

# Barrett-Ösophagus

PD Dr. med. Alexander MEINING

II. Med. Klinik der TU München, Klinikum rechts der Isar

Der Barrett-Ösophagus ist definiert durch ein sich in den distalen Ösophagus ausdehnendes Zylinderepithel mit histologisch Nachweis von spezialisiertem intestinalen Epithel. Ursächlich zugrunde liegt dem Barrett-Ösophagus eine gastro-ösophageale Refluxkrankheit, wobei jedoch nur wenige der vielen Refluxkranken zeit ihres Lebens einen Barrett-Ösophagus entwickeln. Auf dem Boden eines Barrett-Ösophagus können Neoplasien entstehen. Hierbei besteht eine Sequenz von der Metaplasie zur niedriggradigen intraepithelialen Neoplasie über die hochgradige intraepitheliale Neoplasie bis zum invasiven Adenocarcinom. Die Inzidenz eines Carcinoms auf dem Boden einer Metaplasie beträgt hierbei 1:100. Es werden daher zur Detektion früher maligner Veränderungen regelmäßige endoskopisch-biopsische Überwachungsuntersuchungen empfohlen.

Problematisch in der endoskopischen Diagnostik der Barrett-Metaplasie ist die Unterscheidung zwischen Cardia-Epithel und spezialisierter intestinaler Metaplasie, da beide Epithelien identisch erscheinen. Ein weiterer Fallstrick ist die Detektion der fokalen intraepithelialen Neoplasie, da diese beim Barrett häufig flach - auf Schleimhaut-Niveau - liegt und daher leicht übersehen werden kann. Empfohlen wird daher derzeit die sog. „Mapping-Biopsy“, d.h. die getrennte Entnahme von Biopsien aus den jeweiligen Quadranten der suspeziierten Metaplasie alle 1-2 cm. Dieses aufwendige und auch teure Vorgehen soll helfen das Ausmaß der intestinalen Metaplasie zu erfassen und gleichzeitig mögliche Neoplasien zu lokalisieren. Neuere endoskopische Verfahren durch Färben, Kontrastverstärkung und Vergrößerung der Mukosa mögen eine gezieltere Diagnose ermöglichen, sie können derzeit jedoch noch nicht allgemein für die tägliche Routine empfohlen werden.

Histologisch ist die Differenzierung zwischen Entzündung und Neoplasie nicht immer leicht. Es wird daher vor der initialen 4-Quadranten-Biopsy aber auch vor Überwachungsuntersuchungen empfohlen mittels einer Therapie mit Protonenpumpeninhibitoren entzündliche Veränderungen zur Heilung zu bringen, um somit dem Histopathologen die Differentialdiagnose zu erleichtern. Ob durch säuresuppressive Therapie der Barrett auch therapiert werden kann, bzw. Neoplasien verhindert werden können, ist derzeit noch nicht gesichert. Zur Sekundärprävention, d.h. nach Resektion einer Neoplasie sollten jedoch Protonenpumpeninhibitoren gegeben werden. Die Gabe von ASS/NSAR mag hier zudem einen positiven Effekt ausüben.

Als Fazit gilt es daher festzuhalten, dass der Barrett-Ösophagus eine chronische auf dem Boden einer Refluxerkrankung ausgehende Erkrankung darstellt, welche mit einem zwar vorhandenen, aber im Vergleich zu älteren Daten, zwischenzeitlich wohl eher geringerem Entartungsrisiko assoziiert ist. Dennoch sollten Patienten mit Barrett-Ösophagus überwacht werden. Die endoskopisch-biopsische Diagnose, sowohl der Metaplasie als auch der Neoplasie ist jedoch hierbei schwierig, die Treffsicherheit ist verbesserungsbedürftig. Es empfiehlt sich daher, auch um moderne bildgebende Verfahren auszuschöpfen, Barrett-Patienten in einem entsprechendem Zentrum vorzustellen. Eine gesicherte Therapie des Barrett-Ösophagus gibt es derzeit noch nicht, die Gabe von Protonenpumpeninhibitoren empfiehlt sich vor sog. Mapping-Untersuchungen.