schleimhautödem („edema“)	Verminderte Gefäßzeichnung	Inflammatorisch	0–1
Zirkuläre Ringe („rings“)	Bis hin zur Trachealisierung	Fibrotisch	0–3
Exsudate („exudates“)	Weißliche Ausschwitzungen	Inflammatorisch	0–2
Furchen („furrows“)	Länglich, straßenbahnschienenartig	Inflammatorisch	0–2

**Tab. 2 Kompensationsmechanismen, die Beschwerden der eosinophilen Ösophagitis maskieren können (IMPACT)**

IMPACT	Bedeutung	Übersetzung
I	„Imbibe fluid with meals“	Nachtrinken von Flüssigkeit
M	„Modify food“	Modifikation wie Schneiden oder Pürieren von Essen
P	„Prolong mealtimes“	Langsames Essen
A	„Avoid hard texture foods“	Vermeiden von faserigen Speisen
C	„Chew excessively“	Exzessives Kauen
T	„Turn away tablets/pills“	Vermeiden von Medikamenten (Pillen)

Ein Brennen im Bereich der Speiseröhre kann nach dem Essen bestimmter Nahrungsmittel relativ akut auftreten und ist vergleichbar mit einem oralen Allergiesyndrom. Dieses Phänomen wurde kürzlich als „food-induced immediate reaction of the esophagus“ (FIRE) beschrieben und kommt bei der EoE gehäuft vor. Da die Beschwerden relativ akut auftreten, könnten diese jedoch – im Gegensatz zur eigentlichen EoE – Immunglobulin-E(IgE)-vermittelt sein. Jedenfalls ist es sinnvoll, im Arztgespräch auf mögliche Allergene einzugehen. Bei Kindern ist die Symptomatik altersabhängig und reicht von einer Gedeihstörung im Säuglingsalter über unspezifische Bauchbeschwerden im Kleinkindesalter bis hin zur klassischen Dysphagie bei Jugendlichen.

Die Diagnostik stützt sich auf drei Pfeiler: Klinik, Endoskopie und histologische Untersuchung. Für die Diagnosestellung sind jedoch nur die Klinik und histologische Untersuchung zwingend. Wichtig ist der ärztliche Reflex, dass bei EoE-verdächtigen

Symptomen, das heißt Zeichen der ösophagealen Dysfunktion, immer eine Ösophagogastroduodenoskopie mit Probenentnahmen aus der Speiseröhre indiziert ist. Bereits das endoskopische Bild lässt eine EoE vermuten, es ist jedoch festzuhalten, dass bei 5–10 % der Patienten die Endoskopie völlig blande ausfällt. Der endoskopische Ausschluss einer EoE ohne Biopsieentnahme ist daher nie zulässig. Zudem müssen mindestens 5 Biopsien entnommen werden (idealerweise 2–3 Biopsien aus dem distalen sowie 2–3 Biopsien aus dem proximalen Ösophagus). Die endoskopischen Veränderungen werden in inflammatorische und

fibrotische Komponenten unterteilt und im sogenannten EREFS-Klassifikationssystem zusammengefasst (EREFs „edema, rings, exudates, furrows, strictures“; Tab. 1).

Die einzelnen Komponenten des EREFS-Scores werden zu einer Gesamtpunktzahl addiert. Je höher der Score, desto höher die endoskopische Aktivität. Bezüglich der Punktzahl, die eine endoskopische Remission definiert, herrscht jedoch kein Konsens. Meist wird ein Score von 0 bis 1

angestrebt, manche Autoren tolerieren maximal eine diskrete Ringbildung. Histologisch ist eine EoE definiert als eine Infiltration mit eosinophilen Granulozyten im Ösophagusepithel von mindestens 15 pro hochauflösendem Gesichtsfeld („high-power field“ [HPF]). Da ein HPF nicht einheitlich definiert ist, wird in neueren Studien pro Quadratmillimeter gezählt, wobei hier der Schwellenwert von 60 Eosinophilen/mm<sup>2</sup> genutzt wird.

Mittlerweile ist jedoch gut bekannt, dass die EoE histologisch mehr als eine Infiltration mit Eosinophilen darstellt. Dem wird mit dem neueren histologischen Score Eosinophilic Esophagitis Histology Scoring System (EoE-HSS) Rechnung getragen. Dieser Score berücksichtigt eosinophile Veränderungen (eosinophile Infiltration, eosinophile Abszesse, „eosinophil surface layering“), aber auch nichteosinophile Veränderungen (Basalzonen-hyperplasie, Spongiose, epitheliale Alteration, dyskeratotische epitheliale Zellen und Fibrose der Lamina propria). Die Therapie richtet sich jedoch – zumindest im Moment – weiterhin nur nach der Eosinophilenzahl. Angestrebt wird ein Wert von < 15 Eosinophilen pro HPF (= histologische Remission), wobei in neueren Studien der strengere Wert von ≤ 6 verwendet wurde. Für die klinischen Beschwerden gibt es ebenfalls Scores, wie etwa den validierten Eosinophilic Esophagitis Symptom Activity Index (EESAI), der aufgrund seiner Komplexität jedoch selten im klinischen Alltag angewendet wird. Hier genügt oft ein simpler Instrument wie eine visuelle Analogskala oder eine numerische Skala von 0 bis 10. Wichtig ist jedoch das gezielte Fragen nach Kompensationsmechanismen, sogenannten „coping strategies“, insbesondere bei vermeintlich asymptomatischen Patienten. Hier hilft die Eselsbrücke IMPACT (Auflösung des Akronyms in Tab. 2).

In den letzten Jahren wurden neuere diagnostische Methoden für die EoE untersucht, einige mit Erfolg, andere nicht. Nicht-invasive Tools fehlen weiterhin, ein akkurater Bluttest liegt nicht vor. Zwar korreliert die Eosinophilie im peripheren Blut mit der histologischen Aktivität; Sensitivität und Spezifität sind jedoch unzureichend, um eine EoE diagnostizieren bzw. ausschließen zu können. Semiinvasive Methoden wie der String-Test oder Cytosponge (Medtronic, Dublin, Irland) sind erfolgsversprechend. Bei beiden Methoden werden Tools genutzt, die geschluckt, an einem Faden rückwärts durch die Speiseröhre gezogen und anschließend zytologisch untersucht werden. Bisher werden diese jedoch im klinischen Alltag nicht eingesetzt. Im Gegensatz dazu hat der Endoflip (Medtronic, Dublin, Irland) die Diagnostik revolutioniert. Hiermit wurde es erstmals möglich, die Fibrosierung der Speiseröhre abzuschätzen, zumindest mithilfe einer Beurteilung der ösophagealen Dehnbarkeit („distensibility“). Dies ist vor allem bei Patienten hilfreich, die trotz histologischer Remission weiterhin an Beschwerden leiden. Gerade die Fibrose wird bei der Endoskopie nämlich häufig unterschätzt. Zu einer ähnlichen Revolution könnte die endoskopische Impedanzmessung führen, die in den USA bereits eingesetzt wird und ermöglicht, während einer Endoskopie in wenigen Sekunden die epitheliale Barrierefunktion zu beurteilen.

## Therapie

Die Therapie der EoE fußt auf den sogenannten 3 D, nämlich „drugs“ (Medikamente), „diet“ (Eliminationsdiät) und „dilation“ (endoskopische Dilatation). Letztere ist eine äußerst effiziente Therapiemodalität, die in geübten Händen eine sehr niedrige Komplikationsrate zeigt. Im Gegensatz zu Diät oder Medikamenten behandelt die endoskopische Dilatation jedoch nicht die zugrunde liegende Inflammation und sollte daher nur als Zusatz, nicht aber als alleinige Therapie eingesetzt werden.

Die medikamentöse Therapie wird aufgrund der Effizienz sowie des guten Nebenwirkungsprofils meist favorisiert. Hier gibt es mittlerweile drei Optionen:

- PPI
- Topische Steroide
- Das Biologikum Dupilumab

Die Diät ist einer medikamentösen Therapie wahrscheinlich ebenbürtig, wirkt jedoch weniger rasch und ist für die Patientin bzw. für den Patienten einschneidend. Leider gibt es keine aussagekräftigen Tests, welches Allergen eliminiert werden muss. Daher handelt es sich um eine sogenannte Trial-and-error-Strategie. Da die EoE chronisch verläuft, sind alle Therapieformen, sowohl die Medikation als auch die Diät, als Dauertherapie zu verstehen. Bis jetzt konnte für keine Therapie ein erkrankungsmodifizierender Effekt gezeigt werden. Auch bei sehr gut kontrollierten Patienten entwickelt sich rasch ein Rezidiv, wenn die

Therapie gestoppt wird. Eine unkontrollierte Aktivität ist insofern problematisch, als sie mit einer erhöhten Rate an Strikturen einhergeht. Ein Therapiestopp ist daher nicht empfohlen.

## Protonenpumpeninhibitoren

Die Therapie der EoE mit PPI ist effizient und nebenwirkungsarm. Metaanalysen haben eine Effizienz von 60,8 % (klinisches Ansprechen) bzw. 50,5 % (histologische Remission) gezeigt. Vom früheren Konzept einer PPI-refraktären EoE ist man seit Längerem abgekommen. Das heißt, eine fehlende Antwort auf PPI ist kein Diagnosekriterium mehr für das Vorliegen einer EoE. Im Gegenteil, die PPI sind den topischen Steroiden im Therapiealgorithmus ebenbürtig und werden als Erstlinientherapeutika aufgeführt. Empfohlen ist eine Hochdosistherapie (2-mal die Standarddosis) für 8–12 Wochen mit Reduktion auf die Standarddosis, sobald eine klinische und histologische Remission erreicht ist. Zum antifibrotischen Potenzial der PPI sind wenige Daten publiziert. Bei Vorliegen eines fibrostenotischen Phänotyps sind PPI jedoch nicht erste Wahl. Eine Kombinationstherapie mit PPI und topischen Steroiden ist bei EoE ohne Nutzen, kann jedoch sinnvoll sein, wenn zusätzlich ein gastroösophagealer Reflux vorliegt.

## Topische Steroide

Topische Steroide werden seit über 20 Jahren zur Therapie der EoE eingesetzt. Die „Landmark-Studien“ stammen von 2010 (Induktionstherapie) und 2011 (Erhaltungstherapie). Fluticason und Budesonid scheinen einander ebenbürtig zu sein (histologische Remission in 64 % vs. 71 %). Wichtig ist jedoch, dass das Pulver bzw. der Sirup geschluckt wird und keine Inhalation erfolgt. Auch heute noch werden diese Präparate „off label“ und erfolgreich eingesetzt.

Seit einigen Jahren ist die speziell für die EoE zugelassene Schmelztablette Jorveza („budesonide orodispersible tablet“) verfügbar. In den Phase-III-Studien konnte damit eine hohe Rate an kombiniert klinisch-histologischer Remission von 58 % erzielt werden, die langfristig bei 75 % der Patienten aufrechterhalten wurde. Bei 93 % der Patienten kommt es zu einer histologischen Remission, was somit deutlich höher ist als bei den konventionellen („off label“) Präparaten. Die Induktionsdosis von Jorveza beträgt 1 mg 2-mal täglich für 6–12 Wochen, gefolgt von der Erhaltungsdosis von 0,5 mg 2-mal täglich. Wichtig ist auch hier, dass das histologische Ansprechen auf die Induktionsdosis kontrolliert wird.

In den USA wurde kürzlich eine orale Suspension zugelassen (Eohilia, 2-mal 2 mg), die in der Europäischen Union (EU) nicht erhältlich ist. Auch wenn die Studienpopulationen nicht vergleichbar sind, scheint Jorveza höhere Raten an histologischer Remission (93 %) aufzuweisen als Eohilia (53 %). Für Kinder wurde ebenfalls eine orale Suspension entwickelt, die in Phase-III-Studien geprüft wird. Die ersten Daten sind vielversprechend und es kann mit einer entsprechenden Zulassung gerechnet



© N. Cavoski/iStock

werden. Alle topischen Steroide haben ein sehr gutes Nebenwirkungsprofil aufgrund der lokalen Aktivität. In etwa 5–8 % der Fälle muss mit einer Soorösophagitis gerechnet werden. Systemische Effekte sind in der Regel nicht zu erwarten.

### Dupilumab

Dupilumab ist das erste zugelassene Biologikum zur Therapie einer EoE. Der Anti-IL-4/IL-13-Antikörper blockiert dabei zwei Schlüsselzytokine in der EoE-Pathogenese. Das Medikament wurde bereits früher für andere Th2-medierte Erkrankungen zugelassen, insbesondere Asthma, atopische Dermatitis sowie chronische Rhinosinusitis mit Nasenpolypen. Bei der EoE war es das erste Biologikum, das in einer Phase-III-Studie zu einer klinischen und histologischen Antwort (60 % histologische Remission) führte, dies jedoch nur in der höheren Dosis von wöchentlich 300 mg. Die subkutane Gabe von 300 mg alle 2 Wochen hatte bei der EoE im Gegensatz zu anderen Indikationen nur einen histologischen, nicht aber einen klinischen Effekt.

Dupilumab ist in der EU ab 12 Jahren zur Therapie einer EoE zugelassen, in den USA bereits ab dem Alter von einem Jahr bzw. ab einem Gewicht von 15 kg. Dupilumab ist vor allem in den folgenden Situationen indiziert:

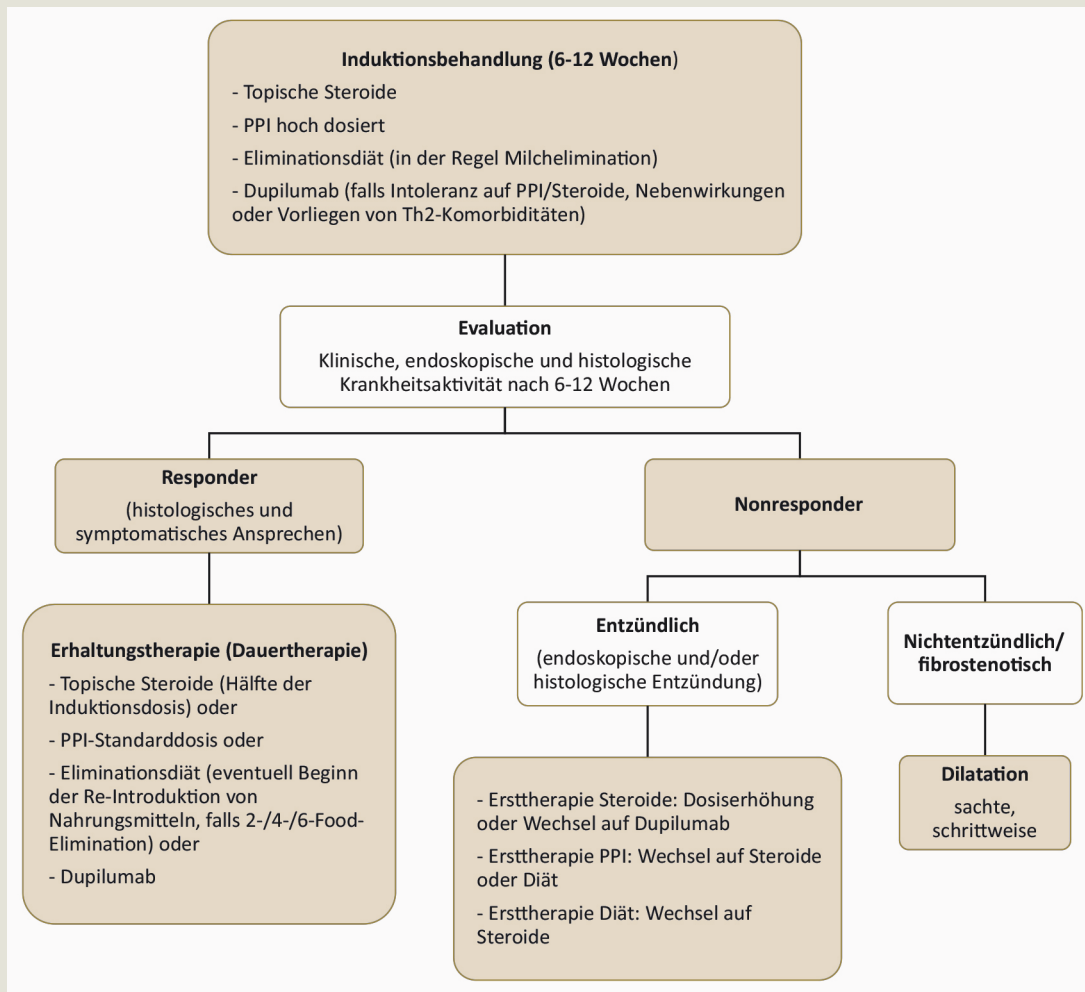
- Steroidrefraktärer Verlauf
- Intoleranz der topischen Steroide
- Vorliegen von Th2-vermittelten Komorbiditäten

In den nächsten Jahren ist mit der Zulassung weiterer Biologika zu rechnen, insbesondere des Anti-IL-13-Antikörpers Cendakimab. Die anti-IL-13 Antikörper scheinen eine potenzielle Therapieoption zur Prophylaxe und Behandlung fibrotischer Veränderungen zu sein, wobei dies noch in Studien gezeigt werden muss. Zumindest ein positiver Effekt auf die epithelial-mesenchymale Transition konnte gezeigt werden.

### Diät

Lange wurde eine sogenannte 6-Food-Eliminationsdiät propagiert. Der konsequente Verzicht auf die sechs wichtigsten Nahrungsmittelallergene (Milchprodukte, Eier, Gluten bzw. Weizen, Soja, Nüsse sowie Fisch und Meeresfrüchte) ist effizient, jedoch schwierig umsetzbar. Daher wurden alternative Strategien entwickelt, wie der sogenannte „2-4-6 step-up approach“, bei dem zuerst auf zwei Allergene verzichtet wird (mit einem anschließenden „step-up“, falls die Diät nicht funktioniert). Interessanterweise konnte in einer kürzlich publizierten Studie gezeigt werden, dass zwischen einer einfachen Milcheleliminationsdiät und einer strikten 4- oder 6-Food-Eliminationsdiät kein Unterschied besteht, weder bei Erwachsenen (40 % vs. 34 %) noch bei Kindern (41 % vs. 44 %). Daher sollte die Milcheleliminationsdiät als erster Schritt evaluiert werden. Überraschenderweise konnte auch gezeigt werden, dass die Sterilisierung der Milch einen potenziellen Einfluss auf deren Immunogenität hat, das heißt, die sterilisierte Milch erscheint weniger immunogen und führt somit nicht zu einer EoE-Immunantwort. Die Eliminationsdiät in der EoE-Therapie ist immer empirisch und der Therapieerfolg muss endoskopisch (plus histologische Untersuchung) kontrolliert werden. Allergietests vor Diät haben keinen Nutzen und sind nicht empfohlen.

**Abb. 1**  
 Vereinfachter Therapiealgorithmus für die eosinophile Ösophagitis. PPI Protonenpumpeninhibitoren, Th2 Typ-2-T-Helferzellen. (Adaptiert nach Waldegg C 2023 et al. und Pfefferlé M 2024 et al.)



## Dilatation

Endoskopische Dilatationen können mittels Bougierung, Ballondilatation oder Bougie-Cap durchgeführt werden. In geübten Händen ist das Perforationsrisiko sehr gering. Wichtig ist jedoch ein vorsichtiges Aufdehnen über mehrere Sitzungen nach der „rule of 3“, das heißt mit einer schrittweise Steigerung von maximal 3 mm pro Sitzung. Ob ein Aufdehnen auf über 18 mm einen Nutzen hat, ist unklar. Nach einer Dilatation kommt es zu einer Diskrepanz zwischen Symptomatik und histologischer Aktivität. Eine symptomatische Besserung heißt somit nicht, dass die Erkrankung auch histologisch kontrolliert ist. Daher sollte die Dilatation nur in Kombination mit einer antiinflammatorischen Therapie (Medikamente oder Diät) angewendet werden (Abb. 1).

## Weitere eosinophile gastrointestinale Erkrankungen

In den letzten Jahren hat sich der Fokus der EoE-Forschung hin zu Ausprägungen distal des Ösophagus verschoben. Früher als Rarität bekannt, zeigen Inzidenz und Prävalenz der EGID („eosinophilic gastrointestinal disorders“) deutlich nach oben, aktuell kann davon ausgegangen werden, dass Patienten mit gastrointestinalen Symptomen in etwa 2 % der Fälle an einer EGID leiden. Da eosinophile Granulozyten im Gegensatz zum

Ösophagus in den anderen gastrointestinalen Organen physiologisch vorkommen, sind die histologischen Schwellenwerte für eine signifikante eosinophile Infiltration höher angesetzt. Es herrscht jedoch aktuell kein eindeutiger Konsens. Kürzlich wurde folgende Nomenklatur vorgeschlagen:

- Eosinophile Gastritis
- Eosinophile Enteritis (Duodenitis, Jejunitis, Ileitis)
- Eosinophile Kolitis

Je weiter distal im Gastrointestinaltrakt, desto höher liegt der diagnostische Cut-off betreffend einer signifikanten Eosinophilie:

- Magen:  $\geq 30$  Eosinophile/HPF
- Duodenum:  $\geq 52$  Eosinophile/HPF
- Ileum:  $\geq 56$  Eosinophile/HPF
- Kolon:  $\geq 64-100$  Eosinophile/HPF

Die Präsentation der EGID ist unspezifisch und kann mit funktionellen Beschwerden verwechselt werden. Ein endoskopisches Klassifikationssystem wurde kürzlich für die eosinophile Gastritis eingeführt (EG-REFS); es berücksichtigt Erosionen, Ulzerationen, körnige Schleimhaut, noduläre Schleimhauterhabenheiten, Erythem, kontaktvulnerable Mukosa und verdickte Schleimhautfalten. In der Maximalvariante kann sich eine Pylorusstenose zeigen. Therapiert werden EGID in Analogie zur EoE entweder mit einer Diät oder mit Medikamenten, insbesondere mit topischen und systemischen Steroiden. Auch der Anti-IL-5-Antikörper Reslizumab sowie der Anti-IL-4/IL-13-Antikörper Dupilumab scheinen wirksam zu sein.

## Varianten der eosinophilen Ösophagitis

Die Rolle der eosinophilen Granulozyten in der Pathogenese der EoE wurde durch verschiedene Studien zumindest infrage gestellt. In diesem Zusammenhang sind folgende Erkenntnisse zu nennen:

- Die Korrelation zwischen Symptomen und Eosinophilie ist nur moderat.
- Zahlreiche Biologika haben einen signifikanten Effekt auf die ösophageale Eosinophilie, ohne einen klinischen Nutzen zu zeigen.
- Es bestehen Frühformen bzw. Nuancen der Erkrankung, die sich ohne Eosinophilie zeigen, klinisch jedoch gleich präsentieren.

Erstmals wurde 2017 die sogenannte „EoE-like disease“ beschrieben, bei 5 Patienten aus 4 EoE-Familien. Diese Patienten präsentierten sich mit einer eindrücklichen Dysphagie, ohne dass eine ösophageale Eosinophilie nachgewiesen werden konnte. Zwischenzeitlich wurden drei sogenannte EoE-Varianten charakterisiert, die sich histologisch, aber auch auf Niveau der Genexpression unterscheiden. Hierzu zählen die „EoE-like esophagitis“, die lymphozytäre Ösophagitis sowie die nicht-spezifische Ösophagitis. Es besteht ein gewisser Flux zwischen diesen Varianten und ein potenzieller Übergang in eine EoE. Das Ansprechen auf topische Steroide ist relativ hoch. Diskrete histologische Veränderungen bei Patienten mit Dysphagie sollten immer ernst genommen und die Diagnose einer EoE-Variante in Betracht gezogen werden.

**Priv.-Doz. Dr. Thomas Greuter**  
Departement Innere Medizin  
GZO Spital Wetzikon, Schweiz  
thomas.greuter@gzo.ch

## Fragebogen

Im Rahmen des Diplom-Fortbildungsprogramms ist es möglich, durch das E-Learning Punkte zu erwerben. Nach der Lektüre des Artikels beantworten Sie bitte die nebenstehenden Fragen. Eine Frage gilt dann als richtig beantwortet, wenn alle möglichen richtigen Antworten angekreuzt sind. Bei positiver Bewertung (66 Prozent der Fragen) wird Ihnen ein medizinischer DFP-Punkt zuerkannt.

### Fortbildungs-ID

1059102

### Einsendeschluss

16. Dezember 2026

### E-Mail

(eingescannter Test) [springer@springer.at](mailto:springer@springer.at)

### Online

[www.springermedizin.at](http://www.springermedizin.at) oder

unter E-Learning auf der Website [www.meindfp.at](http://www.meindfp.at)



## Fazit für die Praxis

- Die eosinophile Ösophagitis (EoE) ist die häufigste Ursache einer Dysphagie für feste Speisen im jungen Erwachsenenalter.
- Eine Dysphagie sollte immer endoskopisch abgeklärt werden, mit Entnahme von Biopsien aus der Speiseröhre.
- Auch weniger spezifische Symptome sollten an das Vorliegen einer EoE denken lassen.
- Patienten sollten auch in Bezug auf Kompensationsmechanismen, welche die Symptome einer EoE maskieren, befragt werden.
- Therapiert wird die EoE medikamentös oder mittels einer Diät.
- Erstlinienmedikamente sind Protonenpumpeninhibitoren und topische Steroide. Für schwere Fälle oder Patienten mit Typ-2-T-Helferzell(Th2)-vermittelten Komorbiditäten ist das Biologikum Dupilumab verfügbar.
- Als Diät ist eine Milchelimationsdiät empfohlen, die in bis zu 50 % der Fälle wirkt.
- Eine Therapie der EoE ist immer eine Dauertherapie, da die Erkrankung chronisch ist und ohne wirksame Therapie zu einem fibrostenotischen Phänotyp fortschreitet.
- Bei starkem klinischem Verdacht auf eine EoE, jedoch fehlender ösophagealer Eosinophilie sollte die Diagnose einer EoE-Variante in Betracht gezogen werden.

# Fragebogen

## EOSINOPHILE ÖSOPHAGITIS

Bitte Zutreffendes ankreuzen. Mehrfach-Antworten möglich.



©bokaena/iStock

1

### Welche Aussagen zur Eosinophilen Ösophagitis (EoE) treffen zu? (2 Richtige)

- (a) Bei der EoE ermöglicht ein epithelialer Barrieredefekt den Eintritt von Allergenen mit konsekutiver Th2-Immunantwort, Freisetzung proinflammatorischer Zytokine und Migration eosinophiler Granulozyten in die Submukosa.
- (b) Zu den wichtigsten Allergenen zählen tierische Milchprodukte, Eier, Gluten bzw. Weizen, Soja, Nüsse sowie Fisch und Meeresfrüchte.
- (c) Die Erkrankung wird häufiger bei Frauen diagnostiziert als bei Männern, das Geschlechterverhältnis liegt bei 3:1.
- (d) Trotz pathophysiologischer Überlappungen sind weitere Allergien bei Patient:innen mit EoE eher die Ausnahme.

2

### Die typische Symptomatik der EoE ist... ? (1 Richtige)

- (a) Brennen im Bereich der Speiseröhre
- (b) Dysphagie für feste Speisen
- (c) Schluckschmerzen (Odynophagie)
- (d) Reflux

3

### Welche Aussagen zur Endoskopie bei EoE treffen zu? (3 Richtige)

- (a) Bei EoE-verdächtigen Symptomen ist immer eine Endoskopie mit Probenentnahmen aus der Speiseröhre indiziert.
- (b) Das endoskopische Bild erlaubt eine zuverlässige Diagnose einer EoE.
- (c) Der endoskopische Ausschluss einer EoE ohne Biopsieentnahme ist nie zulässig.
- (d) Histologisch ist eine EoE definiert als eine Infiltration von mindestens 15 eosinophilen Granulozyten pro hochauflösendem Gesichtsfeld („high-power field“ [HPF]) bzw. von 60 Eosinophilen/mm<sup>2</sup> Ösophagusepithel.

4

### Zur Therapie der EoE – TEIL I: Welche Aussage trifft NICHT zu? (1 Richtige)

- (a) Die Therapie der EoE fußt auf den sogenannten 3 D: „drugs“ (Medikamente), „diet“ (Eliminationsdiät) und „dilation“ (endoskopische Dilatation).
- (b) Protonenpumpeninhibitoren (PPI) sind bei EoE effizient und nebenwirkungsarm und gehören zur Erstlinientherapie.
- (c) Empfohlen ist für PPI eine Hochdosistherapie für 8–12 Wochen mit Reduktion auf die Standarddosis, sobald eine klinische und histologische Remission erreicht ist.
- (d) Bei erfolgreicher Therapie (histologische Remission) wird ein Therapiestopp empfohlen.

Fortbildungs-ID  
1059102

5

### Zur Therapie der EoE – TEIL II: Welche Aussagen treffen zu? (3 Richtige)

- (a) Mit den topischen Steroiden Fluticason und Budesonid als Pulver bzw. Sirup kann in 64–71 % eine histologische Remission erreicht werden.
- (b) Budesonid als Schmelztablette hat mit 93 % bislang die höchste Rate an histologischer Remission durch topische Steroide gezeigt.
- (c) Das Biologikum Dupilumab wird bei ausgeprägter Symptomatik mittlerweile als Erstlinientherapie der EoE empfohlen.
- (d) Dupilumab ist u.a. bei steroidrefraktärem Verlauf oder Intoleranz der topischen Steroide indiziert.

6

### Zur Therapie der EoE – TEIL III: Welche Aussagen treffen zu? (2 Richtige)

- (a) Allergietests vor Diät haben keinen Nutzen und sind nicht empfohlen.
- (b) Eine strikte 4- oder 6-Food-Eliminationsdiät ist deutlich effizienter als andere diätetische Strategien.
- (c) Als erster diätetischer Schritt sollte die Milchelminationsdiät evaluiert werden.
- (d) Eine endoskopische Dilatationen mittels Bougierung, Ballondilatation oder Bougie-Cap sollte aufgrund des nicht unerheblichen Perforationsrisikos nur in Ausnahmefällen durchgeführt werden.

Bitte leserlich ausfüllen und per E-Mail an [springer@springer.at](mailto:springer@springer.at) senden oder online ausfüllen auf [www.springermedizin.at](http://www.springermedizin.at) oder [www.meindfp.at](http://www.meindfp.at).

Name \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_  
 Ort/PLZ \_\_\_\_\_  
 Telefon \_\_\_\_\_

ÖÄK-Nummer: \_\_\_\_\_

Frau  Herr

Ich besitze ein gültiges ÖÄK-Diplom

Alter  < 30  31 – 40  41 – 50  51 – 60  > 60