

Odynophagie und Morbus Crohn

U. Gassmann, R. Hürlimann, M. Krause

Eine 80jährige Patientin mit seit sechs Monaten bekannter Crohn-Kolitis beklagt sich neu über Odynophagie. Endoskopisch kommen im proximalen und mittleren Ösophagus landkartenförmige Ulzerationen zur Darstellung (Abb. 1). Diese unterscheiden sich nur unwesentlich von den gleichzeitig erhobenen, koloskopischen Befunden (Abb. 2). Die Ösophagus-Biopsien erbringen den Nachweis einer ausgeprägten, ulzerierenden Ösophagitis mit Granulationsgewebe, allerdings ohne Nachweis pathognomonischer Epitheloidzellgranulome. Da anderweitige Ursachen (medikamentöse, infektiöse und Reflux-Ösophagitis) fehlen, wird

die Diagnose einer Crohn-Ösophagitis, aufgrund des endoskopischen Aspektes und der gleichzeitig bestehenden Kolitis, favorisiert. Es wird eine hochdosierte Steroidtherapie (Prednison 50 mg 1/d) in Kombination mit Mesalazin eingeleitet, worunter es rasch zu einer deutlichen Besserung der Beschwerden kommt. Die nach vier Wochen durchgeführte obere Panendoskopie zeigt eine vollständige Regredienz der ösophagealen Ulzerationen.

Die Crohn-Ösophagitis stellt eine seltene Manifestation dieser Erkrankung dar. Sie kann alle ihrer Komplikationen (Stenosierung, Fistulierung, Entwicklung zum Adenokarzinom) auf-

Abbildung 1.

Proximaler Ösophagus mit landkartenförmigen, teils längsgestellten Ulzerationen und dazwischen normal erscheinendes Plattenepithel. Am Rand der Läsionen zeigte sich eine vermehrte Kontaktblutungstendenz.

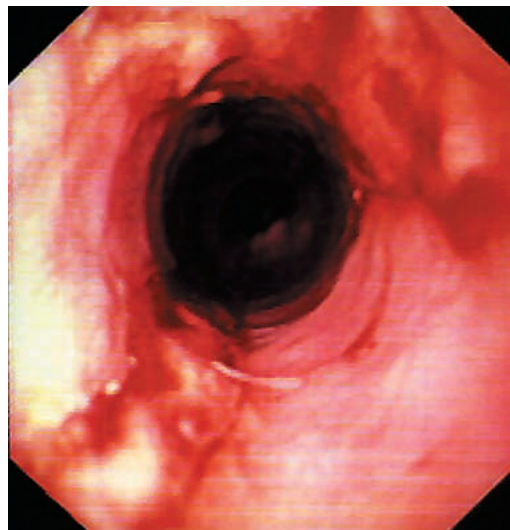
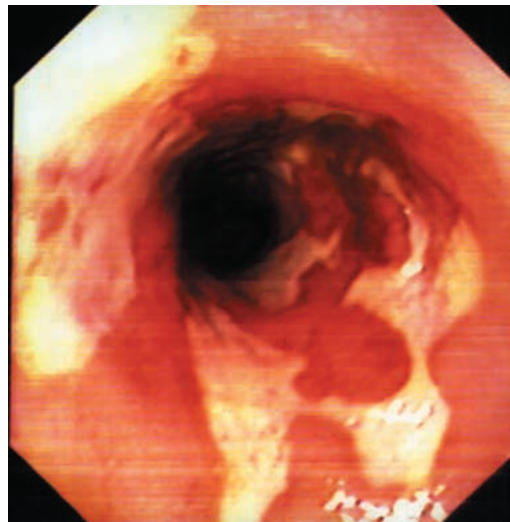


Abbildung 2.

Sigmabefund, 40 cm ab ano mit ebenfalls landkartenförmigen Ulzerationen und dazwischen normal erscheinendes Epithel im Sinne einer segmentalen Kolitis.



Medizinische Klinik/
Gastroenterologie,
Kantonsspital Münsterlingen
der Spital Thurgau AG

Korrespondenz:
Dr. med. Urs Gassmann
DIM Gastroenterologie
Universitätsspital Zürich
Rämistr. 100
CH-8091 Zürich

ugassmann@swissonline.ch

weisen [1, 2]. In der englischsprachigen Literatur sind bisher 77 Fälle beschrieben worden, wobei in 80,5% (n = 62) gleichzeitig eine Ileokolitis bestand (isolierte Ösophagitis in 13%, n = 10) [3].

In nur bis zu 50% gelingt der biopsische Nachweis von charakteristischen Epitheloidzellgranulomen [4]. Die histologische Diagnose kann

meist erst im Resektat oder autoptisch gestellt werden [5]. Daher ist infolge der hohen Koinzidenz, neben dem endoskopischen Aspekt, das gleichzeitige Bestehen einer Crohn-Kolitis für die Diagnose wegweisend. Da die endoskopischen Befunde oft unspezifisch sind, müssen andere Ursachen, insbesondere eine infektiöse Ösophagitis, ausgeschlossen werden.

Literatur

- 1 Delpre G, Mor C, Avidor I, Gutman H, Leisser A, Kott I, et al. Barret's mucosa of distal esophagus with concomitant isolated Crohn's disease and intramucosal adenocarcinoma: report of a case and analysis of the literature. *Dig Dis Sci.* 1989;34(2): 304-11.
- 2 Steel A, Dyer NH, Matthew HR. Cervical Crohn's disease with oesophago-pulmonary fistula. *Postgrad Med J.* 1988;64(755):706-9.
- 3 Ohta M, Konno H, Kamiya K, Suwa D, Baba M, Tanaka T, et al. Crohn's disease of the oesophagus: report of a case. *Surg Today.* 2000;30(3):262-7.
- 4 Treem WR, Ragsdale BD. Crohn's disease of the esophagus: a case report and review of the literature. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 1988;7(3):451-5.
- 5 Geboes K, Janssens J, Rutgeerts P, Vantrappen G. Crohn's disease of the esophagus. *J Clin Gastroenterol.* 1986;8(1):31-7.