

Barrettin ruokatorven seuranta- ja hoitosuositus 2024

Suositus perustuu Euroopan gastroenterologisen endoskopiayhdistyksen 10/2023 julkaisemaan ”Diagnosis and management of Barrett esophagus: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline” hoitosuositukseen viitteinen. Lyhyen Barrettin seurannan suhteiden suositus poikkeaa ESGE hoitosuosituksesta.

Barrettin ruokatorvessa (BE) distaalinen levyepiteeli korvautuu lieriöepiteelillä, joka on histopatologisesti tyypiltään intestinaalista metaplasiaa. BE-diagnoosi asetetaan, kun metaplasiaa todetaan vähintään 1 cm matkalla (sirkulaarinen tai kieleke). Euroopassa BE:n esiintyvyyden arvioidaan olevan väestötasolla noin 1–2 %, ja refluksitautia (GERD) sairastavilla 8–13 %. BE altistaa ruokatorven adenokarsinoomalle (EAC), jonka esiintyvyys on lisääntynyt merkittävästi sekä Suomessa (Finego 2020) että muualla länsimaissa. BE-potilaan riski kehittää EAC on matala, arvioilta 0,1–0,5 % vuositasolla, mutta jo matala-asteisessa dysplasiassa (LGD) riski 10-kertaistuu. Dysplastisen BE:n hoitovaihtoehtoihin kuuluvat endoskooppinen eradikaatioterapia (EET), joista yleisimmin käytössä on radiotaajuusablaatio (RFA) sekä endoskooppinen resektio.

Tämän suosituksen tavoitteena on optimoida ja yhtenäistää Barrett-potilaiden hoitopolkua Suomessa. BE-seurantaa on pidetty aiheellisenä ruokatorvisyöpään liittyvän korkean kuolleisuuden vuoksi, vaikka näytön aste seurannan hyödystä on matala. Näytön aste dysplasian hoidosta on korkea.

1. BE seulontaa väestötasolla ei suositella
2. Suositellaan pysyvää PPI-lääkitystä kaikille potilaille oireista riippumatta (standardi annos 1–2 kertaa päivässä)
 - GERD hoito, EAC kemopreventio
3. Diagnostiikassa ja seurannassa suositellaan käytettävän korkean resoluution endoskooppia:
 - Jokaista 1 cm BE suositellaan arvioimaan 1 minuutin ajan valkoista valoa ja virtuaalista kromoendoskopiaa apuna käyttäen
 - BE alueesta ja mahdollisista fokaalimuutoksista suositellaan ottamaan edustavat valokuvat ja dokumentoida sijainti
 - Pahan luokituksella (CxMx) dokumentoidaan BE laajuus
 - Pariisin luokituksella kuvaillaan fokaalimuutokset
 - Edustavat koepalat suositellaan otettavaksi kaikista näkyvistä fokaalimuutoksista (erillisiin näytepurkkeihin) ja Seattle-protokollan mukaisesti satunnaiskoepalat neljästä kvadrantista 2 cm välein (erillisiin näytepurkkeihin) koko BE alueelta

4. BE diagnosoidaan, jos potilaalla todetaan endoskopiassa ruokatorven alaosan lieriöepiteelivyöhyke, jonka vähimmäispituus on 1 cm (joko sirkulaarinen tai kieleke) JA histopatologisessa tutkimuksessa todetaan intestinaalinen metaplasia

5. Dysplasia diagnoosi (ml. “indefinite for dysplasia”) tulee vahvistaa erikoispatologin (gastropatologiaan perehtyneen patologin) toimesta

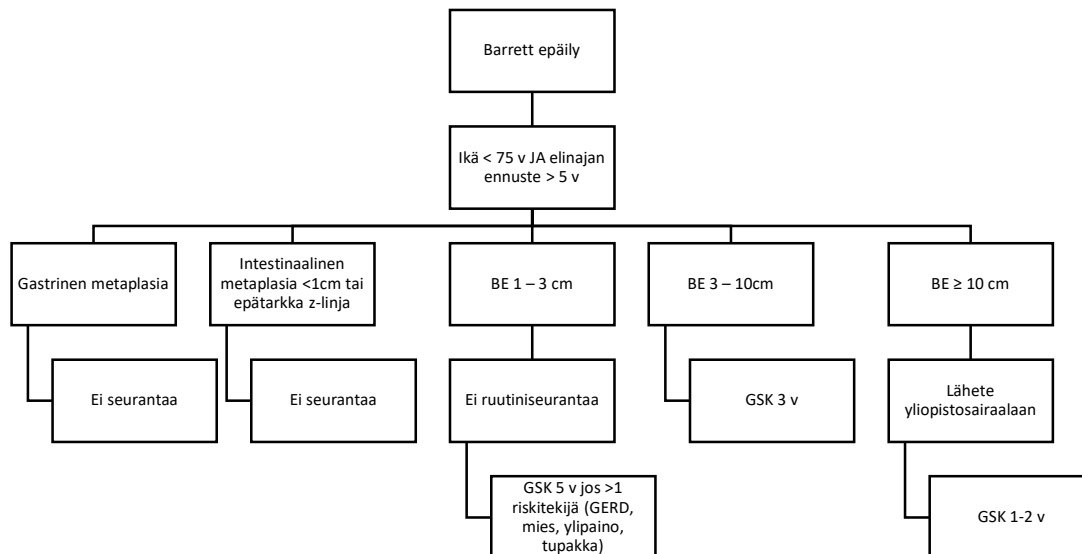
- p53-immunohistokemiallista tutkimusta suositellaan tarvittaessa käytettäväksi dysplasian ja atypian diagnostiikassa

SEURANTA:

6. Seurantaprotokolla suositellaan räätälöimään BE pituuden mukaan:

- Epätarkkaa z-linjaa tai < 1 cm lieriöepiteelivyökettä ei suositella biopsoitavan tai seurattavan
- ≥ 1 cm – < 3 cm: ei rutiiniseurantaa. Harkinnan mukaan 5 vuoden kuluttua endoskopia ja biopsiat jos enemmän kuin 1 riskitekijä (GERD, miessukupuoli, keskivartalo lihavuus, tupakointi)
- ≥ 3 cm – < 10 cm: endoskopia ja biopsiat 3 vuoden välein
- ≥ 10 cm: suositellaan seurattavan yliopistosairaalassa 1–2 vuoden välein
- Mikäli potilaan ikä on ≥ 75 vuotta tai eliniänodote < 5 vuotta voi harkinnan mukaan seurannan lopettaa

7. Mikäli koepaloissa todetaan dysplasiaa, suositellaan PPI-lääkityksen optimointia (standardi annos x 2) ja lähetettä yliopistosairaalaan



HOITO:

8. BE ilman dysplasiaa ei pidä hoitaa profylaktisella endoskooppisella eradikaatioterapialla (EET)

9. Mikäli BE:ssä todetaan fokaalimuutos, suositellaan endoskooppista poistoa joko mukosaresektiolla (EMR) tai submukoottisella dissektiolla (ESD)

10. EET suositellaan toistuvassa matala-asteisessa dysplasiassa (LGD) potilaskohtaista harkintaa käyttäen (diagnoosi kahdessa eri endoskopiassa erikoispatologin arvioimana)

11. EET suositellaan korkea-asteisessa dysplasiassa (HGD)

12. BE residuaalin EET suositellaan tehtäväksi dysplastisen muutoksen EMR/ESD jälkeen paikallisresidiivin ja metakroonisen dysplasian estohoitona

13. Onnistuneen EET jälkeinen seuranta suositellaan alkuun toteutettavaksi hoitoon perehtyneessä keskuksessa:

- Huolellinen neo-epiteelin inspektio korkean resoluution endoskoopilla valkoista valoa ja virtuaalista kromoendoskopiaa hyödyntäen
- Rutiinikoepaloja neo-epiteelistä ei suositella otettavaksi
- Seurannassa suositellaan ottamaan neljän kvadrantin koepalat uuden z-linjan distaalipuolelta ja tarvittaessa residivoineesta metaplasiasta sekä muista fokaalimuutoksista

Suosittelun seuranta-protokolla dysplasian ja BE eradikaation jälkeen:

- HGD: 1, 2, 3, 4, 5, 7, ja 10 vuoden kohdalla viimeisestä EET
- LGD: 1, 3, ja 5 vuoden kohdalla viimeisestä EET

ESGE: European Society of Gastrointestinal Endoscopy

BE: Barrett's Esophagus, Barretin ruokatorvi

GERD: Gastroesophageal Reflux Disease, refluksitauti

EAC: Esophageal Adenocarcinoma, ruokatorven rauhassyöpä

LGD: Low-grade dysplasia, matala-asteinen epiteelin erilaistumishäiriö

HGD: High-grade dysplasia, korkea-asteinen epiteelin erilaistumishäiriö

EET: Endoskooppinen Eradikaatio Terapia

RFA: Radio Frequency Ablation

PPI: Protonipumpun inhibiittori

EMR: Endoskooppinen Mukosa Resektio

ESD: Endoskooppinen Submukosan Dissektio