



## Prädisposition

- Steroidtherapie
- Diabetes mellitus
- HIV
- Neoplasien
- Angeborene Immundefekte
- Hohes Alter
- Alkoholismus

## Soorhäufigkeit bei Gabe inhalativer Steroide

- 49 Patienten mit inhalativem Fluticason vs. 700 Kontrollen ohne Immunsuppression
- Gastroskopie bei jedem Patienten, Biopsie von weißlichen Läsionen im Ösophagus
- Prävalenz von Soor: 36 % in der COPD-Gruppe sowie 0.3 % in der Kontrollgruppe

Kanda et al., Am J Gastroenterol (2003) 98, 2146-2148

## Therapie der Soorösophagitis

- Leichtere Formen
  - Fluconazol 100 mg/d p.o. für 14 d
  - Itraconazol 200 mg/d p.o. für 14 d
- Schwerere Formen, schwerer Immundefekt
  - Fluconazol 100 mg/d i.v. 2-3 Wochen
  - Itraconazol 200 mg/d i.v. 2-3 Wochen
  - Amphotericin B 0,5 mg/kg KG/d i.v. 2-3 Wochen
  - Caspofungin 50 mg/d i.v. 2-3 Wochen

## Herpesösophagitis



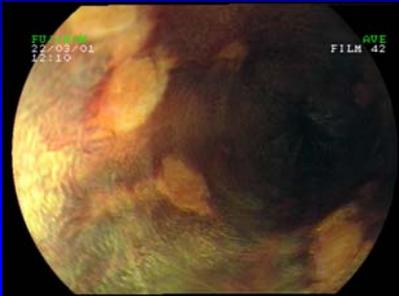
## CMV – Ulcus Magen



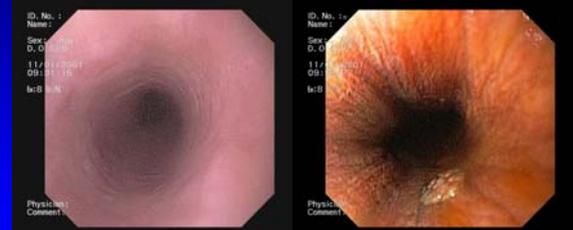
## CMV - Gastritis



## CMV - Ösophagitis



## Lugol'sche Vitalfärbung



Native Videoendoskopie V. a. Papillom des Ösophagus

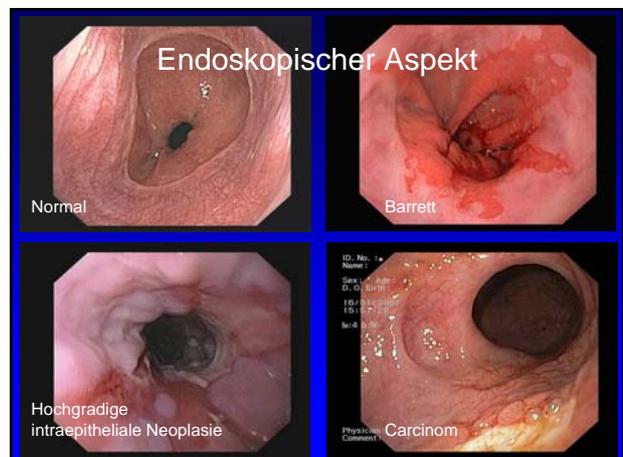
## Therapie der viralen Ösophagitis

- HSV
  - Aciclovir 5 mg/kg KG alle 8 h für 3 Wochen
  - Alternativ Valaciclovir oder Famciclovir 500 mg 2 x tgl. p.o. für 3 Wochen
- CMV
  - Ganciclovir 5 mg/kg KG alle 12 h i.v. für 3 Wochen
  - Alternativ Valganciclovir 900 mg alle 12 h p.o. für 3 Wochen

## Therapie der Varizenblutung

- Akut: Octreotid (Sandostatin®): 25-50 µg als Bolus, dann 25-50 µg/h via Perfusor i.v.
- Prophylaxe: Propranolol (z. B. Dociton®) 10-80 mg/d
- Andere medikamentöse Maßnahmen (PPI, Antibiotika)
- Jeder Patient mit Ösophagusvarizen sollte mit einem unselektiven Beta-Blocker behandelt werden

## Ösophaguscarcinom

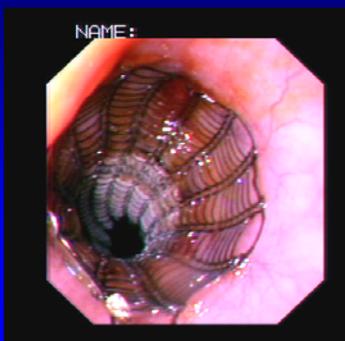


## Ösophaguscarcinom-Therapie

- Operation (Ösophagektomie, Merendino-Operation)
- Radiatio (30-45 Gy) plus Chemotherapie (Cis-Platin, 5-FU, Folsäure)
- Selten: kurative endoskopische Therapie
- Häufig: palliative endoskopische Therapie
- Selten: palliative Chemotherapie
- Prinzipiell ordentliches Überleben heute möglich - dank multimodaler Therapie

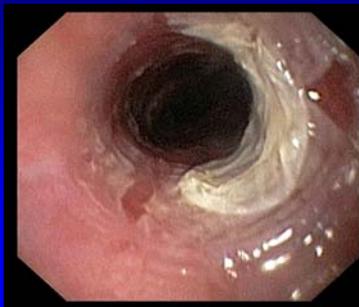


## Bedeckter, selbstexpandierbarer Maschendrahtstent



„Pill esophagitis“

## Ösophagusulcus durch Diclofenac nach Zahn-Operation



## Direkte Ösophagusschädigung

- Nicht-steroidale Antiphlogistika
- Antibiotika (Clinda, Pen, Tetrazykline)
- FeSO<sub>4</sub>, KCl
- Bisphosphonate
- Kardiaka (Alprenolol, Captopril, Nifedipin, Quinidin, Verapamil)

Kikendall, J Clin Gastroenterol (1999) 28, 298-305

## Empfehlung

- Die o.g. Medikamente sollten in aufrechter Position sowie mit ca. 100 ml Flüssigkeit eingenommen werden
- Das Auftreten eines Ösophagusulcus sollte an das Vorhandensein einer Motilitätsstörung denken lassen und eine entsprechende Abklärung folgen lassen

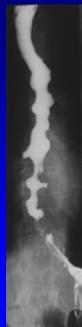
## Funktionelle Ösophaguserkrankungen

- Hypermotile Motilitätsstörungen
  - Achalasie
  - Diffuser Ösophagusspasmus
  - Nußknackerösophagus
- Hypomotile Ösophagusstörungen
  - sekundär: Sklerodermie, Dermatomyositis

## Ösophagusbreischluck bei Achalasie



Klassische Form

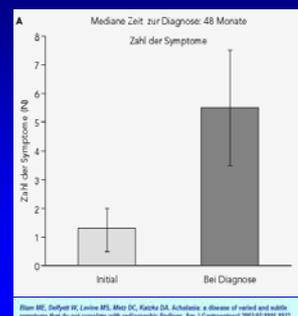


Vigoröse Form

Quelle: Prof. Frieling, Krefeld

## Achalasie

- Primäre Motilitätsstörung
- Inzidenz 0,5/100.000
- Prävalenz 8/100.000
- Diagnostik: ÖGD, Röntgen-Breischluck, Manometrie
- Therapie: Operation, Dilatation, Medikamente



## Botox, Option bei Achalasie ?

- Randomisierte Studie, n=80, Operation versus Botox-Injektion
- Dosis: 4 x 25 IE Botox in jeden Quadranten
- Nach 6 Monaten etwa gleiche Symptomänderung in beiden Gruppen
- Symptombefreiheit nach 2 Jahren: 34 % in der Botox-Gruppe vs. 88 % in der OP-Gruppe

Zaninotto et al., Ann Surg (2004) 239, 1850-1852

## Take-Home Message

- Infektiöse Ösophagitiden bei Patienten mit inhalativen Steroiden beachten
- Spezifische Therapie erregender Ösophagitiden nach gründlicher Diagnostik sehr erfolgreich
- Beta-Blocker Standardtherapie bei Ösophagusvarizen
- Ösophagusulcus durch richtige Tabletten-Einnahme verhindern
- Botox keine dauerhafte Therapieoption bei Achalasie, eher OP oder Dilatation