

Ösophaguserkrankungen

Christian Madl

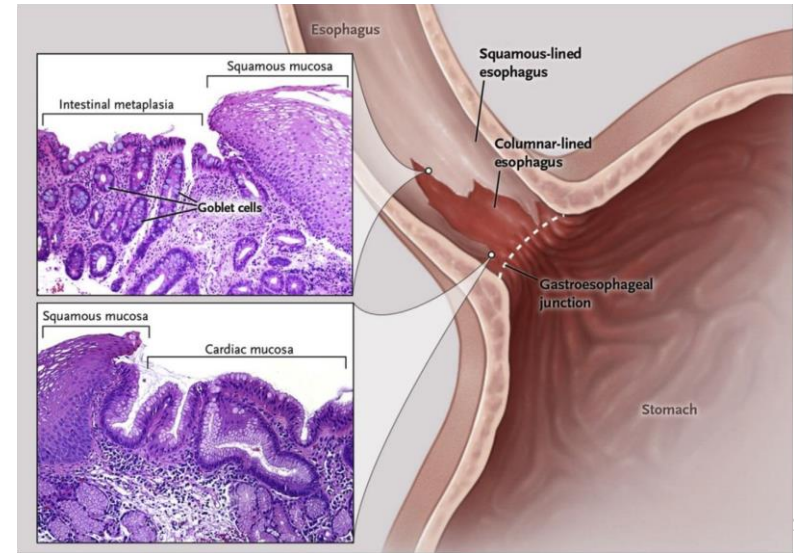
4. Medizinische Abteilung
Zentrum für Gastroenterologische und
Hepatologische Erkrankungen



Barrett Ösophagus

- Prävalenz in der Allgemein-Bevölkerung 1,3 –1,6% (EU), 8,5% (US > 50a)
- Risikofaktoren: Reflux, Alter, Männer, Kaukasier, Rauchen, Adipositas pos. Familienanamnese
- Risikofaktor für Adenokarzinom des Ösophagus; Inzidenz in den letzten 40a um 600% ↑

1. Zylinderepithel > 1cm oberhalb der Magenfalten
2. Intestinale Metaplasie charakterisiert durch Becherzellen bei Biopsie im Ösophagus



RECOMMENDATION 1

a ESGE suggests a proton pump inhibitor (standard dose* once daily) for chemoprevention in patients with BE.

Weak recommendation, moderate quality of evidence.

RECOMMENDATION 2

a ESGE recommends against screening for BE in an unselected population.

Strong recommendation, low quality of evidence.

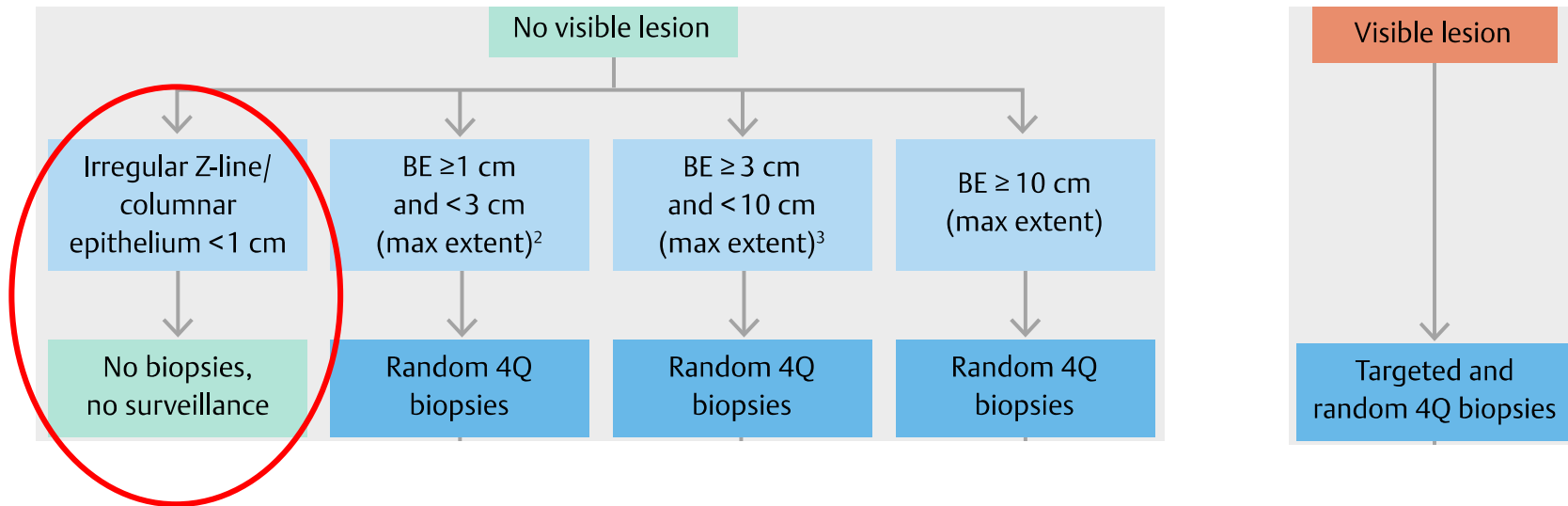
b ESGE suggests that case finding for BE could be considered in a select population, consisting of patients ≥ 50 years of age with a history of chronic GERD symptoms, and at least one of the following risk factors (white ethnicity, male sex, obesity, smoking, having a first-degree relative with BE or EAC).

Weak recommendation, low quality of evidence.

Diagnosis and management of Barrett esophagus: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline



(Surveillance) endoscopy¹



6.4 Surveillance intervals

RECOMMENDATION 9

ESGE suggests varying surveillance intervals for different BE lengths. For BE with a maximum extent of ≥ 1 cm and < 3 cm, BE surveillance should be repeated every 5 years. For BE with a maximum extent of ≥ 3 cm and < 10 cm, the interval for endoscopic surveillance should be 3 years. Patients with BE with a maximum extent of ≥ 10 cm should be referred to a BE expert center for surveillance endoscopies.

For patients with an irregular Z-line/columnar-lined esophagus of < 1 cm, no routine biopsies or endoscopic surveillance are advised.

Weak recommendation, low quality of evidence.

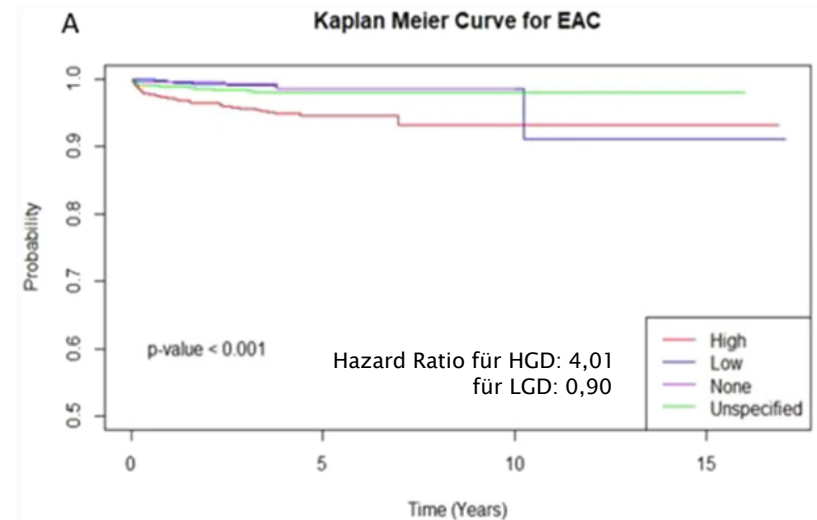
- Irreguläre Z-Linie oder Barrett Zungen < 1 cm: Keine Surveillance
- Barrett Zungen 1 bis < 3 cm: Surveillance alle 5 Jahre
- Barrett Zungen 3 bis < 10 cm: Surveillance alle 3 Jahre
- Barrett Zungen > 10 cm: Überweisung Barrett Zentrum

Incidence of Esophageal Adenocarcinoma, Mortality, and Esophagectomy in Barrett's Esophagus Patients Undergoing Endoscopic Eradication Therapy

4114 Patienten mit Barrett Ösophagus
und endoskopischer Eradikationstherapie (EMR od. RFA)

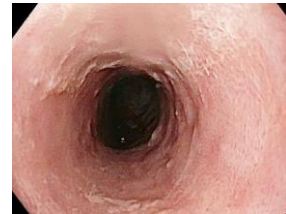
HZP: Inzidenz Ösophaguskarzinom (EAC) nach Index Therapie

Risikofaktor für EAC: high-grade Dysplasie (OR 4,97)



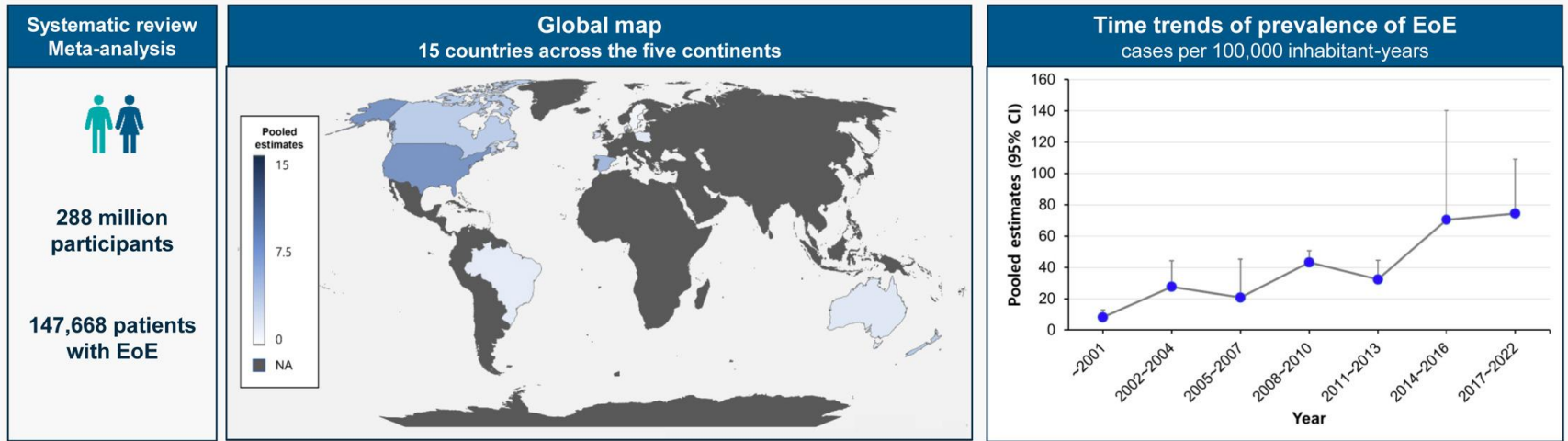
Eosinophile Ösophagitis

- Zweithäufigste entzündliche Erkrankung der Speiseröhre (30 -50a; Männer)
- **Chronische eosinophile Inflammation** (fokal; immun-mediiert; Assoziation: Allergien)
- Häufigste Ursache für Dysphagie u. Bolusobstruktion (Erwachsene)
- eher **progredienter Verlauf**, Strikturen (fibrostenotisch), Motilitätsstörungen
- Diagnose: >15 eosinophile Granulozyten/hpf; „patchy disease“, 6 Biopsien
- Gastroskopie: 70-90% typische Veränderungen (Ödeme, Ringe Furchen)
- Therapie: 3D`s: **D**rugs (**P**PI, **t**opisches **B**udesonid, **D**upilumab) **D**iet, **D**ilatation



Eosinophile Ösophagitis

Global incidence and prevalence of eosinophilic esophagitis (EoE), 1976-2022



- **Global incidence of EoE: 5.31 (95% CI, 3.98–6.63)** cases per 100,000 inhabitant-years
- **Global prevalence of EoE: 40.04 (95% CI, 31.10–48.98)** cases per 100,000 inhabitant-years

Clinical Gastroenterology
and Hepatology

Dupilumab in Adults and Adolescents with Eosinophilic Esophagitis

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

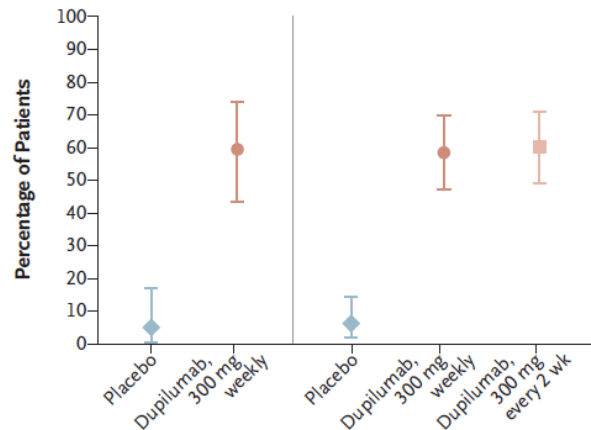
300mg Dupilumab s.c.; monokl. AK gegen IL4 Rezeptor (Hemmung IL4/IL13)

- **3-teilige Phase III Studie** (Part A, B, C)
 - N= 321; Alter > 12 Jahre (mean 28,1 Jahre; stratifiziert 12 – 17; ≥ 18 Jahre; 36% Frauen)
 - EoE Dauer: 5,6 Jahre; frühere topische Glucocorticoid-Therapie: 73%
 - Typ 2 Inflammation (Rhinitis, Nahrungsmittelallergie, Asthma, Atop. Dermatitis) 89%
 - DSQ Score (0 – 84): 36,7; EREFS Score (0 – 18): 7,2
 - Eosinophile/HPF: 87,1

Dupilumab in Adults and Adolescents with Eosinophilic Esophagitis

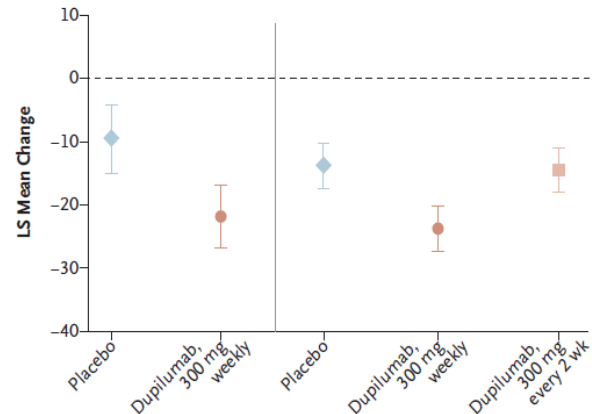
The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

A Histologic Remission at Wk 24 in Parts A and B



A Change from Baseline in DSQ Score in Parts A and B

DSQ: Dysphagia Symptom Questionnaire, range 0 – 84



No. of Patients/No. with Imputed Values

LS Mean Change (95% CI)

Part A, Wk 24

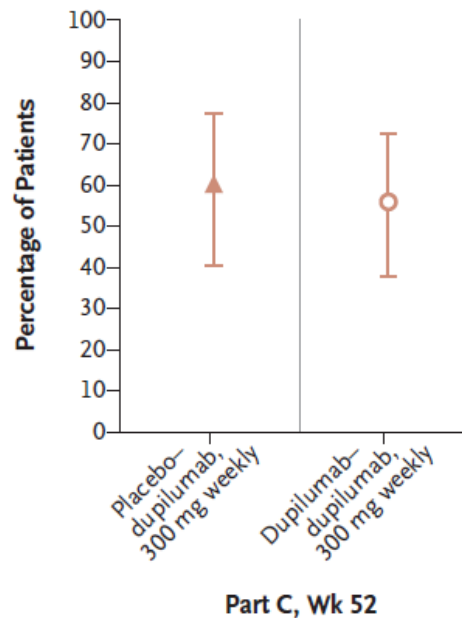
Part B, Wk 24

28/11	38/4	59/19	63/17	62/19
-9.6 (-15.06 to -4.12)	-21.9 (-26.87 to -16.97)	-13.9 (-17.61 to -10.12)	-23.8 (-27.43 to -20.13)	-14.4 (-18.02 to -10.72)

Dupilumab in Adults and Adolescents with Eosinophilic Esophagitis

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

B Histologic Remission in the Part A–C Group Wk 52 in Part C



Eosinophile Ösophagitis – **Initiale** Therapie



Wissenswertes in Kürze, 9/2023;
www.oeggh.at

- **Topische Steroide:** 2 x 1mg orodispersibles Budesonid für 12 Wochen
Oder
- **PPI:** Hochdosiert (2 x tgl.) für mindestens 12 Wochen
Oder
- **Diät:** 1-Food Eliminationsdiät (FED) (Milch) oder 2-Food Elimination (Milch und Weizen/glutenhaltige Getreide); nur in Einzelfällen 4FED oder 6FED

Wichtig: Therapieansprechen nach 12 Wochen klinisch und histologisch (Endoskopie somit notwendig)

**Klinisch-histologische Remission falls Eos/hpf <15
und fehlende (deutlich reduzierte) Symptome**

Eosinophile Ösophagitis – Erhaltungstherapie

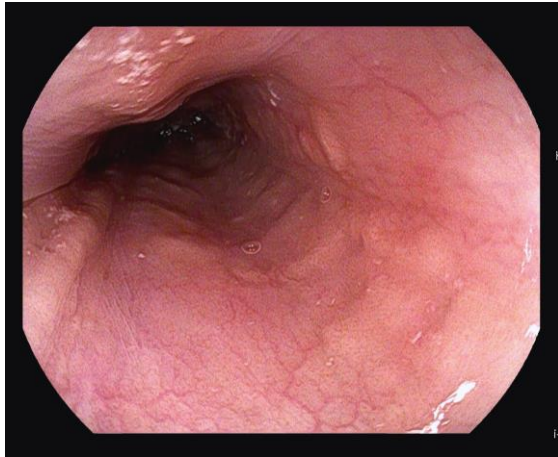
Da die EoE eine chronische und progressive Erkrankung ist, braucht es nach erfolgreicher Induktionstherapie zwingend eine Erhaltungstherapie (ein Absetzen führt bei >90% der Patienten zu einem Relapse). Klinisch, endoskopisch und histologische Kontrollen alle 1-2 Jahre empfohlen

- **Topische Steroide:** 2 x 0.5mg orodispersibles Budesonid
Oder
- **PPI:** Niedrigst-mögliche Dosierung (meistens 20-40mg Esomeprazol oder Äquivalent)
Oder
- **Diät:** 1FED (Milch) oder 2FED (Milch & Weizen/glutenhaltige Getreide), nur in Einzelfällen 4FED oder 6 FED
Oder
- **Dupilumab:** 300mg s.c. 1x pro Woche

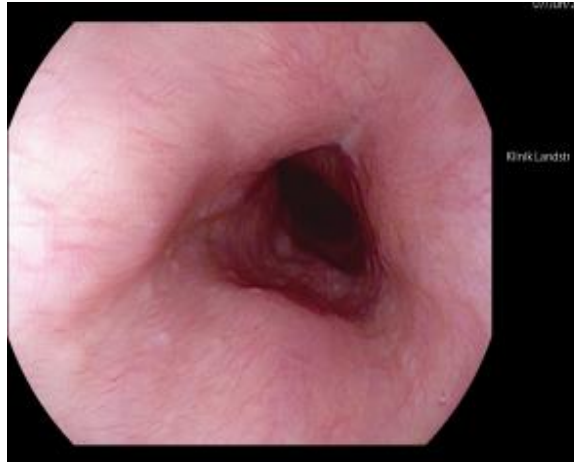
Eosinophile Ösophagitis

43a, männl. 12/2020; seit 12a Dysphagie, 3x/a inkl. Bolus-Obstruktion; Diagnose: EoE und GERD; seit 2016 Flixotide oral

5/2022: max. 75 Eos/HPF; Dysphagie stabil;
Jorveza® 2x1mg für 52Wo



5/2023: max. 39Eos/HPF; keine Dysphagie;
3–4x Soor-Ösophagitis; Jorveza® Stopp,

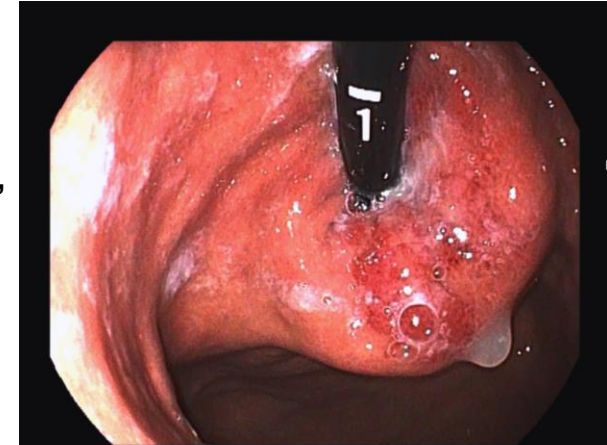


9/2023: max. 65 Eos/HPF; Dysphagie
3–4x/Wo; Dupixent® 300mg 1x/Wo

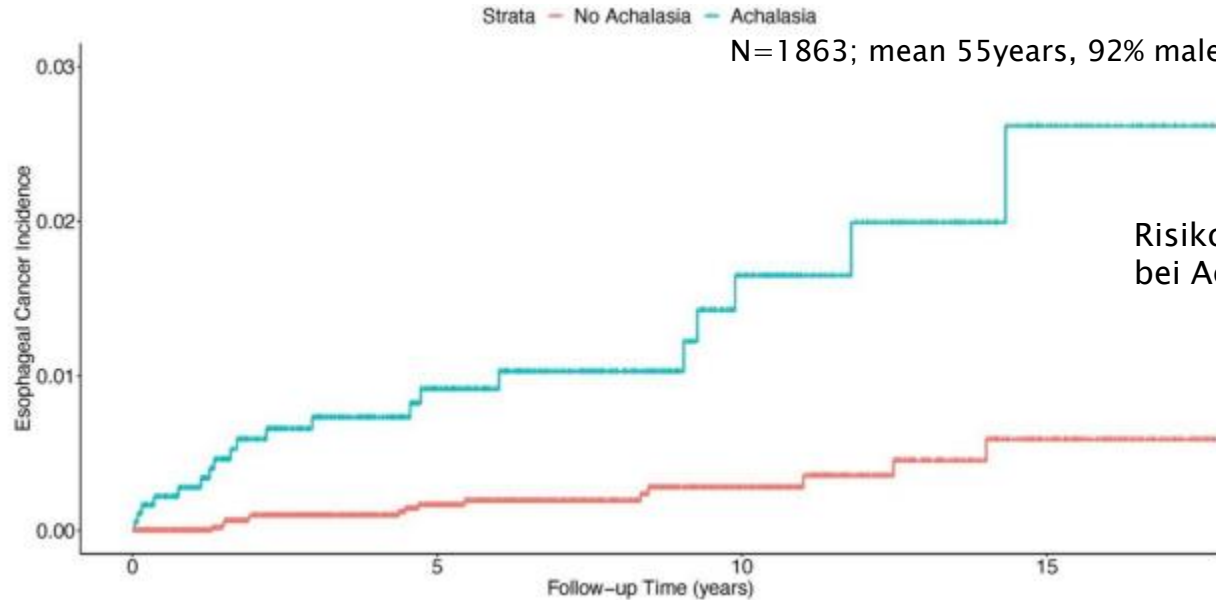


Achalasie

- Neurodegenerative Motilitätsstörung (Degeneration Plexus myentericus)
- Motilitätsverlust und fehlende Relaxation d. unteren Ösophagussphinkters
- selten, Inzidenz steigend; Gipfel: 30 – 60 Jahre, Kardinalsymptom: Dysphagie
- Diagnose: High Resolution Manometrie; Chicago Klassifikation (3 Subtypen)
- Komplikationen: Megaösophagus, Aspiration, Karzinom
- Therapie:
 - Hellersche Myotomie, Ballondilatation, POEM, Botulinumtoxin,
 - Nitrate, Calciumkanalblocker



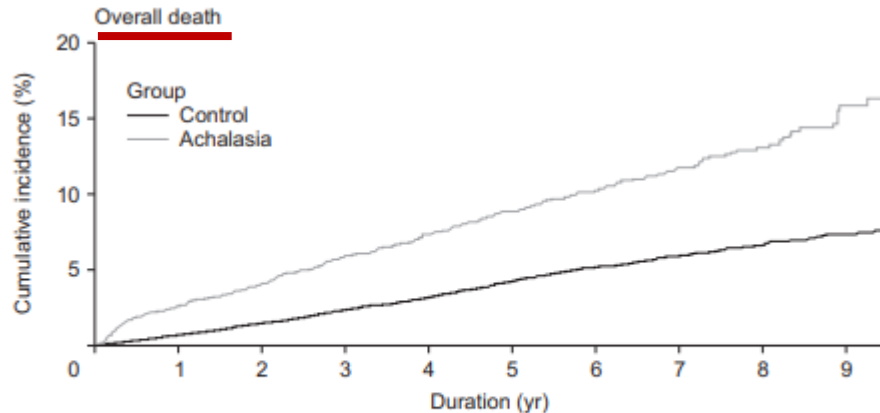
Title: Risk of Esophageal Cancer in Achalasia: A Matched Cohort Study Utilizing the Nationwide Veterans Affairs Achalasia Cohort (VA-AC)



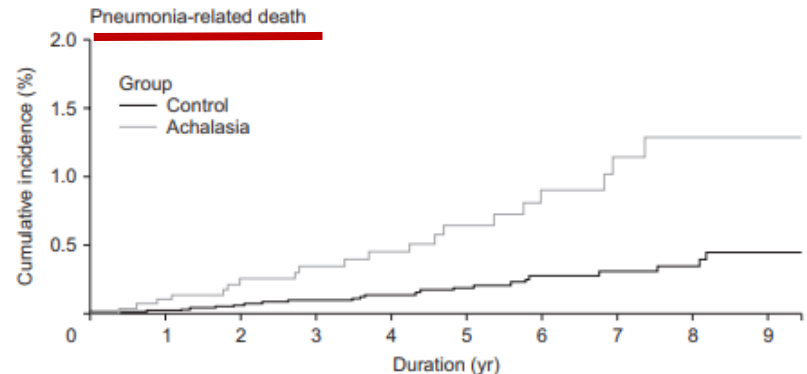
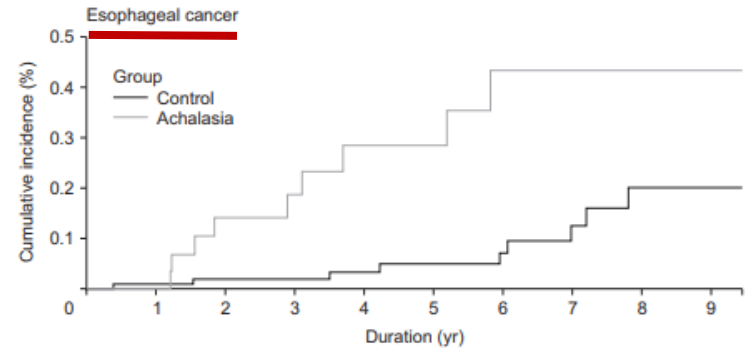
Risiko für Ösophaguskarzinom bei Achalasie 5-fach höher

Incidence, Morbidity, and Mortality of Achalasia: A Nationwide, Population-Based Cohort Study in South Korea

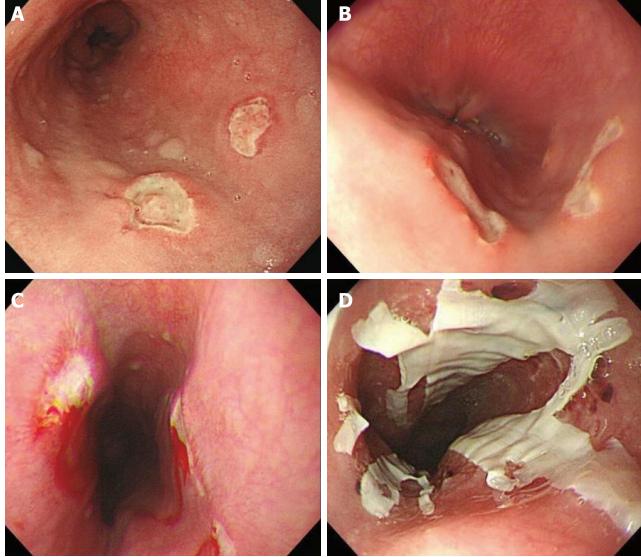
A



No. at risk										
Control	11,083	11,006	9,343	7,785	6,466	5,231	4,105	3,027	2,061	1,037
Achalasia	3,063	2,983	2,515	2,073	1,710	1,377	1,069	780	525	256



„Pill-Esophagitis“ - medikamentös-induzierte Ösophagitis



Brustschmerz, Dysphagie, Odynophagie

Risk factors

Poor pill-taking habits—inadequate liquid with the pill, lying down immediately after taking a pill

Elderly patient

Esophageal strictures

Esophageal motility disorders

Drug formulation (capsules, slow-release tablets)

Medications

Antibiotics, eg, doxycycline and tetracycline

Nonsteroidal anti-inflammatory drugs

Bisphosphonates

Quinidine

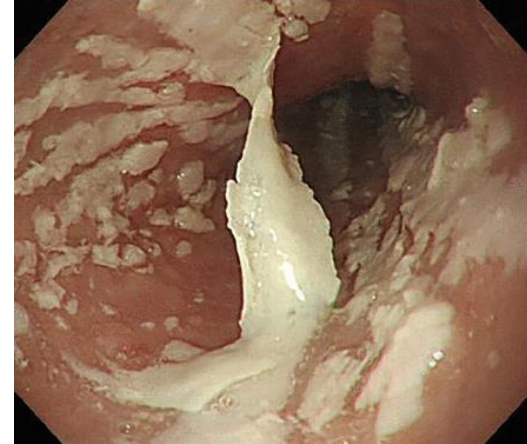
Potassium chloride

Ferrous sulfate

Dabigatran

Dabigatran-induzierte Ösophagitis

- **Inzidenz:** 9 – 21%
- **Endoskopie:** Exfoliative Ösophagitis
- **Auslöser:** Weinsäure (Stabilisator zur Reduzierung der Absorptionsvariabilität)
- **Symptome:** nicht-kardialer Brustschmerz, Odynophagie, Epigastralgie
- **Therapie:** Absetzen von Dabigatran, Wechsel des DOAK, PPI?
- **Verlauf:** Symptombesserung nach 1 Woche, Endoskopische Heilung nach 3–4 Wo



Dabigatran-induced esophagitis with full circumferential blue pigmentation



Pradaxa® 110mg; Hülle: Indigokarmin

77 jähriger Mann, VHF, zunehmendes thorakales Engegefühl, Gewichtsabnahme, seit 5a Dabigatran 2 x 110mg



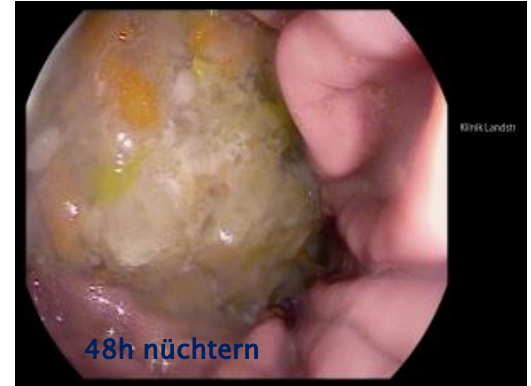
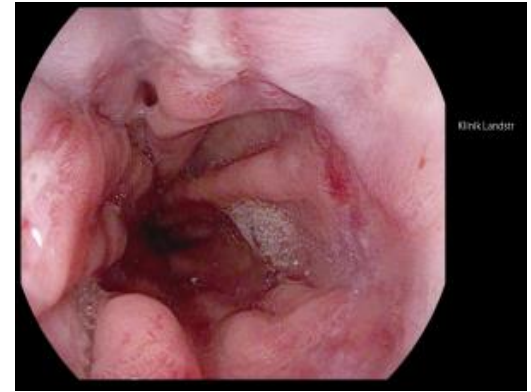
Blaue Pigmentation des oberen Ösophagus
Partielle ödematöse Engstellung und
longitudinale ablösende Mukosa



Follow-up nach 1 Mo und
Wechsel des DOAK

American Society of Anesthesiologists Consensus–Based Guidance on Preoperative Management of Patients (Adults and Children) on Glucagon–Like Peptide–1 (GLP–1) Receptor Agonists

- Verzögerte Magenentleerung unter GLP1–Agonisten ist mit hohem Risiko für Regurgitation und Aspiration von Mageninhalt bei tiefer Sedierung/Anästhesie assoziiert
- bei **täglich** GLP–1 Agonisten Therapie (Saxenda®, Victosa®) **PAUSE am Tag** der Endoskopie
- Bei **1x wöchentlich** GLP–1 Agonisten Therapie (Trulicity®, Ozempic®, Wegovy®, Mounjaro®) **PAUSE eine Woche** vor der Endoskopie
- Bei typ. GI–Symptomen (Nausea, Bloating, Aufstoßen) vor Endoskopie u.U. zuwarten; „full stomach“ Situation



Vielen Dank

Kontakt:

christian.madl@gesundheitsverbund.at



Wiener Gesundheitsverbund

Klinik Landstraße



Für die
Stadt Wien