

Barrett slokdarm

Wat is een Barrett slokdarm?

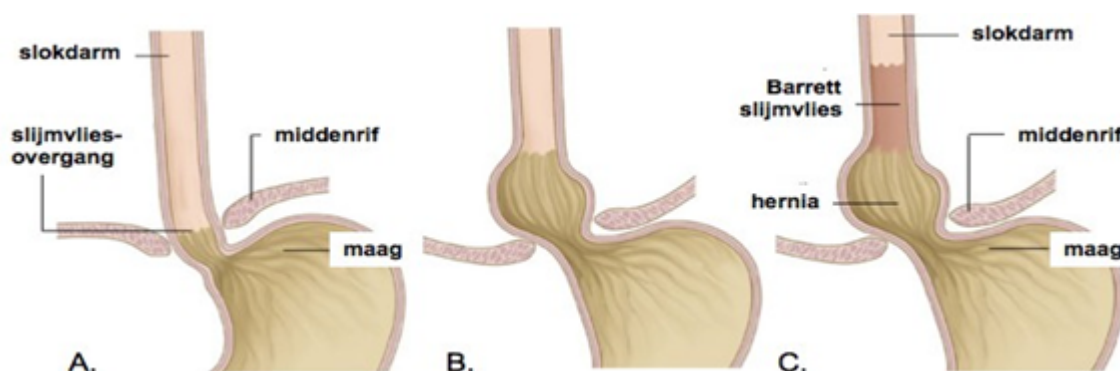
Een Barrett slokdarm is een aandoening van het onderste deel van de slokdarm waarbij het slijmvlies (de slokdarmbekleding) is veranderd. De afwijking is genoemd naar Norman Barrett, een Engelse arts die de aandoening voor het eerst heeft beschreven in 1953.

Een gezonde slokdarm is bedekt met wit, parelmoerkleurig slijmvlies; het zogenaamde plaveiselepitheel. Bij een Barrett slokdarm is dit witte slijmvlies vervangen door een roze, zalmkleurige bekleding. Het is alsof het slijmvlies van de maag in de slokdarm omhoog is gegroeid.

Hoe ontstaat een Barrett slokdarm?

Een Barrett slokdarm ontstaat door het terugstromen van maagzuur in de slokdarm. Dit wordt reflux genoemd. Reflux kan optreden wanneer de afsluitfunctie tussen de maag en slokdarm niet goed werkt, bijvoorbeeld door een "breukje" in het middenrif. Reflux gaat vaak gepaard met zuurbranden; een brandend gevoel in de bovenbuik of achter het borstbeen. Soms is er een gevoel van kramp achter het borstbeen.

Ongeveer één op de tien mensen met refluxklachten ontwikkelt daadwerkelijk een Barrett slokdarm. Waarschijnlijk is reflux gedurende vele jaren noodzakelijk voor het ontstaan van een Barrett slokdarm.



Het middenrif: is een platte spier die de borstholte en buikholte van elkaar scheidt (figuur A). In het middenrif bevindt zich een kleine opening waardoor de slokdarm naar de maag loopt. Als deze opening in het middenrif te breed is, kan de maag in de borstholte omhoog schuiven (figuur B). We spreken dan van een "breukje" in het middenrif. Hierdoor is de afsluitfunctie tussen de

maag en de slokdarm niet meer goed. Onder invloed van deze zure terugstroming kan het slokdarmslijmvlies veranderen in Barrett slijmvlies, waardoor een zogenaamde Barrett slokdarm ontstaat (figuur C).

Bij de medische begeleiding van patiënten met een Barrett slokdarm zijn twee zaken van belang: behandeling van de refluxklachten en een regelmatige controle van het Barrett slijmvlies.

Behandeling van refluxklachten

Refluxklachten worden over het algemeen goed behandeld door het opvolgen van leefvoorschriften en door medicijnen.

1. Leefvoorschriften

Er zijn verschillende leefvoorschriften die de refluxklachten kunnen verminderen.

De meeste irritatie van de slokdarm door reflux treedt 's nachts op. Door het hoofdeinde van het bed op te hogen met klossen (ongeveer 20 cm) loopt maagzuur minder makkelijk terug.

Het is raadzaam om de eerste uren na een maaltijd niet plat te gaan liggen.

Alcohol, nicotine (roken) en cafeïne (koffie) verminderen de afsluitfunctie van de slokdarm en kunnen reflux uitlokken. Gebruik deze daarom niet, of zo weinig mogelijk.

Vermijd zoveel mogelijk vetrijke maaltijden.

Medicijnen

Refluxklachten zijn goed te behandelen met medicijnen. Deze werken voornamelijk in op het maagzuur en hebben weinig bijwerkingen. Grofweg zijn er twee soorten medicijnen:

Neutraliserende middelen: maken de maag minder zuur (bv. Rennies (calciumcarbonaat/magnesiumcarbonaat), Maalox (algedraat/ magnesiumhydroxide), e.d.) Deze middelen hebben direct effect. Dit effect houdt echter kort aan. Nadat het maagzuur is geneutraliseerd, maakt de maag extra zuur aan waardoor de klachten kunnen terugkeren. Deze medicijnen zijn geschikt om incidentele klachten te behandelen en zijn minder geschikt voor langdurig en regelmatig gebruik.

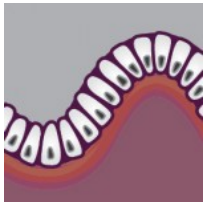
Zuurremmende middelen: remmen de productie van maagzuur (bv. Losec (omeprazol), Nexium (esomeprazol), Pantozol (pantoprazol), Prezal (lansoprazol), Pariet (rabeprazol), e.d.). Het effect van deze middelen houdt langer aan. Ze zijn dan ook geschikt voor de onderhoudsbehandeling van refluxklachten. De meeste patiënten met een Barrett slokdarm hebben een dergelijk middel als dagelijkse medicatie.

Waarom is regelmatige controle van een Barrett slokdarm nodig?

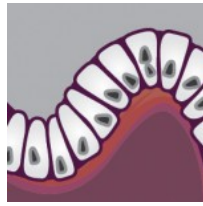
In een Barrett slokdarm kan dysplasie ontstaan. Dysplasie (onrustige cellen) wordt gezien als een voorstadium van kanker. We maken onderscheid in laaggradige dysplasie en hooggradige dysplasie. Dit onderscheid geeft de mate van onrust in de cellen aan.

Bij hooggradige dysplasie is er sprake van meer onrust dan bij laaggradige dysplasie. Uiteindelijk kunnen de onrustige cellen in de Barrett slokdarm ontaarden in slokdarmkanker, het zogenaamde adenocarcinoom. Patiënten met een Barrett slokdarm hebben een verhoogde kans op slokdarmkanker. Dit is een ernstige ziekte die doorgaans pas laat klachten geeft. Genezing is dan vaak niet meer mogelijk. Door de Barrett slokdarm regelmatig te controleren kunnen we slokdarmkanker in een vroeg stadium ontdekken, zodat de kans op genezing wordt vergroot. Het

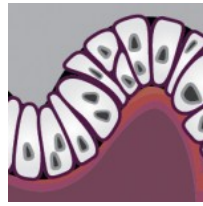
is van belang te benadrukken dat slechts een kleine groep Barrett patiënten (minder dan 5%) daadwerkelijk slokdarmkanker ontwikkelt.



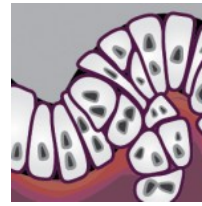
Geen dysplasie



Laaggradige dysplasie



Hooggradige dysplasie



Kanker

Gastroscoopie

Omdat we nog niet kunnen voorspellen welke patiënten slokdarmkanker ontwikkelen worden alle patiënten met een Barrett slokdarm regelmatig onderzocht. Dit gebeurt door middel van een gastroscoop. De gastroscoop is een flexibele zwarte slang met een camera. Tijdens de gastroscoopie zijn de gebieden met dysplasie soms moeilijk te onderscheiden van het Barrett slijmvlies. Daarom worden op willekeurige plaatsen uit het Barrett slijmvlies weefselhapjes (biopten) genomen. Deze biopten kunnen onder de microscoop worden onderzocht op de aanwezigheid van onrustige cellen. Afhankelijk van de uitslag van het weefselonderzoek wordt het tijdstip voor de volgende controle vastgesteld.

Wetenschappelijk onderzoek

In het VUMC wordt veel wetenschappelijk onderzoek verricht. Het onderzoek bij patiënten met een Barrett slokdarm richt zich op twee belangrijke aspecten:

1. Een betere endoscopische controle van het Barrett slijmvlies door middel van nieuwe endoscopische technieken en weefsel onderzoek.
2. Nieuwe behandelingsvormen van dysplasie en vroege vormen van slokdarmkanker.

Wanneer u in het VUMC onder behandeling bent in verband met uw Barrett slokdarm is de kans groot dat u benaderd wordt voor wetenschappelijk onderzoek. Er kan bijvoorbeeld toestemming gevraagd worden voor het nemen van extra biopten tijdens de gastroscoopie.

Vorbereiding op de gastroscoopie

Wij raden u aan om sieraden en waardevolle spullen thuis te laten, zodat ze niet kwijt kunnen raken.

Nuchter beleid

Het onderzoek kan alleen worden uitgevoerd als uw slokdarm en maag leeg zijn.

- Onderzoek vóór 12 uur - u mag vanaf 24.00 uur 's nachts voor het onderzoek niet meer eten maar wel tot 2 uur voor het onderzoek (rond 200 ml) helder vloeistoffen drinken zoals water, helder vruchtensap, koffie en thee zonder melk met eventueel suiker.
- Onderzoek ná 12 uur - u mag 6 uur voor het onderzoek een licht ontbijt bestaand uit een kopje thee zonder melk met een beschuitje.

Daarna mag u niets meer eten maar wel tot 2 uur voor het onderzoek (rond 200 ml) heldere vloeistoffen drinken zoals water, heldere vruchtensap, koffie en thee zonder melk met eventueel suiker.

Sedatie

Het onderzoek wordt met sedatie uitgevoerd. Sedatie houdt in dat er via een infuus een lage dosering slaapmedicatie en/of pijnstillers wordt toegediend. Het onderzoek kan alleen met sedatie uitgevoerd worden als u begeleiding regelt. De begeleider kan in het ziekenhuis wachten of gebeld worden om u te komen halen.

Gebruikt u medicijnen?

Indien u bloedverdünnende medicijnen gebruikt dan moet u tijdig contact opnemen met het ziekenhuis. Ascal® hoeft niet gestopt te worden. Indien u niet zeker bent of u bloedverdünnende medicatie gebruikt, neemt u dan contact op voor overleg.

Bent u diabetespatiënt? Ook voor deze medicijnen zal een aanpassing nodig zijn en dus is het belangrijk dat u dit met de arts bespreekt. Dit geldt ook voor andere medicijnen die u moet innemen.

Gebruikt u hartmedicatie? U mag deze met een slokje water gewoon innemen.

Het gastroscopisch onderzoek

Gedurende het onderzoek wordt u begeleidt door de arts en endoscopie- verpleegkundigen.

- U meldt zich 15 minuten voor de afgesproken tijd bij de balie van de afdeling Endoscopie. De verpleegkundige haalt u op en brengt u naar de behandelkamer.
- U wordt verzocht op het bed te gaan zitten en wij geven u een drankje dat er voor zorgt dat het maagsap tijdens het onderzoek minder schuimt.
- U wordt gevraagd uw broekriem losser te maken, omdat tijdens het onderzoek lucht in uw maag en twaalfvingerige darm geblazen wordt om het zo beter te bekijken.
- U krijgt een polsbandje met uw gegevens.
- U krijgt een infuusnaaldje.
- Uw 'vitale functies' worden voor en tijdens het onderzoek gemeten. Dit zijn uw bloeddruk, hartslag en met een knijpertje op uw vinger wordt ook het zuurstofgehalte in uw bloed gemeten.
- De arts zal met u kort de procedure doornemen en uw gegevens worden gecontroleerd.
- Als u losse gebitsdelen heeft, vragen we u deze uit te doen.
- Uw keel wordt met een spray verdoofd om de kokhalsreflex te onderdrukken.
- U gaat op de linkerzij op het bed liggen en u krijgt een bijtring tussen de kaken ter bescherming van de gastroscoop en uw gebit.
- Het slaapmiddel wordt toegediend.
- De arts brengt de gastroscoop achter in uw keel en vraagt u te slikken.
- Het doorslikken wordt door de meeste mensen als een vervelend moment ervaren, maar dit doet geen pijn en is snel voorbij.
- Het is belangrijk dat u zich tijdens het onderzoek probeert te ontspannen door goed op uw ademhaling te letten.
- Het kan zijn dat u tijdens het onderzoek moet kokhalzen of dat u door de ingeblazen lucht moet boeren. U hoeft zich hiervoor niet te schamen.
- Wanneer er slijm in uw mond komt zal de endoscopie-verpleegkundige dit wegzuigen.
- Eventueel neemt de arts een stukje weefsel (biopt) weg voor nader microscopisch onderzoek.
- Het onderzoek duurt gemiddeld vijftien minuten.
- Het is niet mogelijk dat uw begeleider aanwezig is bij het onderzoek.

Complicaties

Een gastroscopie is een veilige onderzoeksmethode. Toch kunnen complicaties optreden.

Bijvoorbeeld een scheurtje, gaatje (perforatie) of een bloeding.

Een luchtweginfectie of een longontsteking kan het gevolg zijn van het zich verslikken in de maaginhoud. Aangezien u nuchter bent als u de behandeling ondergaat, is het risico heel klein.

Na het onderzoek

- U wordt naar de herstelkamer gebracht.
- U moet minimaal een half uur uitslapen.
- Uw bloeddruk, hartfrequentie en het zuurstofgehalte in uw bloed worden in de gaten gehouden.
- De verpleegkundig specialist komt nog langs om met u het verloop van het onderzoek en de vervolgspraak te bespreken.
- Het infuusnaaldje wordt verwijderd en u mag **met begeleiding** naar huis.

Thuis

Indien u lichte sedatie heeft gehad, neem dan geen belangrijke beslissingen op de dag na het onderzoek, omdat u tijdelijk vergeetachtig kunt zijn. U kunt zich suf en slaperig voelen. Krijgt u na het onderzoek heftige buikpijn dan dient u contact op te nemen met de Endoscopie afdeling.

Maandag t/m vrijdag van 8.30 uur tot 16.30 uur:

Wilda Rosmolen	020-4442432
Nancy van der Hoorn	020-4442892
Patricia de Koning	020-4445500
Marjon Barlag	020-4443334
Polikliniek Maag-, darm- en leverziekten	020-4441125

Buiten kantooruren kunt u bellen naar telefoon **020-4443636** en vragen u door te verbinden met de dienstdoende MDL-arts.

Vragen?

Heeft u na het lezen van deze folder nog vragen? Neem dan contact op met ons tijdens kantooruren. Zie bovenstaande telefoonnummers.