

Eosinofil øsofagitis er en ny sygdom, som du er nødt til at kende

LEDER

Peter Bytzer

Ugeskr Læger
2014;176:V66505

Det er bestemt ikke hverdagskost, at vi præsenteres for en helt ny sygdom, som gør, at vi må ændre strategi over for et velkendt problem. En sådan tilstand er eosinofil øsofagitis (EoE). Lidelsen blev første gang beskrevet kasuistisk i 1978 og for kun ca. 25 år siden som en selvstændig nosologisk enhed, der er forskellig fra gastroøsofageal refluxsygdom. Det er derfor tiltrængt med en præsentation af denne nye sygdom, som kan læses i den glimrende artikel af *Krurup et al* i dette nummer af Ugeskrift for Læger [1]. Selvom EoE kan lyde som en raritet for gastroenterologiske feinschmeckere er det tværtimod en lidelse, som mange klinikere bør kende – og kunne genkende. Patienterne kommer ofte på skadestuer og akutmodtagelser med fastsiddende fødebolus og hjælpes der med simple håndgreb til at få fødeemnet til at passere. Mange af patienterne har dog mindre dramatiske, men ikke mindre generende symptomer i form af vedvarende synkebesvær, retrosternale smerter ved synkning og ledsagende refluxsymptomer. Den typiske patient beskrives som *slow eater*, *heavy drinker*, fordi maden skal tygges særligt grundigt og hele tiden skylles ned med vand for at undgå symptomer, også selv om patienten prøver at styre uden om fødeemner, der erfaringsmæssigt udløser symptomerne [2]. Det er en patienttype, som enhver praktiserende læge vil møde.

Baseret på prospektive data må der være mere end 2.000 patienter med lidelsen i Danmark, og incidensen, der er stigende, ser ud til at nærme sig rater, der svarer til kronisk inflammatorisk tarmsygdom. Prævalensen synes at aftage efter 45-årsalderen, hvilket er usædvanligt for en kronisk, ikkefatal lidelse, som jo typisk bliver mere hyppig med stigende alder [3]. Nogle har derfor foreslået, at vi er vidne til et fødselskohortefænomen, analogt med hvad man har kunnet observere ved ulcussygdom og *Helicobacter*-infektion. Det er derfor på høje tid, at EoE får en selvstændig diagnosekode, så vi kan sikre grundlaget for gode epidemiologiske og kliniske undersøgelser af sygdommen. Danmark har som bekendt unikke muligheder for valid registerforskning og vil derfor kunne bidrage med vigtige observationer om denne nye sygdom. Men det kræver som sagt en diagnosekode og en fælles holdning til, hvordan sygdommen diagnosticeres og kodes og ikke mindst et øget fokus på at få identificeret patienterne. Her har praktiserende læger, otologer, personale på akutafdelinger og skoperende læger et fælles ansvar.

Der er af gode grunde meget, vi endnu ikke ved om EoE, og det er derfor vigtigt, at vi ikke lægger os fast på alt for rigide retningslinjer for diagnostik og behandling. Særligt afgrænsningen over for klassisk refluxsygdom med og uden eosinofili kan være vanskelig. Ligeledes er den optimale behandlingsstrategi endnu ikke afklaret. Det er næppe hensigtsmæssigt altid at kræve manglende respons på op til tre måneders protonpumpeinhibitor (PPI)-behandling, før diagnosen EoE kan stilles. Kliniske studier tyder på, at langtidsbehandling med PPI i sig selv kan inducere refluxsymptomer efter seponering på grund af *syre-rebound* [4]. Måske kunne symptomatisk respons på lokaltvirkende steroid være lige så nyttig i den diagnostiske proces?

EoE er en spændende ny sygdom, som vi skal lære at kende. Der er gode behandlingsmuligheder, og det er vigtigt, at alvorlige differentialdiagnoser ikke overses. Synkebesvær – og særligt fastsiddende fødeemne – er et alarmsymptom, som altid kræver udredning. Der skal foretages endoskopi med fleksibelt skop, og der skal altid biopteres fra øsofagus, også i tilfælde hvor skopien er makroskopisk normal, eller hvor man mener at have identificeret årsagen til synkebesværet.

LITTERATUR

1. Krurup AL, Vyberg M, Ejstrup P. Eosinofil øsofagitis hos voksne. Ugeskr Læger 2014;176:V12130723.
2. Dellon ES. Diagnosis and management of eosinophilic esophagitis. Clin Gastroenterol Hepatol 2012;10:1066-78.
3. Dellon ES, Jensen ET, Martin CF et al. Prevalence of eosinophilic esophagitis in the United States. Clin Gastroenterol Hepatol 2014;12:589-96.
4. Reimer C, Søndergaard B, Hilsted L et al. Proton pump inhibitor therapy induces acid-related symptoms in healthy volunteers after withdrawal of therapy. Gastroenterol 2009;117:137:80-7.

KORRESPONDANCE:

Peter Bytzer,
Medicinsk Afdeling,
Køge Sygehus,
Lykkebækvej 1, 4600 Køge.
E-mail:
peter.bytzer@dadlnet.dk

INTERESSEKONFLIKT: ingen.
Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med lederen på Ugeskriftet.dk