

## **Eosinophile Enterokolitis:**

Es handelt sich nicht um ein einheitliches Krankheitsbild, sondern um die morphologische Ausprägung unterschiedlicher Erkrankungen.

Die Ätiologie und Pathogenese sind nur für einen Teil der Erkrankungen geklärt. Bei etwa 50 % der Patienten finden sich Zeichen einer allergischen Diathese, z.T. Nahrungsmittelallergien (im Colon auch Allergien gegen 5-ASA) und manchmal Parasitosen. Die Symptome sind episodisch, kommen und gehen oft spontan. In 20 - 90 % der Fälle Hypereosinophilie (nicht konstant), manchmal IgE-Erhöhung.

## **Komplikationen:**

Stenosen, Subileus, Erosionen und sekundäre ischämische Ulcera, die nicht abheilen, insbesondere im Magen, Blutung und Perforation. Diese Komplikationen können manchmal therapierefraktär und lebensbedrohend sein. Bei gleichzeitigem Bestehen mit Bluteosinophilie und Asthma bronchiale sollte an die Möglichkeit eines Churg-Strauss-Syndromes gedacht werden, bei dem dann die eosinophile Gastritis/Enterocolitis lediglich eine Teilmanifestation darstellt. Insbesondere dann handelt es sich um eine schweres Krankheitsbild mit der dringenden Notwendigkeit einer Corticoid-Medikation. Auch auf die prinzipielle Möglichkeit, daß nicht-steroidale Antirheumatika spezieller Galenik (verzögerte Wirkstoffabgabe im Dickdarm) ein der eosinophilen Colitis entsprechendes mikroskopisches Bild verursachen können, wird verwiesen.

## **Als weitere Diagnostik wird empfohlen:**

PAN-Endoskopie mit Biopsie (möglichst Makropartikel, da die Eosinophilen in der Mukosa meist basal liegen), da auch andere Teile des Gastrointestinaltraktes befallen sein können, kombiniert mit anderen bildgebenden Verfahren (Verdickung der Schleimhautfalten, Motilitätsstörung, Wandverdickung, Stenosen).

## **Therapie:**

Gastrointestinale Antiallergika (z. B. Chromoglicinsäure) manchmal erfolgreich, ansonsten Cortison-Therapie.

## **Prognose:**

Gut, zumeist kurzer Verlauf, gutes Ansprechen auf Cortison, teilweise aber auch chronisch-rezidivierende Verläufe.