

14. Zürcher oberländer Gastro-Meeting 2014

Update und praxisrelevante
Aspekte der Gastroenterologie

- 17.30 Refluxkrankheit
Dr. Alf Karpf
- 17.55 Neues und altes zum Reizdarm
Dr. Hansueli Ehrbar
- 18.20 Pause
- 18.30 Fettleber
Dr. Georg Bansky
- 18.55 Erhöhte Amylase! Wie weiter ?
Was der Grundversorger wissen muss.
Dr. Marco Bernardi
- 19.20 Roundtable – Diskussion
- 19.45 Nachtessen

Fit in Gastroenterologie 2015

Schiff lände Maur

Mittwoch, 21. Januar 2015

17.30 h

Gastrointestinale Blutung

Emesis

Dyspepsie und *Helicobacter pylori*

Colitis ulcerosa Therapie und Verlaufskontrolle

Refluxkrankheit

Dr. Alf G. Karpf

Facharzt Gastroenterologie FMH

Facharzt Innere Medizin FMH

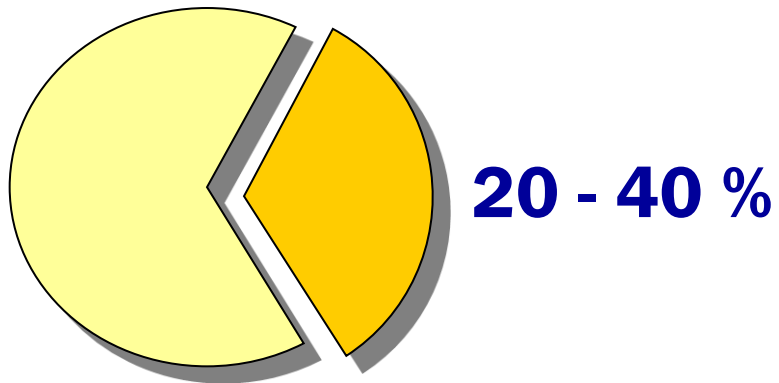
Reflux

Befindlichkeitsstörung oder
schwerwiegende Erkrankung ?

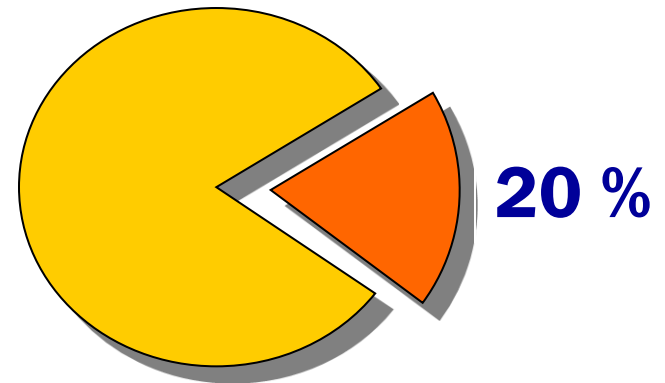
Sowohl als auch!

Refluxkrankheit - Epidemiologie



Prävalenz



Hausarzt-
besuch



Refluxkrankheit - Epidemiologie

	Peptische Läsionen 	Reflux 	Funktionelle Dyspepsie
1990	20 - 30 %	10 - 30 %	> 50 %
2010	10 %	20 - 40 %	> 50 %

Body-Mass Index und Reflux

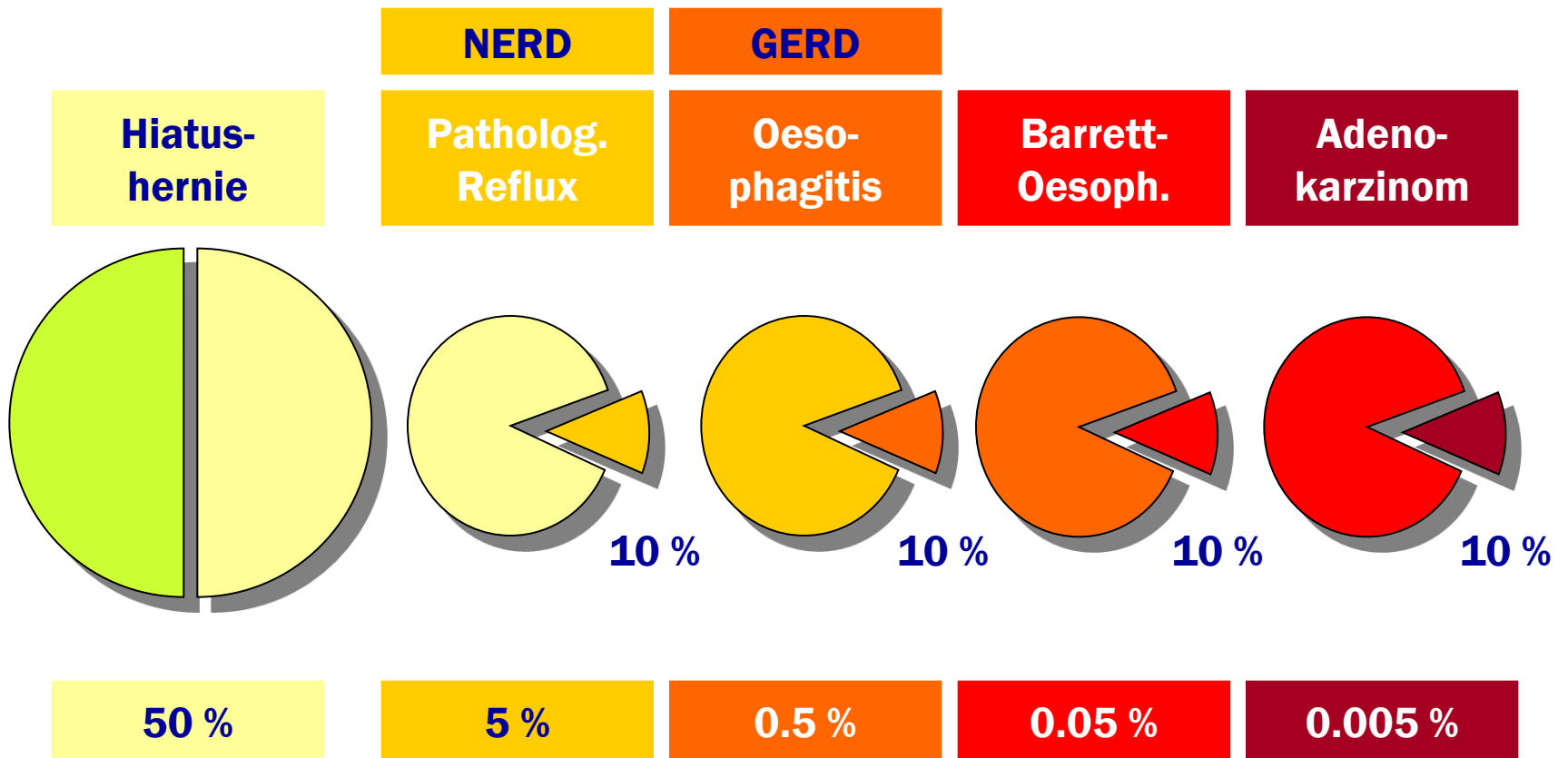
Risikofaktoren: BMI und Rauchen

BMI

- „lineare“ Abhängigkeit
- „Dosis-Wirkung-Beziehung“
- BMI > 30: Risiko 3x erhöht

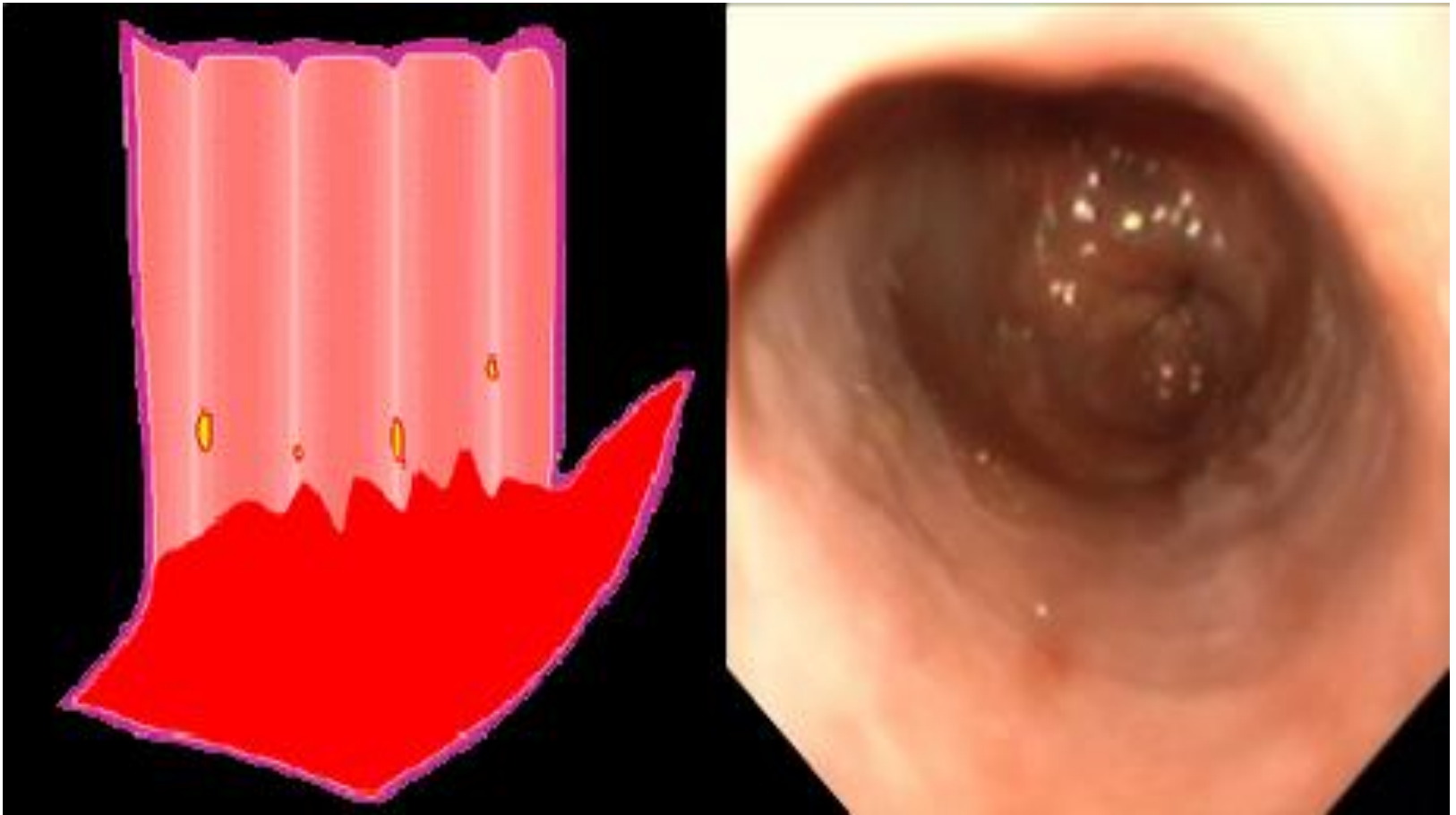
Body-Mass Index and Symptoms of
Gastroesophageal Reflux in Women
B.C. Jacobsen et.al. NEJM 2006

Refluxkrankheit - Epidemiologie



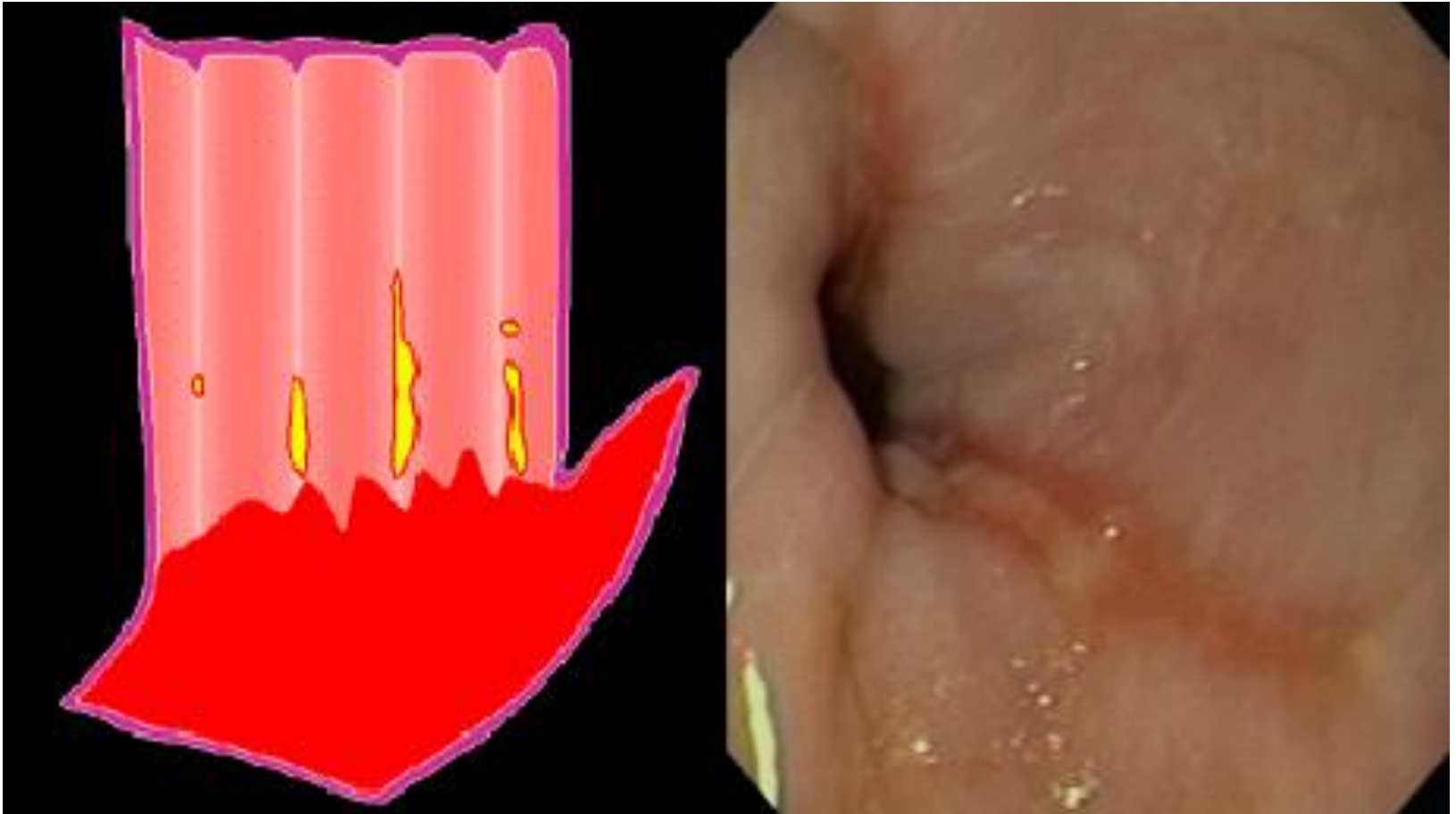
Los Angeles Klassifikation

Refluxoesophagitis Stadium A



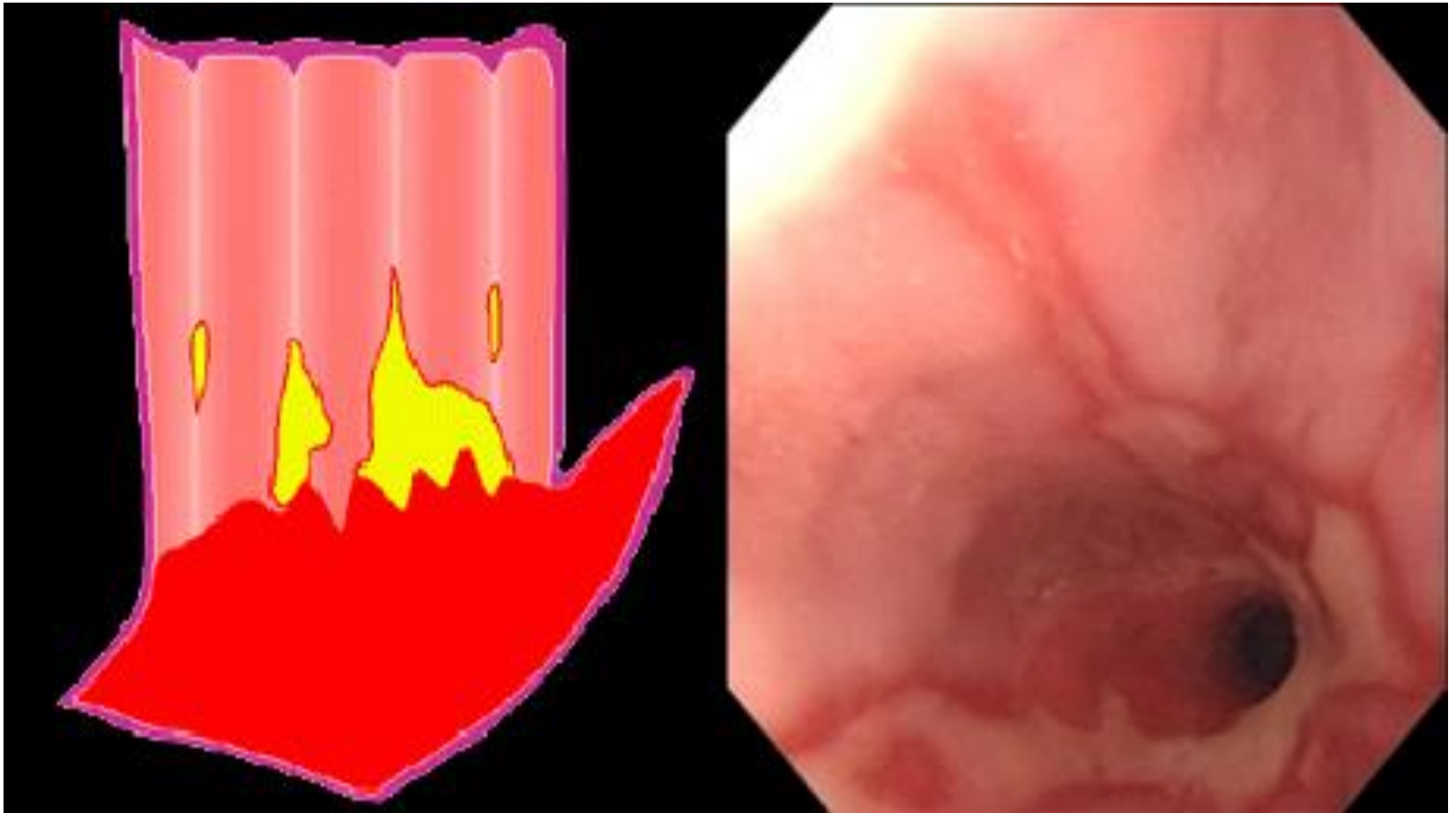
Los Angeles Klassifikation

Refluxoesophagitis Stadium B

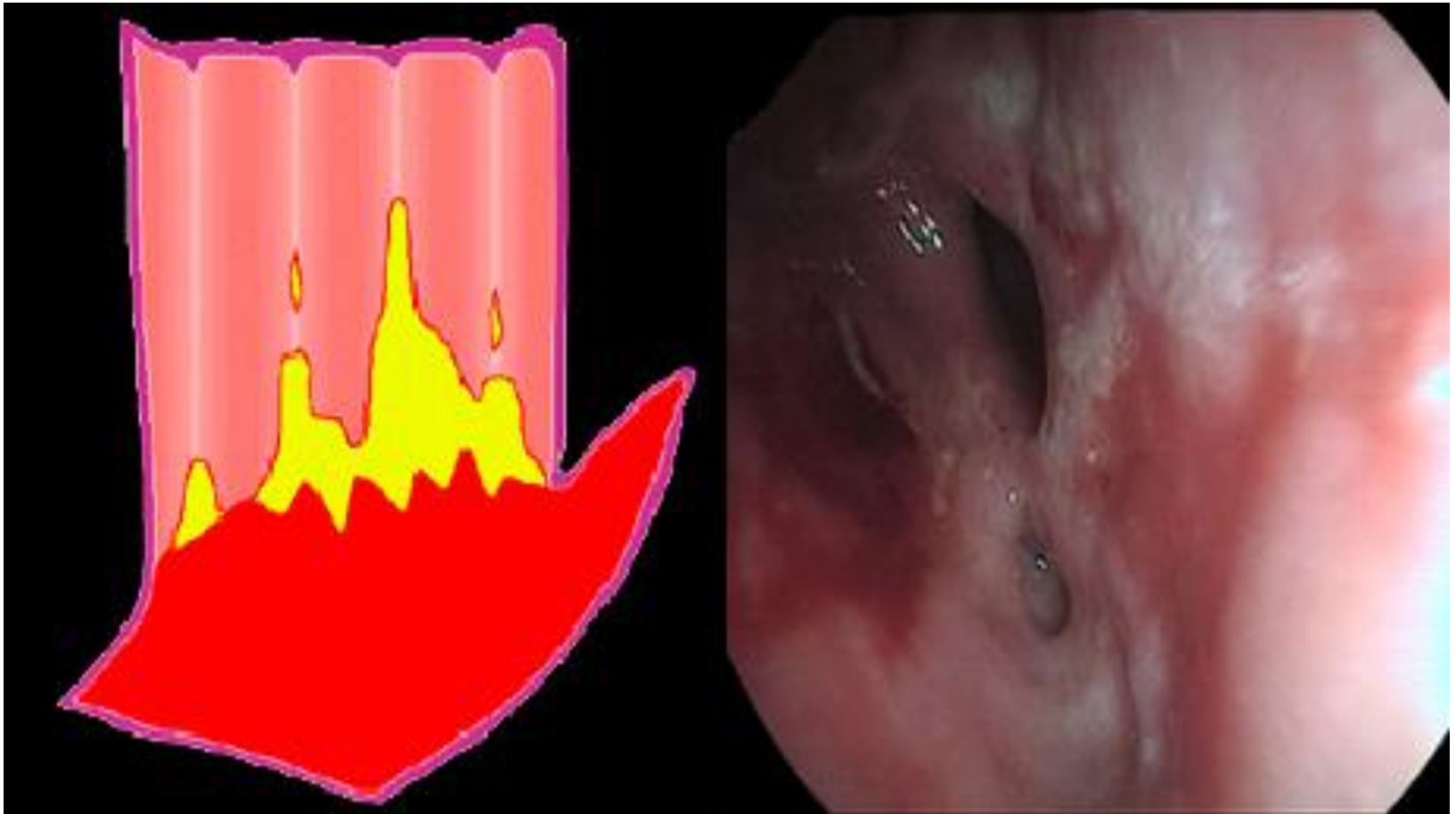


Los Angeles Klassifikation

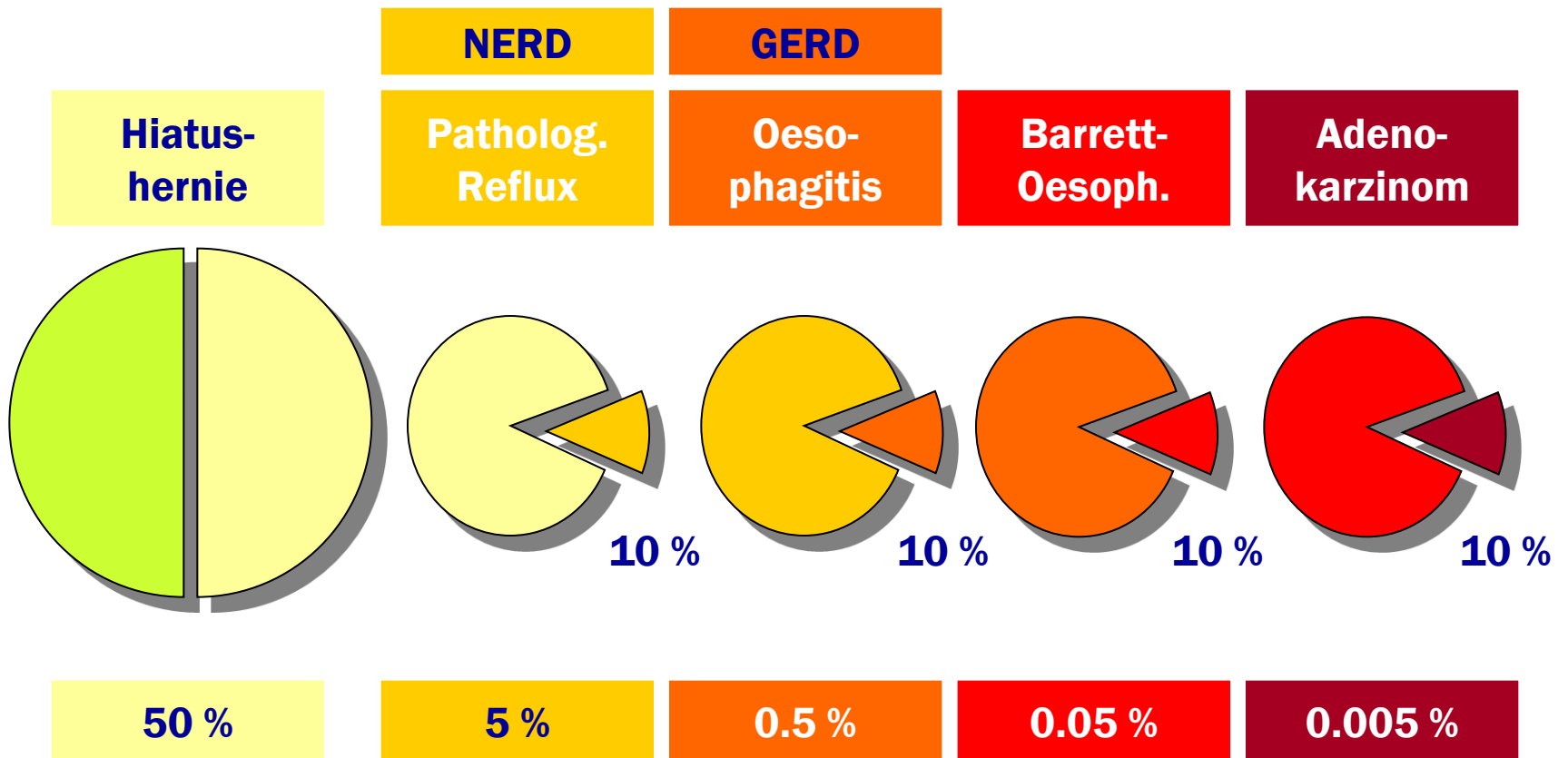
Refluxoesophagitis Stadium C



Los Angeles Klassifikation Refluxoesophagitis Stadium D



Refluxkrankheit - Epidemiologie



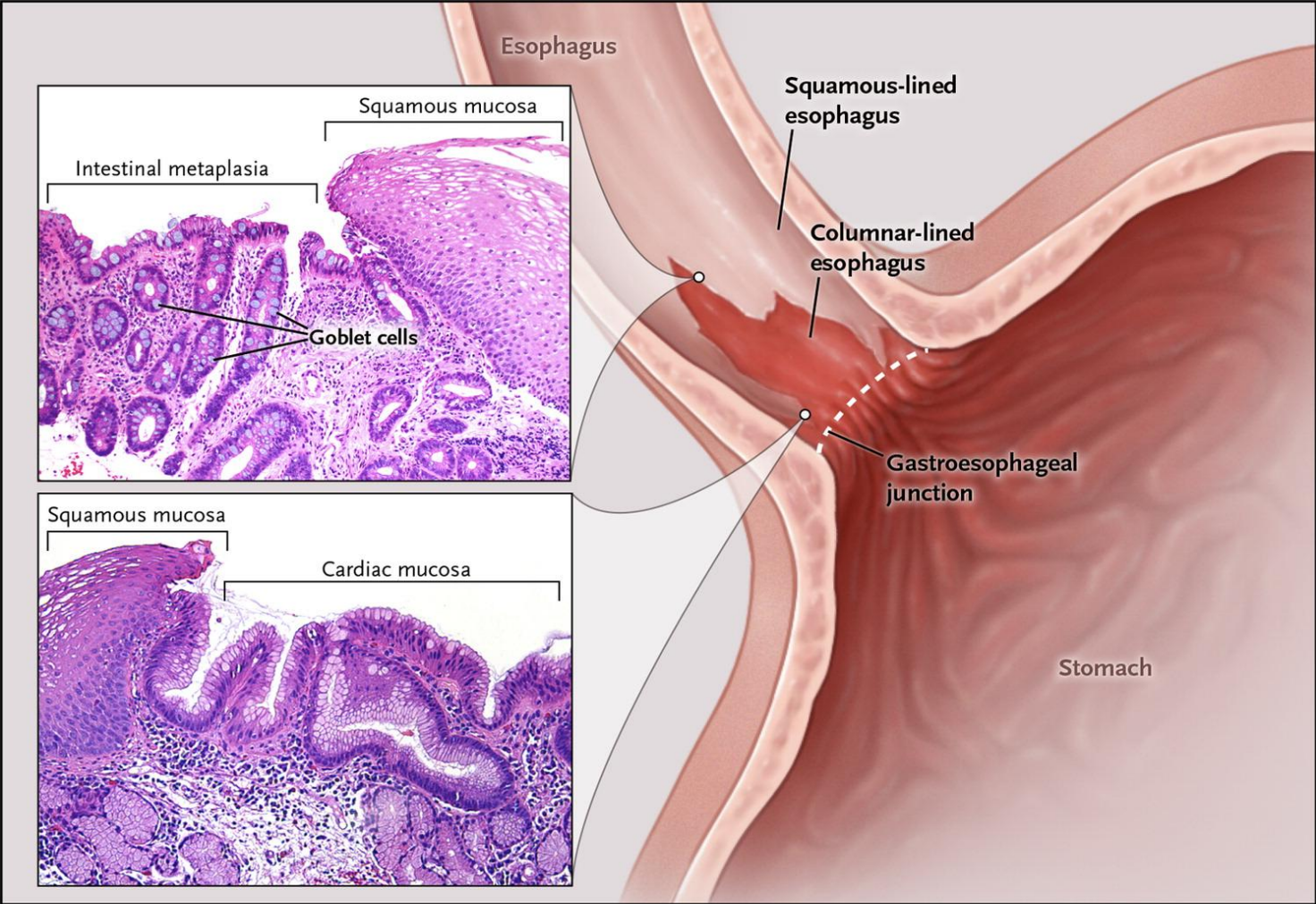
Epidemiologie

- Barrett-Prävalenz US 5.6%!
Long segment Barrett > 3 cm
Short segment Barrett < 3 cm

Barrett Definition

- Barrett oder Endobrachyösophagus ist ein prämaligener metaplastischer Prozess, bei dem das Plattenepithel des distalen Oesophagus durch ein spezialisiertes intestinales Zylinderepithel (Dünndarm) mit Becherzellen ersetzt ist, welches resistenter ist gegenüber Säure und Galle.
- Diagnose: Endoskopie mit Biopsie

Diagnostic Features of Barrett's Esophagus



Barrett-Oesophagus



Barrett

- Irreversibel. Keine „Heilung“ durch hoch dosierte PPI-Therapie oder Anti-Refluxchirurgie(Fundoplicatio)
- Barrettmukosa hat ein kleines aber nicht vernachlässigbares Risiko für die Entwicklung eines Adenokarzinoms
- Barrettmukosa kann endoskopisch „zerstört“ werden

Refluxkrankheit

Behandlungsziele

- Beschwerdefreiheit
- Komplikationen vermeiden

Refluxkrankheit - Komplikationen



Fallvorstellung 1

1949 m

- 1954 Lungentuberkulose
- 2002 Herpes zoster
- 2006 Barrettösophagus ED
- 2009 Barrettösophagus
- Nichtraucher
- Alkohol, unregelmässig, <100 g/Woche
- Medikamente: Agoptopn 15 mg/Tag

Fallvorstellung 1

Diagnose

- Barrettösophagus, High grade Dysplasie

Therapie

- Mukosektomie USZ Prof. P. Bauerfeind
- Barrettkarzinom pT1a(m3) G2, L0, V0
- Radiofrequenzablation (Barrx™) für Restbarrett
- PPI und Zantic

Fallvorstellung 2

1958 m

- 2000 Chronische Refluxkrankheit ED
- 2005 Barrettösophagus ED
- Biopsie: keine Dysplasie
- Nikotin 45-50 PY
- Alkohol regelmässig, 100-150 g/Woche
- Medikamente: Gelomyrtol regelmässig, PPI selten

Fallvorstellung 2

- Selbständiger Unternehmensberater
Vater 77 LJ Bronchuskarzinom (Raucher)

Aktuelle Beschwerden

- Dysphagie seit 4 bis 6 Wochen
- Retrosternales Brennen bei
Orangensaft/Weisswein
- Gewicht konstant, BMI 30 kg/m², guter AZ

Fallvorstellung 2

Diagnose

- Adenocarcinom im Barrett-Oesophagus
- C,uT2-3, uN1, cM1 (paraaortal,Cy)
- Barrettösophagus (ED 2005)
- Kolonpolypen (Tubuläre Adenome, LGD)
- Sigmadivertikulose
- Adipositas
- Chronischer Nikotin und Alkoholkonsum

Fallvorstellung 2

Therapie

- Port-Implantation
- 4 Zyklen Chemotherapie FLOT Protokoll
- Metabolische frühresponse Re-Evaluation
- Ev. Radiochemotherapie nach Cross-Studie
- Nach 4. Chemozyklus PET-CT, Relaparoskopie
- Abdominothorakale en bloc Oesophagektomie

Fazit Fallvorstellungen

- Reflux ist nicht harmlos!
- Das Oesophaguskarzinom hat eine schlechte Prognose
- 3 Jahresüberleben 30 bis 60%
- 5 Jahresüberleben 20%

Refluxkrankheit

SYMPTOMATIC GASTROESOPHAGEAL REFLUX AS A RISK FACTOR FOR ESOPHAGEAL ADENOCARCINOMA

	Adenokarzinom	Kardiakarzinom
		<i>Odds-Ratio</i>
Chronischer Reflux (1x Woche)	7.7	2.0
Nächtlicher Reflux	10.8	2.0
Schwerer Reflux	43.5	4.4
Adenokarzinom	62% Barrett-Oesophagus	

Barrett

- Screening ?
- Surveillance?
- Therapie?
- Mukosektomie?
- Radiofrequenzablation(RFA), Barrx™
- Operation

Barrett

Kein Screening in der Allgemein-Bevölkerung

Barrett Karzinominzidenz

- 1990 1%
- 2006 0.5%
- 2011 0.4%
- 2012 0.12%

Computermodell

0.5% Inzidenz: Surveillance Intervall 4 Jahre

Surveillance

- Die langsame Progression prämaligener Läsionen im Barrett zum Karzinom ist die Ratio für eine Überwachungsstrategie
- Es gibt keine wissenschaftlich gesicherte Evidenz für eine Reduktion der Mortalität durch eine Surveillance
- Es gibt Hinweise, dass die Karzinome, die im Rahmen einer Surveillance entdeckt werden, eine bessere Prognose haben.

Risikofaktoren für Barrett und Adenokarzinom des Oesophagus

Faktoren	Barrett	Karzinom
Alter, Kaukasier, Männer, Raucher, Chronischer Reflux	Ja	Ja
Adipositas (viszerale Adipositas), Metabolisches Syndrom	Ja	Ja
Erosive Oesophagitis, Axiale Hiatushernie	Ja	Ja
Positive Familienanamnese, Fleischkonsum	Ja	Ja
GERD Erstdiagnose < 30 Jahre	Ja	-
Schlafapnoe	Ja	-
Frühgeburt	Nein	Ja
Tiefes Geburtsgewicht	Ja	Nein
HPV-Infektion	Nein	Ja

Protektive Faktoren für Barrett und Adenokarzinom des Oesophagus

Faktoren	Barrett	Karzinom
NSAR, Statin-Therapie	Ja	Ja
Helicobacter pylori Infektion	Ja	Ja
Hoher Früchte- und Gemüsekonsum	Ja	Ja
Exposition UV-Strahlung	-	Ja
Stillende Frauen	-	Ja
Hochgewachsene	Ja	Ja

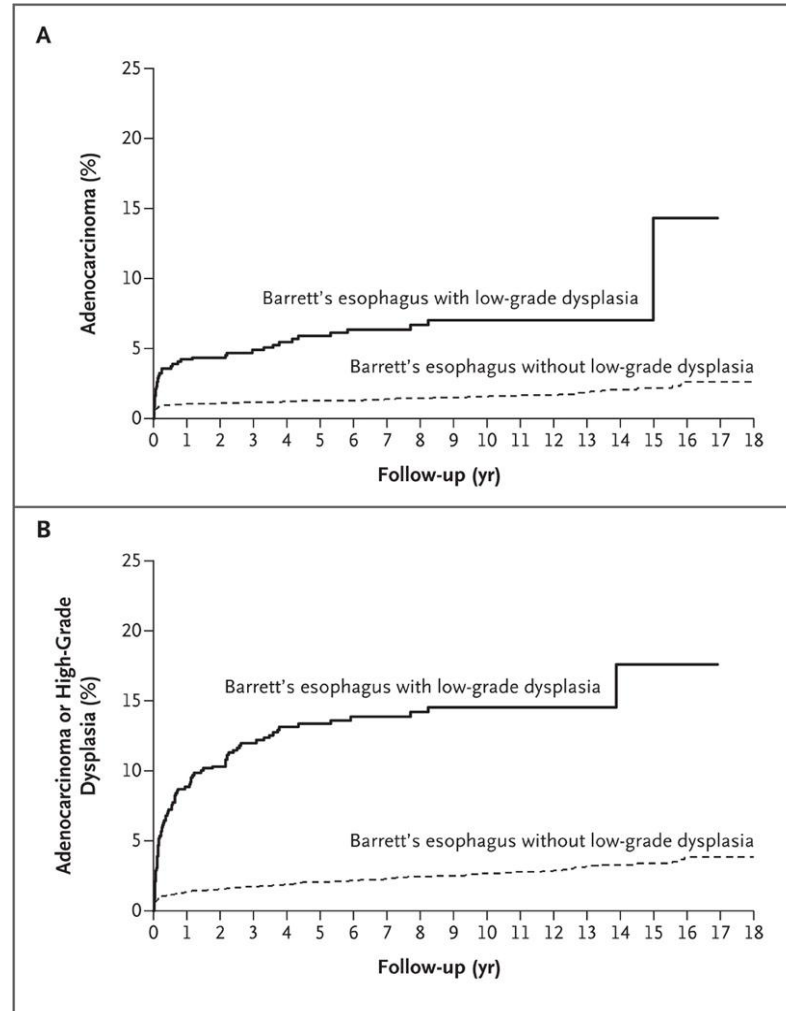
Barrett

- Screening Hochrisikogruppen
> 50 Lebensjahr und chronischer Reflux
Männer, Raucher, Adipositas
- Surveillance:
Endoskopie mit Biopsie alle 3 bis 5 Jahre
(2 Jahre in Hochrisikogruppe)

Dysplasie.. und jetzt?

- 2/3 der low grade Dysplasie (LGD) bleiben stabil oder sind regressiv
- Ein Teil der LGD sind regressiv (60-85%)
- Ein kleiner Teil zeigt ein Progression zu einer high grade Dysplasie (HGD) (10-28%)
- Follow up 26 bis 48 Monate

Cumulative Incidence of Esophageal Adenocarcinoma and of Esophageal Adenocarcinoma or High-Grade Dysplasia



Dysplasie

- LGD und Erosionen: PPI und Kontrollbiopsie in einigen Monaten
- LGD kann transient sein, nur ein kleiner %-Satz entwickelt eine HGD
- HGD hat ein hohes Karzinomrisiko

Surveillance

Endoskopie

- Stufenweise Biopsie
- Zoom und Chromoendoskopie
- Seattle Protokoll vs. Färben, NBI, FICE
- DNA-Aneuploidy, p53

Endoskopie Ueberwachung

- Barrett ohne Dysplasie: 3 bis 5 Jahre
- Barrett mit LGD: alle 6 bis 12 Monate
- Barrett mit HGD: Endoskopische Therapie

Behandlungstrategie

Ablation
(RFA)

LGD

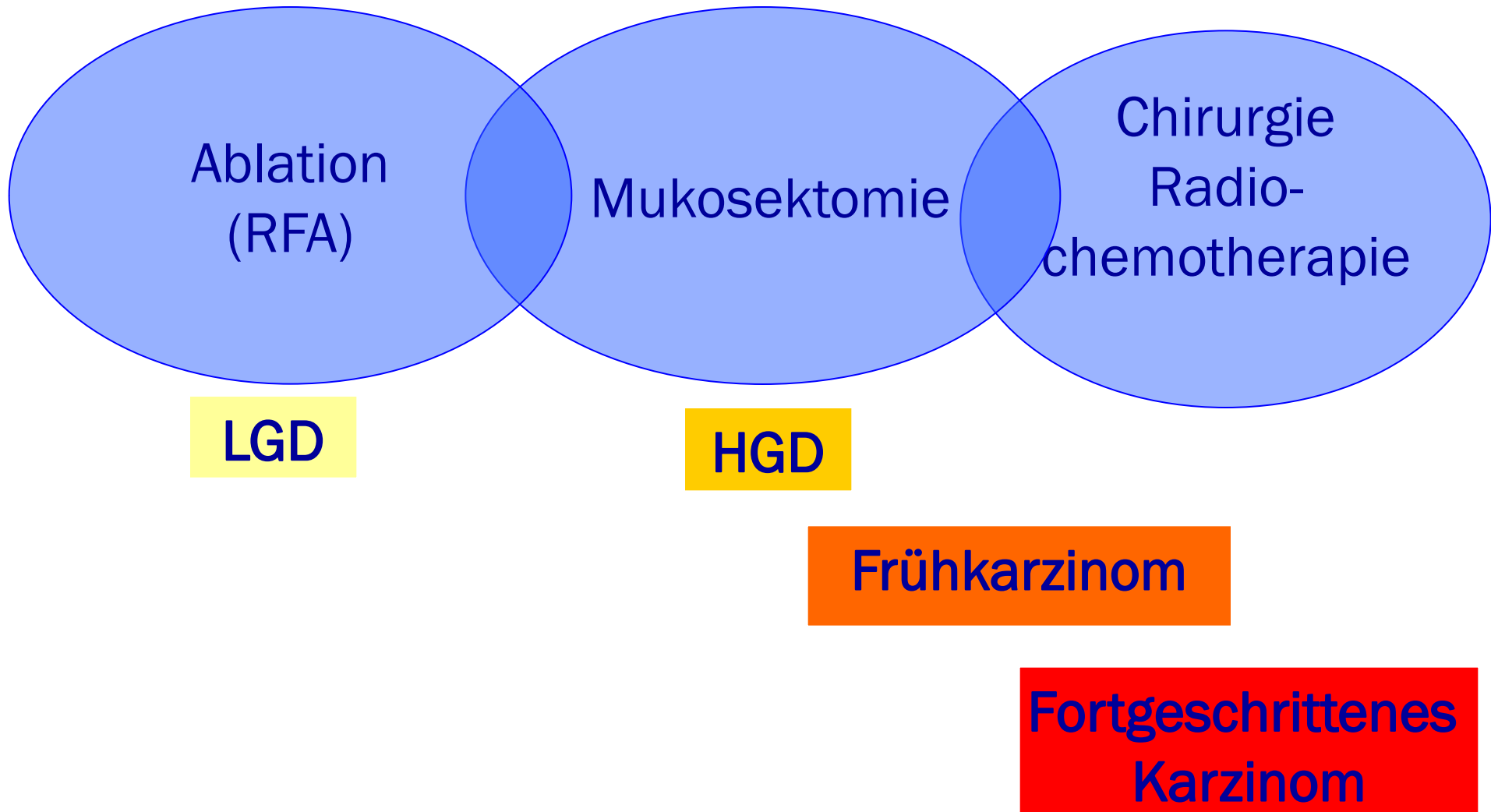
Mukosektomie

HGD

Chirurgie
Radio-
chemotherapie

Frühkarzinom

Fortgeschrittenes
Karzinom



Endoskopie Indikationen

- Chronische GERD (> 5 Jahre)
- 1 bis 2x wöchentlich therapiebedürftiger Reflux (Antazida, H2-Blocker, PPI, Milch..etc)
- Männer > 50.Lebensjahr
- Nächtlicher Reflux
- BMI > 30 kg/m², viszerale Adipositas
- Rauchen

Endoskopie Indikationen

- GERD mit persistierenden Beschwerden unter PPI-Therapie oder rasches Rezidiv nach Absetzen
- Schwere erosive Refluxösophagitis nach 2 Monaten PPI-Therapie zum Barrett Ausschluss

Endoskopie Indikation

- Chronischer Reflux
- Dysphagie
- Blutung, Anämie
- Rezidivierendes Erbrechen

- Upper Endoscopy for Gastroesophageal Reflux Disease: Best Practice Advice From the Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians

FAZIT

- Reflux ist nicht harmlos
- Kein allgemeines Barrett Screening
- Index Endoskopie der Risikogruppen
NERD oder ERD, Barrett ?
- Barrett Surveillance 2- bis 5-jährlich