

Barretts øsofagus

Gastro fagmøte HMR 29.04.2013

av

Ralph Herter

Name :

Sex : Age :

D. O. Birth :

03/01/2002

09/07/08

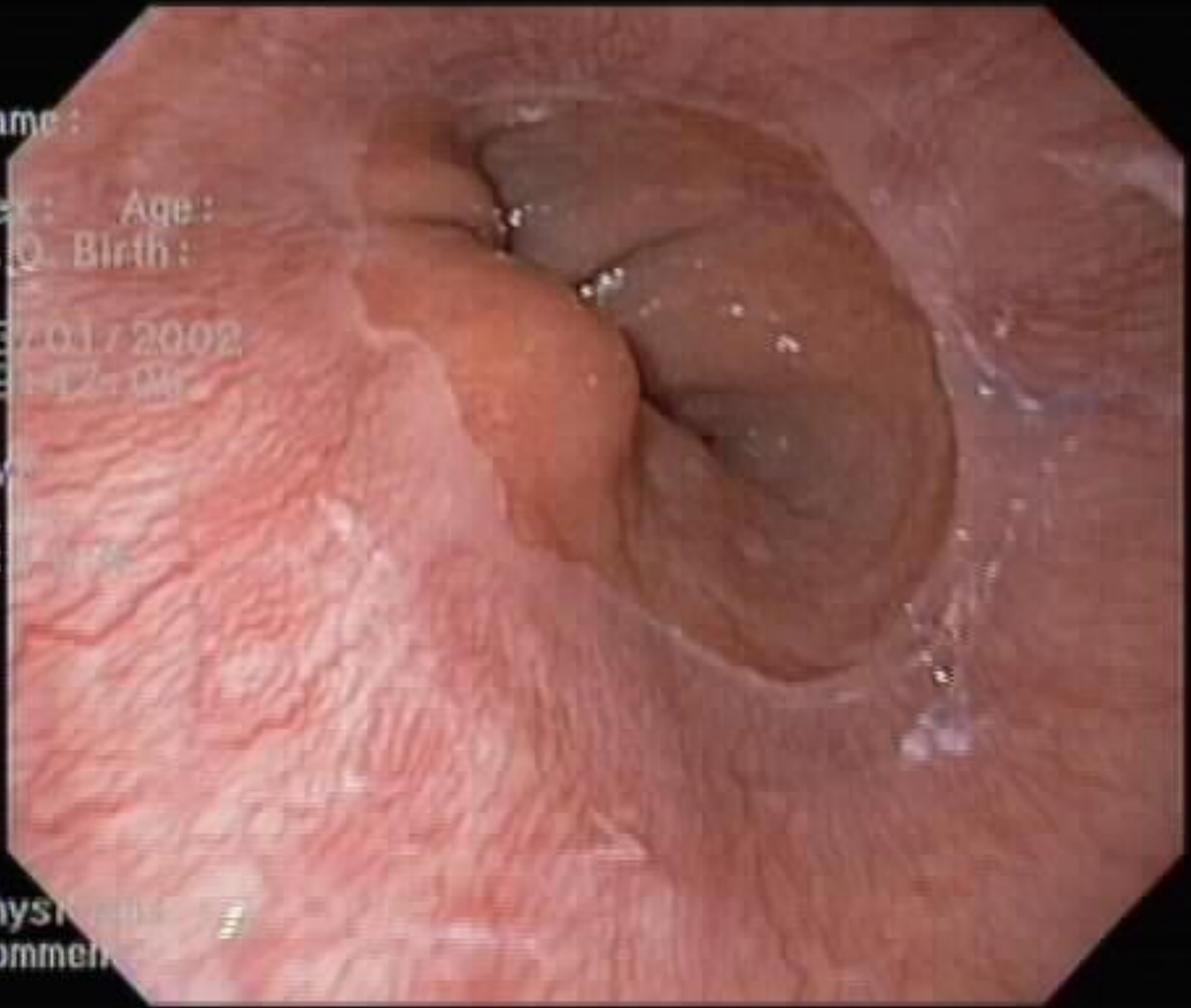
CV

D.

Ex:

Physi

Commen





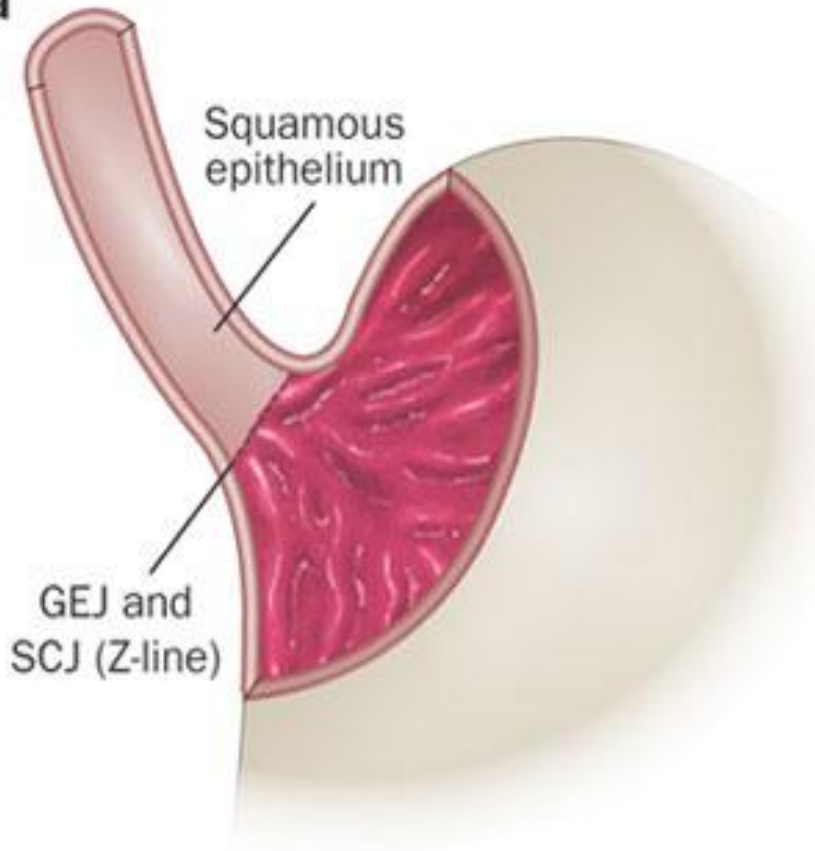
Utvikling av Barretts øsofagus

- Øsofagitt på grunn av reflux
- Nekrose av mukosa, erosjoner og ulcerasjoner
- Metaplasi av plateepitel til sylinderepitel

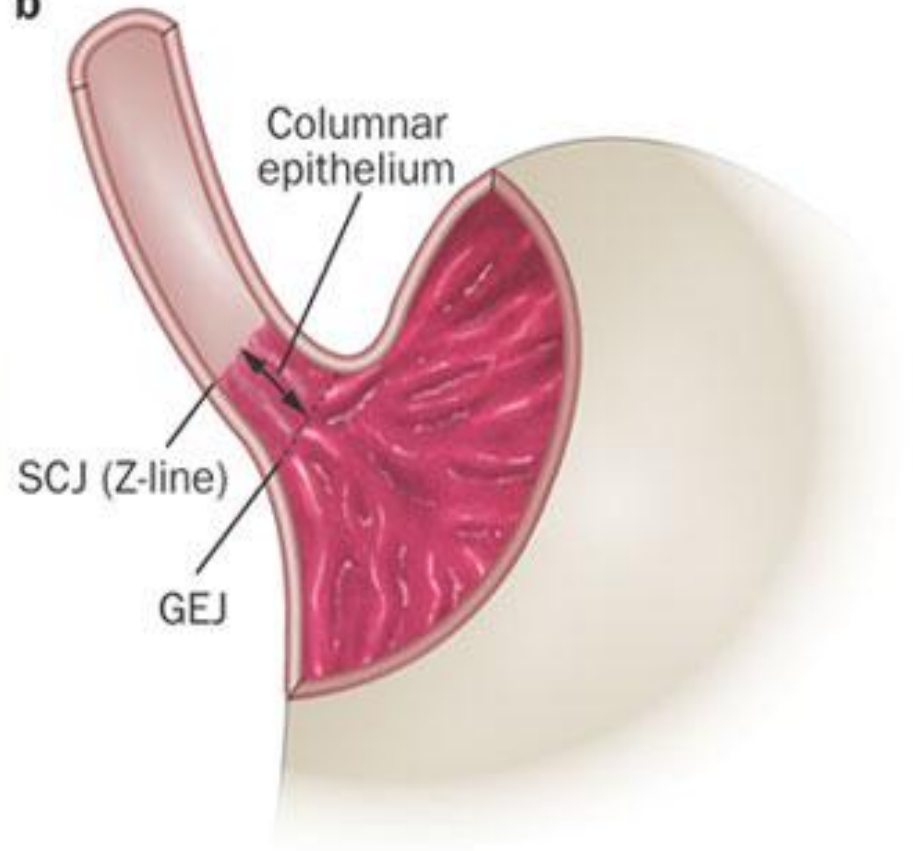
Komplikasjonsutvikling:

- Lavgradig dysplasi → Høygradig dysplasi → Adenokarsinom

a



b



Disponering og risifaktorer:

- Menn > Kvinner
- Hiatushernie
- Overvekt
- Nedsatt peristaltikk i øsofagus
- Alder > 50
- Røyking
- Matvarer: Kaffe, sjokolade, alkohol, fettrik.

Symptomer

- Selve tilstanden har ingen symptomer!
- GERD
 - Regurgitasjon
 - Kronisk hoste
- Dysfagi (Svært viktig varselsymptom!)
- Odynofagi
- Anemi
- Vektnedgang

” Klassifisering ”

- Ingen godkjent klassifisering.
- GEJ (acid pocket)–fysiologisk ?, på grunn av refluks?
- Kort segment BE < 2cm
- Lang segment BE > 2 cm

Lang vs kort

- Kortere segmenter er mer vanlig, og har trolig en mindre risiko for malignitetsutvikling.
- I èn studie (78 med lang segment og 74 med kort segment var dysplasi mer vanlig i de som hadde lang segment(24% mot 8%).
- I en oppfølgingsperiode på 12 – 40 måneder fikk 8% mot 4% nytilkommet dysplasi. 2 pasienter med lang segment utviklet grov dysplasi og 1 med adenokarsinom. Ingen av de med kortere segmenter hadde grov dysplasi eller adenokarsinom.
- Kun mindre studier som viser en trend.

Epidemiologi

- Svensk studie har vist en prevalens på 1,6 %. I den samme studien hadde bare 44% symptomer (sreeningstudie med 3000 pasienter).
- Post-mortem prevalens 0,4 – 0,9 %?
- Prevalens basert på estimat ut fra symptomer på GERD 10-15%

VE 4762004

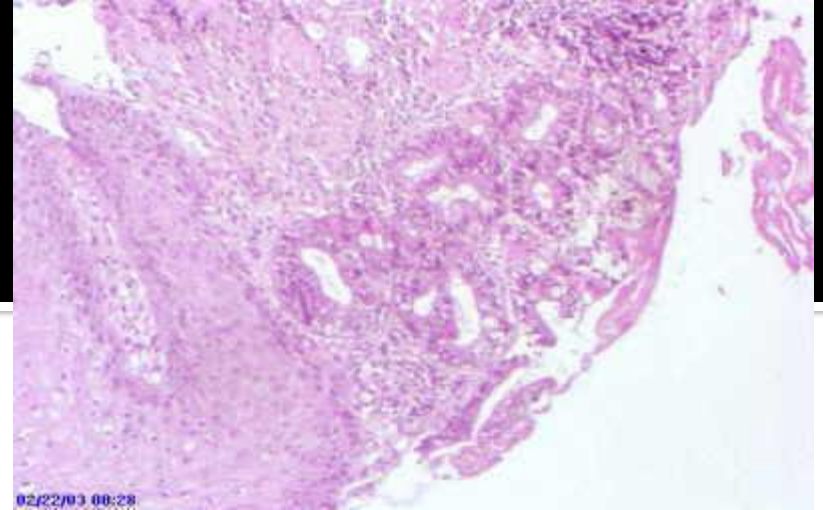
M 64
08/14/1939

07/20/2004
11:57:34

CVP:
D. F:
Gr:8 Gr:H



DR. MURRA

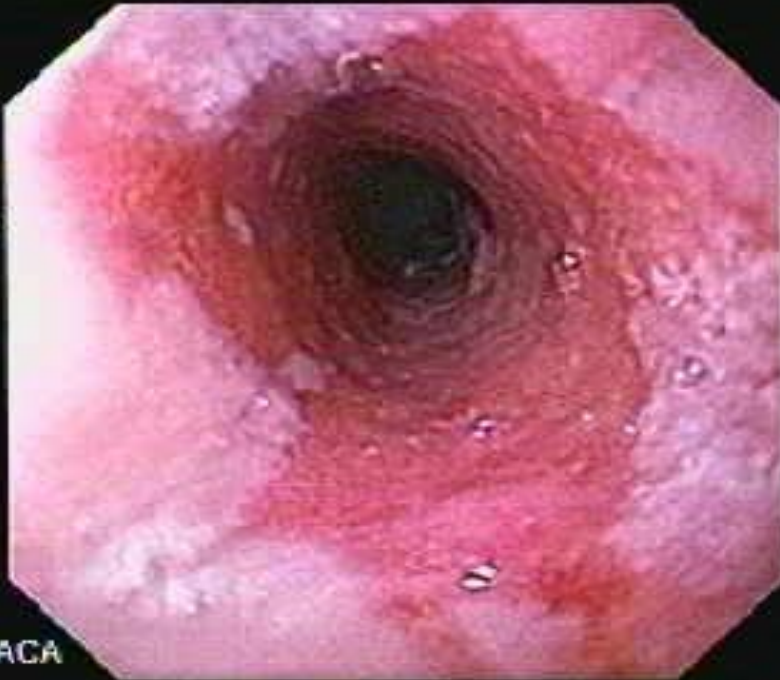


VE 972002

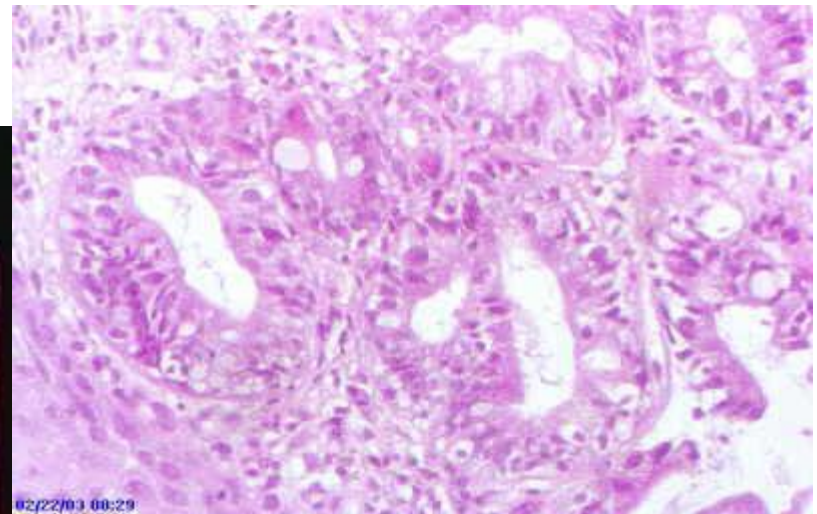
M 90
09/22/1911

02/20/2002
10:05:07

CVP:
D. F:
Gr:8 Gr:H



DR. MURRA SACA





Statistikk fra Kreftregisteret

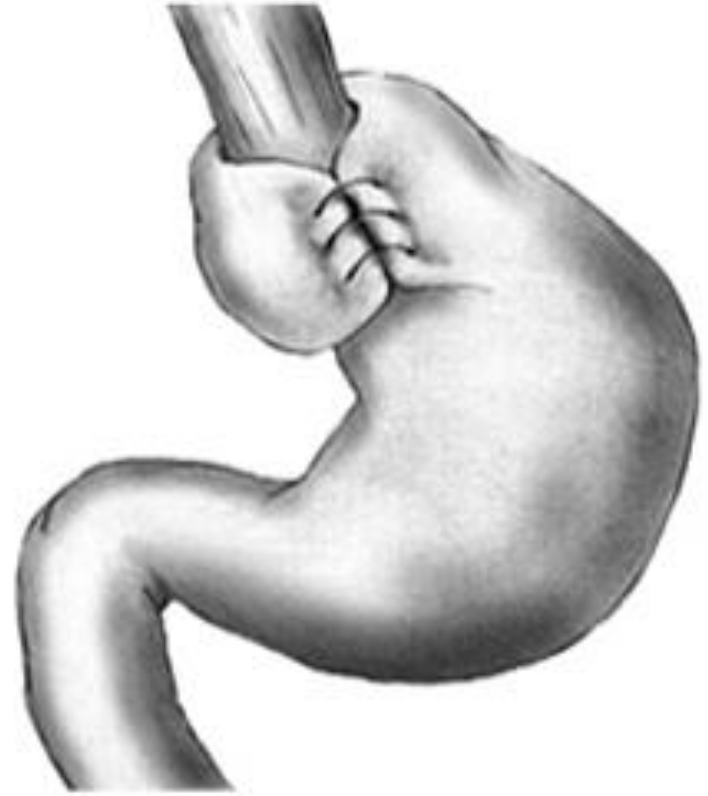
- Gj.snitlig insidens av spiserørskreft i årene 2005 – 2009
 - 145 menn vs 54 kvinner
- 25 % lokalisert
- 25 % regionalt
- 25 % fjernmetastasert
- 25 % ukjent

Cancerrisiko

- **Review 2010:**
14000 pas, 61000 pasient-år:
Per 1000 pasient-år:
 - 5 øsofageal adenocarcinom
 - 10 grov dyspl. eller cancer
 - 3 døde av øsofageal adenoca.
 - 37 døde av andre årsaker
- Obs. høy andel eldre i studiene som naturlig nok ofte dør av andre årsaker

Behandling

- Livsstiltak:
 - Kosthold og vektnedgang, mindre måltider, ikke ”overspising”. Dårlig dokumentert, usikker effekt.
- Studier antyder profylaktisk effekt av PPI-behandling mot dysplasi/carcinomutvikling. H₂ blokker ser ikke ut til å ha tilsvarende effekt.
- Kirurgi
 - Laparoskopisk fundoplikasjon



Utvikling av lav-/høygradig dysplasi

- Obs vanskelig patologisk vurdering – lurt med second opinion
- ” interobserver agreement” lavgradig dysplasi ca 50%, høygradig ca 85%
- Mangelfull forståelse for det naturlige forløp
- Biopsi sampling error! Høy sjanse å bomme.

Behandling v/ lavgr. dysplasi

- Gir/evl øke PPI og kontroll (om ca 6 måneder)
- Ved usikkerhet vedr. grad av dysplasi → henv. til kirurgisk vurdering
 - Behandlingsvalg svært avhengig av alder, komorbiditet, compliance etc.

Behandlingsopsjoner ved høygr. dysplasi

- Endoskopisk mukosal reseksjon
- Endoskopisk laserablasjon
- Esofagektomi
 - Svært omfattende inngrep med høy komplikasjonsrisiko.
- Observasjon med tett gastroskopisk oppfølging

Kontroll og oppfølging

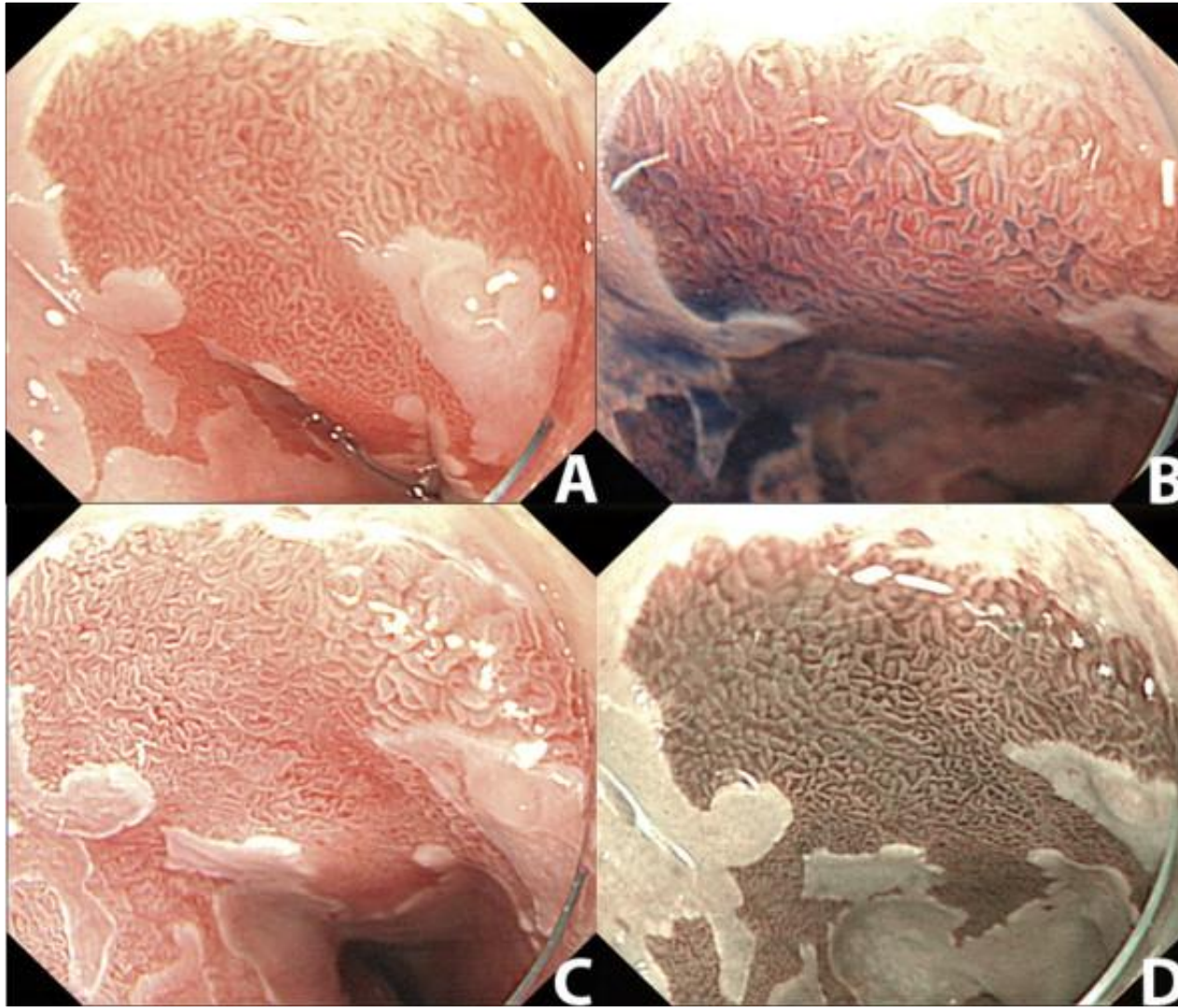
- Kanadisk guidelines anbefaler ikke regelmessige kontroller av BE.
- American Gastroenterological Association Institute anbefaler ikke regelmessige kontroller.
- American College of Gastroenterology:
“suggesting complicated disease (dysphagia, odynophagia, bleeding, weight loss, or anemia), those at risk for Barrett’s esophagus, or when the patient and physician feel early endoscopy to be appropriate”

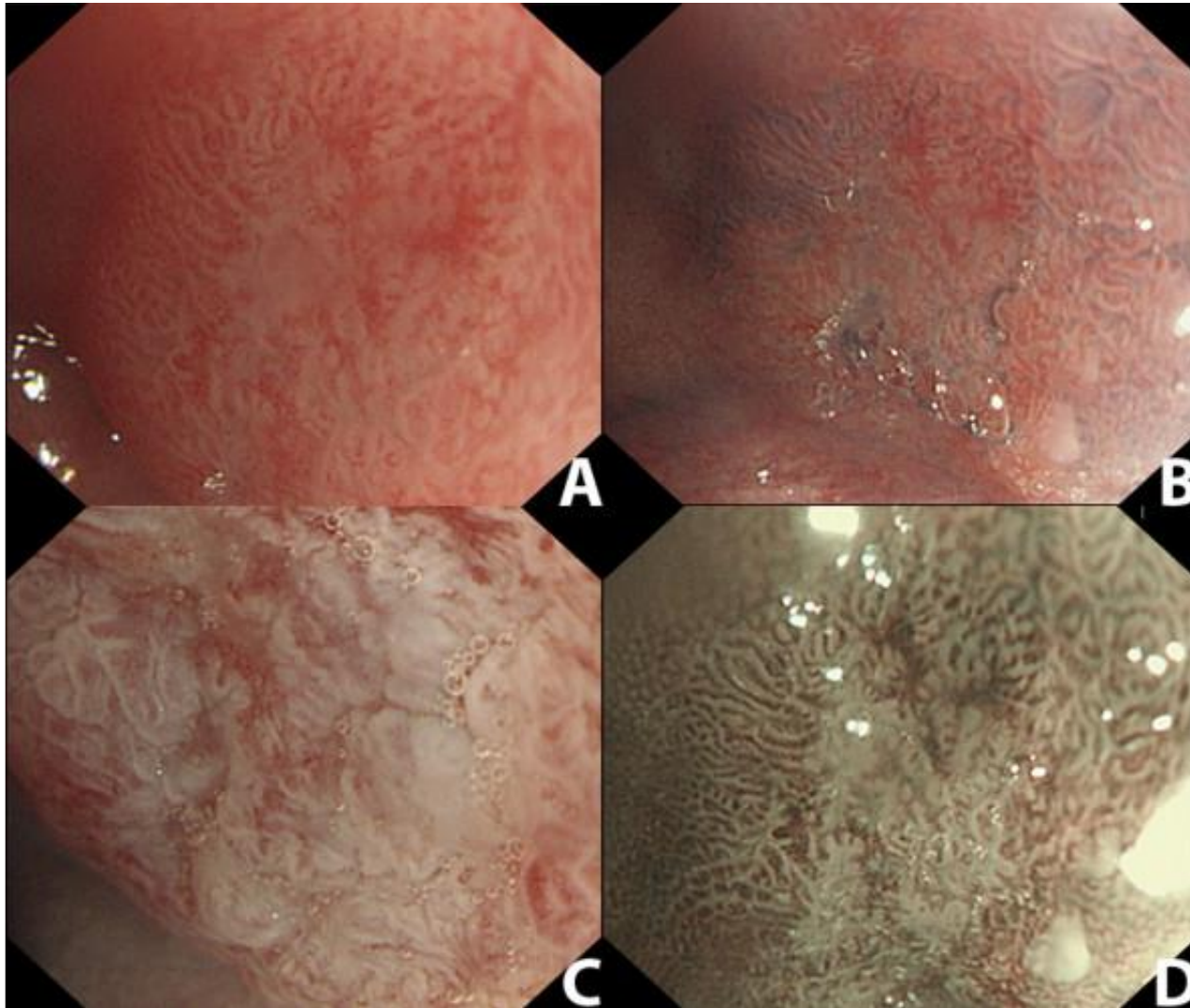
Kontroll og oppfølging

- Omdiskutert tema om hyppighet, ingen studier viser at hyppigere screening har gitt tidligere diagnostisering av adenokarsinom
- En studie viste at kun 40% med adenokarsinom hadde symptomer på refluks
- Mindre enn 50% av cancere blir diagnostisert i forb. med oppfølgingen, men kommer i intervallet.
- I praksis har vi håndtert disse pasienter individuelt, har litt ulike kulturer på hvert sykehus.

Kontroll og oppfølging

- Legger vi de antatte risikofaktorer for cancerutvikling til grunn, bør vi per i dag kanskje konsentrere oss om:
 - unge (under 60?)
 - menn, med
 - lang segment BØ, som
 - røyker og
 - ikke bruker PPI, +
 - flere?
- Intervall?
- Biopsring med bruk av "High resolusjon white ligh"-scopi





Diskusjon

Takk for oppmerksomheten