

Przełyk Barretta





Co to jest przełyk Barretta?

Przełyk Barretta jest przedrakowym stanem śluzówki przełyku – przewodu przenoszącego pokarm i płyny z jamy ustnej do żołądka.

Szacuje się, że przełykiem Barretta dotkniętych jest 3,3 miliona dorosłych osób w Stanach Zjednoczonych.^{1,2}

Jak rozwija się przełyk barretta?

Refluks żołądkowo – przełykowy (GERD) jest zaburzeniem w którym kwasy i enzymy żołądkowe powodują urazy śluzówki przełyku, skutkujące takimi objawami jak: zgaga, zarzucanie pokarmu oraz bóle w klatce piersiowej. U niektórych pacjentów cierpiących na GERD prawidłowe komórki przełyku ulegają uszkodzeniu. W miarę upływu czasu, uszkodzenie to może spowodować stan zapalny oraz genetyczne zmiany komórek. Tkanka przyjmuje wtedy inną postać mikroskopową oraz cechy tkanki jelitowej. Stan ten nazywamy „metaplazją jelitową” lub przełykiem Barretta. Jeśli objawy GERD występują częściej niż 3 razy na tydzień, pacjent powinien skonsultować się z lekarzem.

Szacuje się, że 13% osób cierpiących na chroniczne zarzucanie kwasu żołądkowego, posiada także przełyk Barretta.³

Jak diagnozuje się przełyk Barretta?

Zdiagnozowanie przełyku Barretta wymaga przeprowadzenia zabiegu endoskopii górnego odcinka układu pokarmowego, zwykle przez gastroenterologa lub chirurga endoskopowego. Endoskopia jest nie chirurgiczną procedurą przeprowadzaną po podaniu środków uspokajających. Tkanka zmieniona chorobowo przyjmuje inny kolor podczas badania, co ułatwia wykonanie biopsji do oceny patologicznej. Obecność komórek jelitowych w przełyku (metaplazja jelitowa) potwierdza istnienie przełyku Barretta.

Jakie są typy przełyku Barretta?

Istnieją różne typy lub stopnie zaawansowania przełyku Barretta, oceniane na podstawie biopsji i badania mikroskopowego. Stopnie zaawansowania obejmują: metaplazję jelitową (IM) bez dysplazji, IM z dysplazją małego stopnia, oraz IM z dysplazją dużego stopnia. Pojęcie „dysplazja” odnosi się do wrodzonej nieprawidłowości tkanki lub komórki bardziej narażonej na raka i chaotycznej. Obecność dysplazji może zwiększać ryzyko wystąpienia raka, lecz sama dysplazja nie jest uznawana za stan nowotworowy.⁴⁻⁶ Wyższe stopnie dysplazji mogą zostać uznane za stan nowotworowy jeśli wystąpią objawy inwazji tkanki.

Jakie jest ryzyko pacjenta u którego stwierdzono przełyk Barretta?

Przełyk Barretta zwiększa ryzyko wystąpienia raka gruczołowego przełyku. Wszystkie stopnie zaawansowania przełyku Barretta są stanem zwiększonego ryzyka, lecz dysplazja małego i dużego stopnia jest podtypem najwyższego ryzyka.⁶



Jak leczy się przełyk Barretta?

Towarzystwa medyczne zalecają przeprowadzanie regularnych endoskopii górnego odcinka układu pokarmowego oraz biopsji przez całe życie. Częstotliwość tych zabiegów zależy od stopnia zaawansowania choroby. Pacjent z IM bez dysplazji będzie poddany endoskopii kontrolnej raz na 3 lata. Częstotliwość dla pacjenta z dysplazją niskiego stopnia wynosi 6-12 miesięcy ze względu na zwiększone ryzyko rozwoju raka. Pacjent z IM z dysplazją wysokiego stopnia może przechodzić endoskopię nawet co 3 miesiące, lub natychmiast być poddany określonemu leczeniu.⁷

Dodatkowo istnieją opcje leczenia obejmujące terapię endoskopową i chirurgiczną całkowicie eliminującą tkankę Barretta. Pacjenci powinni skonsultować się z lekarzem w celu określenia właściwej drogi leczenia odpowiedniej dla ich stanu choroby.

Opcje leczenia z użyciem technologii ablacyjnej HALO.

„Ablacja” to technika, w której nagrzewa się tkankę do czasu jej obumarcia. Różne formy ablacji są używane w medycynie od prawie wieku w celu leczenia wielu stanów nowotworowych i przednowotworowych, oraz do opanowywania krwawienia. Technologia ablacji HALO jest specyficzną formą ablacji, w której energia cieplna jest dostarczana w precyzyjny i wysoce kontrolowany sposób.

Tkanka przełyku Barretta jest bardzo cienka i dlatego dobrze poddaje się usuwaniu energią ablacyjną. Dlatego też przy użyciu ablacji HALO można całkowicie usunąć tkankę chorobową bez szkody dla znajdujących się pod nią niezmiennych chorobowo struktur.

Badania kliniczne wykazały, że z użyciem technologii ablacyjnej HALO tkanka Barretta może być całkowicie wyeliminowana u 98,4% pacjentów.⁸

Co się dzieje podczas leczenia z użyciem technologii ablacyjnej HALO?

Terapia ablacyjna jest wykonywana w połączeniu z endoskopią górnego odcinka układu pokarmowego. Leczenie przeprowadzane jest w warunkach ambulatoryjnych i nie wymaga wykonywania nacięć skóry. Technologia ablacyjna HALO składa się z dwóch urządzeń: cewników ablacyjnych HALO360 i HALO90. Przy pomocy cewnika ablacyjnego HALO360 można leczyć większe obszary obwodowe przełyku Barretta, podczas gdy cewnik ablacyjny HALO90 służy do leczenia mniejszych obszarów.

Cewnik ablacyjny Halo 360



Cewnik ablacyjny Halo 90



W zależności od stopnia zaawansowania choroby, cewnik ablacyjny Halo360 lub HALO90 jest wprowadzany do przełyku i używany do dostarczenia energii do obszarów docelowych.

Czego można oczekiwać po leczeniu?

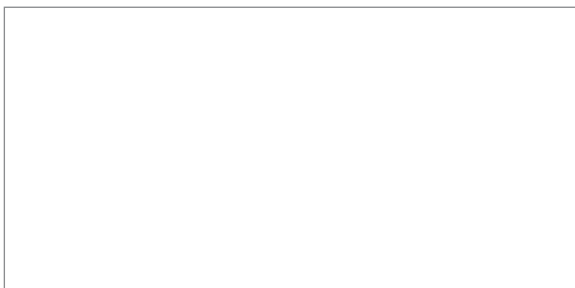
W ciągu kilku dni po zabiegu pacjent może odczuwać dyskomfort w obrębie klatki piersiowej oraz trudności z połykaniem – obie dolegliwości mogą być łagodzone przy pomocy leków zaleconych przez lekarza. Podczas prób klinicznych objawy te zwykle zanikały w ciągu 3 – 4 dni.⁹ Pacjentom dostarcza się leki zobojętniające kwasy, aby pobudzić gojenie przełyku oraz odbudowę zdrowej tkanki.¹⁰

Wizyta kontrolna po zabiegu jest wyznaczana w ciągu 2 – 3 miesięcy w celu oceny reakcji na leczenie. W przypadku obecności szczątkowej tkanki Barretta, zaleca się przeprowadzenie dodatkowej terapii.

Jak leczy się GRED po udanej ablacji?

Udane usunięcie tkanki przełyku Barretta nie oznacza wyleczenia wcześniejszej choroby GERD i powiązanych objawów. Lekarz pokieruje dalszym długotrwałym leczeniem GERD.

Zapytaj swojego lekarza o możliwość leczenia przełyku Barretta przy użyciu technologii ablacyjnej HALO.



Ważne: Niniejsza ulotka służy dostarczeniu ogólnych informacji, a nie ustaleniu diagnozy dla konkretnego przypadku. Bardzo ważne jest aby skonsultować się z lekarzem w sprawie oceny swojego stanu zdrowia, przeciwwskazań i możliwych powikłań. Leczenie ablacyjne jest przeciwwskazane u: kobiet ciężarnych, osób poddanych wcześniej naświetlaniom przełyku, przy współistniejących żylakach przełyku z możliwością krwawienia, po przeprowadzonej wcześniej miotomii sposobem Hellera. Możliwe powikłania obejmują: zranienie śluzówki, perforację przełyku wymagającą interwencji chirurgicznej, infekcję, krwawienie, oraz powstanie zwężenia wymagające rozszerzenia. Odsetek zaobserwowanych przy zabiegu powikłań wynosi w przybliżeniu < 19%.⁹

REFERENCJE

1. "Study provides first estimate of U.S. population affected by Barrett's esophagus". Gastro.org. 2006. American Gastroenterological Association. <www.gastro.org/wmspage.cfm?parm1=1834> Accessed June, 2006.
2. Ronkainen J, et al., "Prevalence of Barrett's Esophagus in the General Population: An Endoscopic Study."Gastroenterology. 2005;129: 1825-1831.
3. Brenda Westhoff et al., "The Frequency of Barrett's Esophagus In High-Risk Patients with Chronic Gerd.," Gastrointestinal Endoscopy 61 (2005):226-231.
4. http://www.barrettsinfo.com/content/3c_what_is_dysplasia.htm.
5. John Hopkins Pathology website, http://pathology2.jhu.edu/beweb/menu_understanding.cfm.
6. Sharma P, Falk GW, Weston AP, Reker D, Johnston M, Sampliner RE. Dysplasia and Cancer in a Large Multicenter Cohort of Patients with Barrett's Esophagus. Clinical Gastroenterology and Hepatology 2006;4:566-572.
7. Sampliner RE, Practice Parameters Committee ACG. Updated guidelines for the diagnosis, surveillance and therapy of Barrett's esophagus. American Journal of Gastroenterology 2002; 97:1888-1895.
8. D. E. Fleischer; B. F. Overholt; V. K. Sharma; A. Reymunde; M. B. Kimmey; R. Chuttani; K. Chang; C. J. Lightdale; N. Santiago; D. K. Pleskow; P. J. Dean; K. K. Wang. Long-term (2.5 year) Follow-up of the AIM-II Trial for Ablation of Barrett Esophagus: Results After Primary Circumferential Ablation Followed by Secondary Focal Ablation. Gastrointest Endosc 2007; 65: AB 135.
9. Data on file.
10. Sharma VK, et al., Balloon-Based, "Circumferential, Endoscopic Radiofrequency Ablation of Barrett's Esophagus: 1-Year Follow-up of 100 Patients." Gastrointestinal Endoscopy. 2007; 65:185-194.