

# **GERD und Barrett – bei weitem unterschätzte Erkrankungen mit potentiell erhöhtem onkologischen Risiko**

State of the art Therapie, news und update

*Einleitung und Vorstellung der Refluxambulanz*

T. Winkler





## ⌘ Einleitung

## ⌘ Vorstellung der Refluxambulanz

# it makes sense ...



- ⌘ Häufigste Erkrankung des oberen Gastrointestinaltrakts
- ⌘ 40% der Normalbevölkerung einmal im Mo; 14% einmal wöchentlich; 7% tgl. Reflux
- ⌘ Lebensqualität von Refluxpatienten oft signifikant beeinträchtigt

# .... und



- ⌘ Gastroösophagealer Reflux verursacht beides Barrett und ein Ösophaguskarzinom. Insbesondere bei ...
- ⌘ Fehlender, insuffizienter oder adäquater Behandlung der GERD Risiko für Barrett
- ⌘ Inzidenz des Adenokarzinoms des Ösophagus wächst schneller als jede andere Tumorentität in den westlichen Ländern
- ⌘ Prävalenz von Barrett ist 1,6% in einer normal gesunden Population und steigt auf 15-35% in GERD Patienten. In bis zu 17-30% ist ein Barrett mikroskopisch am dist. Ösophagus nachweisbar bei unauffälliger Makroskopie

## ... erstaunliche Ähnlichkeit



- ⌘ Inzidenz ein Karzinom zu entwickeln von colorektalen Adenomen ist gleich hoch wie die von Barrett (0,5%)
- ⌘ Barrett – AdenoCA des Ösophagus zeigt ähnliche Entwicklung wie Adenom – Karzinomsequenz im Colorektum
- ⌘ Einzigartige Situation (gesund – Vorstufe – Karzinom), die ein screening sehr plausibel macht, da sich das Karzinom aus einer Vorstufe entwickelt und man eine gewisse Zeit hat diese Vorstufe zu entfernen bzw. adäquat zu therapieren

## ... eine Überlegung



- ⌘ Ist die Vorstufe adäquat behandelt bzw. eliminiert, ist das Risiko eine Karzinom zu entwickeln wieder so hoch wie in der Normalbevölkerung
- ⌘ ... screening auch für GERD / Barrett sinnvoll? AGA nein
- ⌘ Konsequenzen ?

## ... das neue Konzept



- ⌘ Viele gastroenterologische / chirurgische Ambulanzen, die Vorsorge, Diagnostik und adäquate Therapie von Adenomen und CRC anbieten
- ⌘ Nicht viele Refluxambulanzen in Wien
- ⌘ Grund: High end Untersuchungen (Impedanzmessung, high resolution Manometrie, Impedanzmanometrie, ...) teuer. Weder von den Kassen, noch von den Zusatzversicherungen übernommen
- ⌘ Neues Konzept: Untersuchung wird ambulant, erheblich günstiger (nur kostendeckend) angeboten. Wenig Aufwand – viel Information
- ⌘ Höhere Akzeptanz bei Patienten und damit auch bei den Zuweisern



## ⌘ Einleitung

## ⌘ Vorstellung der Refluxambulanz

# Die Refluxambulanz



- ⌘ Im Ambulatorium der Privatklinik Döbling: Chirurgische Ambulanz - Endoskopie
- ⌘ Anamnese, Befunderhebung, Planung der weiterführenden Diagnostik, Befundbesprechung und individuelle, massgeschneiderte Therapieplanung
- ⌘ Vor Ort: (Manometrie), Impedanzmessung, Gastroskopie
- ⌘ Kooperationspartner: Videokinematographie

# Abklärung und Diagnostik



⌘ Genaue Anamnese

⌘ Abklärung:

morphologisch -  
Gastroskopie



quantitativ -  
Impedanzmessung



funktionell -  
Videokinematographie



## Ein paar Erfahrungswerte ...



- ⌘ Refluxpatienten sind extrem empfindlich im Rachenraum und haben auch eine sehr schlechte Akzeptanz gegenüber diversen abklärenden Untersuchungen
- ⌘ Erfahrungsgemäß sind Pat. zu einer 24h-Impedanzmessung deutlich leichter zu bewegen als zur Manometrie, da die Sonde vergleichsweise sehr dünn und gut verträglich ist
- ⌘ Zusammen mit einer Gastroskopie und einer Videokinematographie sind alle Fragen für die weitere Therapieplanung geklärt

# Warum Manometrie nur in Ausnahmefällen?



- ⌘ Manometrie nur, wenn Fragen offen sind und / oder zur Abklärung von speziellen Pathologien in der Kinetik der Speiseröhre bzw. zur weiteren Abklärung des LES (z.B. Ruhedruck, transiente Relaxationen)
- ⌘ Zur Abklärung der „normalen“ GERD lt. eigenen Erfahrung und Literatur nicht notwendig

## Wie läuft's ab



- ⌘ Untersuchung ist ambulant!
- ⌘ A) Pat. wird mit Befunden zugewiesen und bekommt einen Termin nach tel. Vereinbarung in der Refluxambulanz zur Befundbesprechung und Planung der Diagnostik.
- ⌘ B) Pat. wird direkt zur Impedanzmessung zugewiesen. Tel. Vereinbarung
- ⌘ Alle Patienten bekommen ein Informationsblatt
- ⌘ Keine Vorbereitungen für den Patienten notwendig. Pat. kann in der Früh normal frühstücken und muss auch seine Medikation nicht absetzen

## Wie läuft's ab

- ⌘ Der Patient sollte einen möglichst repräsentativen Tag verleben, um möglichst wirklichkeitsgetreue Umstände und um eine akkurate Messung zu erzielen
- ⌘ Achtung: Die Sonde ist sichtbar. Arbeit!?
- ⌘ Am nächsten Tag wird die Sonde entfernt und es wird im Bedarfsfall direkt im Anschluß die Gastroskopie (in Sedierung) vorgenommen
- ⌘ Die Befundbesprechung der Impedanzmessung und auch des histologischen Ergebnisses der Magenspiegelung bzw. die weitere Diagnostik- und Therapieplanung an separatem Termin vorgenommen
- ⌘ Patient wird mit den kompletten Unterlagen und einer Therapieempfehlung zu Ihnen zurückgeschickt bzw. im Bedarfsfall wird die Therapie sofort eingeleitet bzw organisiert

## Barrett, was nun?



- ⌘ Patienten, die zusätzlich einen Barrett aufweisen und eine lokale Therapie benötigen (low grade und high grade Dysplasien) werden zur Radiofrequenzablation oder Mukosaresektion an unsere Kooperationspartner weitergeschickt
- ⌘ Die weitere Therapie wird von uns wieder übernommen
- ⌘ Die lokale Therapie auch in der PKD anzubieten ist im Gespräch

## **Sollte eine Operation notwendig sein ...**



- ⌘ Die Fundoplikatio sollte unbedingt von erfahrenen Spezialisten durchgeführt werden, um einen best möglichen outcome und eine hohe Langzeit - Patientenzufriedenheit zu gewährleisten
- ⌘ Wir können eine entsprechende Expertise und auch beste Infrastruktur im Sinne eines Refluxzentrums anbieten
- ⌘ Es können nicht nur zusatzversicherte Patienten und Selbstzahler behandelt werden, sondern auch Patienten mit Krankenkasse ohne Zusatzversicherung



Wir freuen uns auf rege Zusammenarbeit  
Bitte um Fragen ...



REFLUX | SCHILDDRÜSE | MASTDARM | DICKDARM

**DR. THOMAS WINKLER**

Facharzt für Chirurgie und Viszeralchirurgie