

Benigne Befunde in der Endoskopie des Ösophagus – Inlet Patch und Papillom



**Prof. Dr. med.
Rainer Duchmann**

Bibliografie

Endo-Praxis 2021; 37: 111

DOI 10.1055/a-1384-6139

ISSN 0177-4077

© 2021. Thieme. All rights reserved.

Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14,

70469 Stuttgart, Germany

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Rainer Duchmann, Medizinische Klinik,

Hospital zum heiligen Geist GmbH, Lange Straße 4–6,

60311 Frankfurt/Main, Deutschland

duchmann.rainer@hohg.de

In der Endoskopie begegnen uns immer wieder Zufallsbefunde, die klein und unscheinbar, harmlos und unbedeutend scheinen. Vielen dieser Befunde folgt keine besondere Konsequenz, harmlose Alltagsbefunde eben. Die Unkenntnis des Anfängers oder die fortschreitende Routine des Erfahrenen könnte dazu führen, dass solchen Befunden nicht die volle Aufmerksamkeit geschenkt und die Konzentration allein auf die „wichtigen“ Befunde geleitet wird. Das klingt nach einem ökonomischen Prinzip und scheint durchaus gängige Praxis. So zeigen zahlreiche Publikationen eine deutlich höhere Inzidenz solcher Befunde, sobald sie, z. B. im Rahmen einer gezielten Untersuchung, vermehrte Aufmerksamkeit erfahren. Aber, wäre ein solches „ökonomisches Prinzip“ richtig? Um diese Frage etwas besser zu beleuchten, möchte ich kurz auf drei solcher Befunde auf den ersten 40 cm der Endoskopie des oberen GI-Trakts, die heterotope gastrische Mukosa und das Papillom der Speiseröhre, eingehen.

Die Synonyme Inlet patch (IP), cervical inlet patch (CIP) oder zervikale heterotope gastrische Mukosa (CHGM) beschreiben eine meist 1–2 cm messende Insel heterotoper (am falschen Ort befindlicher), funktionell aktiver Magenschleimhaut. Diese ist meistens im proximalen Ösophagus, in der Regel kurz aboral des oberen Ösophagussphinkters gelegen. Heterotope Magenschleimhaut gibt es zudem in Duodenum, Ampulla Vateri, Ductus cysticus, Gallenblase, Jejunum und Anus.

In der ÖGD ist der Inlet Patch problemlos als eine oder mehrere Inseln lachsfarbener Schleimhaut im proximalen Ösophagus, mit scharfer Abgrenzung zur umgebenden normalen Ösophagusschleimhaut, zu erkennen. Die Häufigkeit wird mit 0,1% bis zu 10% sehr unterschiedlich angegeben. Alle, die darauf achten, das Endoskop am Ende der Untersuchung nicht zu rasch zu ziehen und auch den oberen Ösophagus bei langsamer Gerätepassage aufmerksam betrachten, werden den Inlet Patch im Alltag häufig finden.

Inwieweit dem Inlet Patch eine klinische Bedeutung zukommt, wird in den letzten Jahren, auf der Basis einer immer noch geringen Datenbasis, zunehmend diskutiert. Rahden et

al. unterscheiden in ihrer bereits 2004 im American Journal of Gastroenterology publizierten Einteilung den häufigen asymptomatischen Typ I, den bei einigen Patienten mit Globusgefühl, Dysphagie, Heiserkeit und Husten vorkommenden symptomatischen Typ II ohne morphologische Veränderungen, den noch selteneren Typ III mit zusätzlichen morphologischen Veränderungen (Strikturen, ösophagotracheale Fisteln) und den sehr seltenen Typ IV und V bei Patienten mit Dysplasien bzw. Adenokarzinom des proximalen Ösophagus. In 156 236 ÖGD bei 106 510 Patienten fanden Orosey et al. (Dig Dis Scie, 2018) 3 Adenokarzinome des proximalen Ösophagus, alle im Zusammenhang mit einem Inlet Patch. Therapeutisch kommen bei den Typen II–V je nach Situation Säuresuppression und endoskopische Verfahren wie Argon Plasma Coagulation (APC), Radiofrequenzablation und die Dilatation von Stenosen oder die EMR/ESD von resektablen prä-malignen/malignen Veränderungen zum Tragen.

Ösophaguspapillome sind helle bis weiße, breitbasige Polypen und erinnern an eine Warze oder an einen kleinen Blumenkohl. Das klinische Bild ist hinsichtlich Größe und Multifokalität bunt. Meist messen die Papillome 2–5 mm und können daher leicht übersehen oder z. B. als Glykogen-Akanthosen fehlinterpretiert werden. Aufgrund des Zusammenhangs mit der HPV-Infektion und eines möglichen Übergangs in ein Plattenepithelkarzinom des Ösophagus sollten Papillome des Ösophagus abgetragen werden. Eine assoziierte gastroösophageale Refluxerkrankung sollte therapiert werden.

Viel Spaß beim Endoskopieren wünscht Ihnen

Ihr
Rainer Duchmann

Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.