

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 erleben, 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 ...