

# Barrettův jícn - kancerogeneze

## Úvod

Barrettův jícn (BJ) je onemocnění jícnu, které je prekancerózou. BJ je definován jako náhrada dlaždicobuněčného epitelu jícnu epitelem cylindrickým, který má alespoň v některých úsecích charakter intestinální metaplazie. BJ jícn vzniká pravděpodobně na podkladě dlouhodobého refluxu či refluxní choroby jícnu. Při procesu maligní transformace prochází BJ stadii „low-grade“ a „high-grade“ dysplázie s finálním zvratem v adenokarcinom. Díky charakteru postupné maligní transformace představuje BJ model pro studium procesu kancerogeneze na morfológické i molekulární úrovni.

## Výskyt (incidence, prevalence)

Předpokládá se, že prevalence BJ v populaci je 1 %. U pacientů s refluxní chorobou jícnu (RCHJ, což je 10 - 30 % populace) je prevalence 12 %. Vysoké procento nepoznaných BJ je dáno tím, že nemoc není příčinou žádných symptomů. BJ je nacházen u 8 - 20 % pacientů, kteří jsou endoskopováni pro RCHJ. Ale ne všichni nemocní s RCHJ jsou vyšetřeni endoskopicky.

## Etiologie, patogeneze a komplikace

Patogeneze BJ není dosud uspokojivě vyřešena a způsob vzniku BJ není detailně znám. Nejspíše jde o otázku nevhodné dosavadní metodiky. Předpokládají se tři možné mechanismy vzniku. Jedním z nich je vznik ulcerace v gastroezofageální junkci hojící se epitelem, který se diferencuje do BJ. Jinou možností, která se nabízí, je metaplazie mnohvrstevného epitelu nebo žaludeční metaplazie postupující za „linii“ s následnou intestinalizací. Tento stav je ovlivněn zánětem, alkalickým a kyselým refluxem, erozemi a hojením. Může být stabilní, progredující nebo reverzibilní. Může dojít až k progresi do karcinomu.

## Příznaky

Klinické projevy Barrettův jícn nemá, mohou se ovšem vyskytovat příznaky refluxní nemoci, zejména pyróza (pálení žáhy). Další projevy jsou spojeny s těžšími formami zánětu nebo se vznikem adenokarcinomu – obtíže s polykáním (dysfágie), bolestivé polykání (odynofágie), pokles na váze, krvácení apod.

## **Vyšetření**

V současné době je hlavní metodou endoskopie a makroskopický nález BJ, který je potvrzen histologickým vyšetřením. Biopsii provádíme ze 4 kvadrantů velkými kleštěmi vždy po 2 cm v celé délce BJ.

## **Léčba**

Léčba BJ se uplatňuje především tam, kde je přítomna dysplazie, zvláště dysplazie vysokého stupně.

Chirurgické metody BJ: Radikální postup v léčbě HGD spočívá v ezofagektomii. Jde vlastně o operaci svým způsobem preventivní, nemocný je bez obtíží a operační výkon má cca 4-5% mortalit. K odstranění BJ jsou používány i další, nechirurgické metody, jako je léčba argonem nebo multipolární elektrokoagulací, fotodynamická terapie a endoskopická mukózní resekce (nejúspěšnější), případně některou z ablačních technik, jako je radiofrekvenční ablace (RFA). Většinou však části BJ zůstávají a z nich se může karcinom dále vyvinout. Každá tato léčba je spojena s nutností agresivní léčby blokátory protonové pumpy k zamezení refluxu a omezení novotvorby BJ.

## **Komplikace**

Nejzávažnější komplikací je adenokarcinom – pacienti, kteří nejsou dostatečně sledováni a hlavně ti, kteří neberou léky, nedbají rad ohledně režimu a diety mají vyšší riziko vzniku adenokarcinomu. Obecně je riziko adenokarcinomu u pacienta s Barrettovým jícnem cca 0.2% ročně. Narůstá jednak s časem, jednak s věkem a hlavně narůstá, pokud jde o pacienta s prokázanou dysplazií.

## **Praktické rady pro pacienta**

V prevenci hraje důležitou roli zmírnění příznaků refluxní choroby jícnu, tedy správné stravování a životospráva. Pozitivně RCHJ ovlivňuje potrava bohatá na bílkoviny, alkalizace žaludečního obsahu (tu zajišťují jednak sliny a jednak o něco níž slinivka břišní) a tzv. prokinetika – léky užívané v léčbě refluxu. Je známá celá řada léků, které způsobují reflux, mezi známé patří např. Acylpyrin a Ibuprofen. Důležité jsou i pravidelné prohlídky a kontroly u rizikových pacientů.

## Literatura

1. **Lukáš K, Mandys V, Mareček P.** Barrettův jícen. Prakt lék 2000; 80: 317-322.
2. **Kužela L, Vavrečka A, Pitman M.** Liečba a sledovanie pacientov s Barretovým pažerákem. Endoskopiel 999; 8: 9-II.
3. **Farrow DC, Vaugham TL, Sweeney C, et al.** Gastroesophageal reflux disease.use of H2 receptor antagonists aand risk of esophageal and gastric cancer. Cancer causes Control 2000; 11: 231-238.
4. **Rex DK, Cummings OW, Shaw M, et al.** Screening for Barrett's cancer in colonoscopy patients with and without heartburn. Gastroenterology 2003; 125: 1670-1677.
5. **DeVault KR, Ward EM, Wolfsen HC et al.** Barrett's esophagus is common in older patients undergoring screening colonoscopy regargless of gastroesophageal reflux (abstr) Gastroenterology 2004; 126: 680A.

## Internetové zdroje

1. <http://www.projekt-endoskopie.cz/attachment/prezentace-patfyz-barretJicen.pdf>, 12.4.2014
2. <http://www.casopisendoskopie.cz/pdfs/end/2009/03/09.pdf>, 12.4.2014
3. <http://nemoci.vitalion.cz/refluxni-choroba-jicnu/>, 12.4.2014

## Seznam obrázků

Obr.1 Fyziologická sliznice jícnu



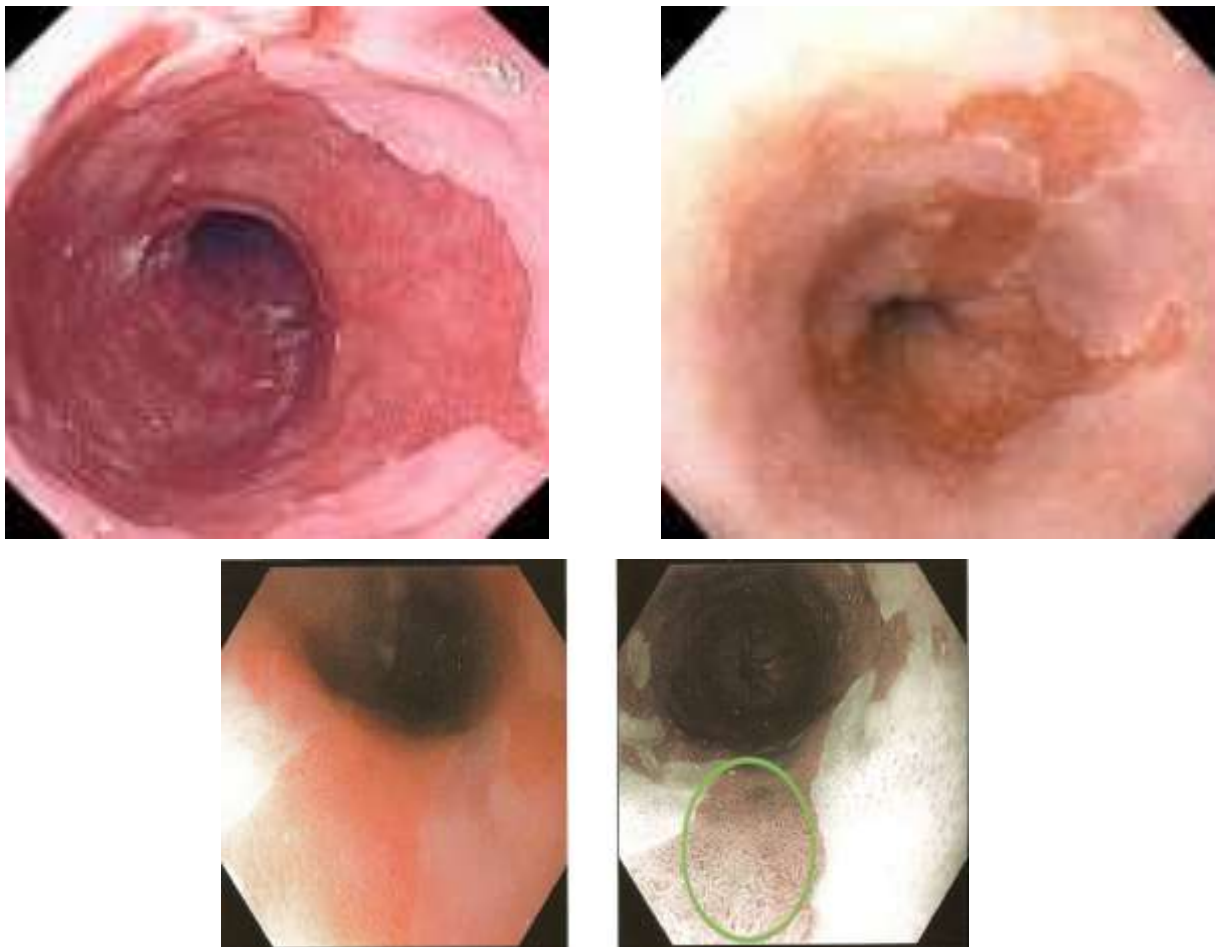
Obr.2 Barrettův jícen



[http://is.muni.cz/elportal/estud/lf/js08/atlas/pages/jicen\\_sliznice.html](http://is.muni.cz/elportal/estud/lf/js08/atlas/pages/jicen_sliznice.html)

[http://is.muni.cz/elportal/estud/lf/js08/atlas/pages/jicen\\_barret\\_sliznice.html](http://is.muni.cz/elportal/estud/lf/js08/atlas/pages/jicen_barret_sliznice.html)

Obr.3 NBI (narrow band imaging)



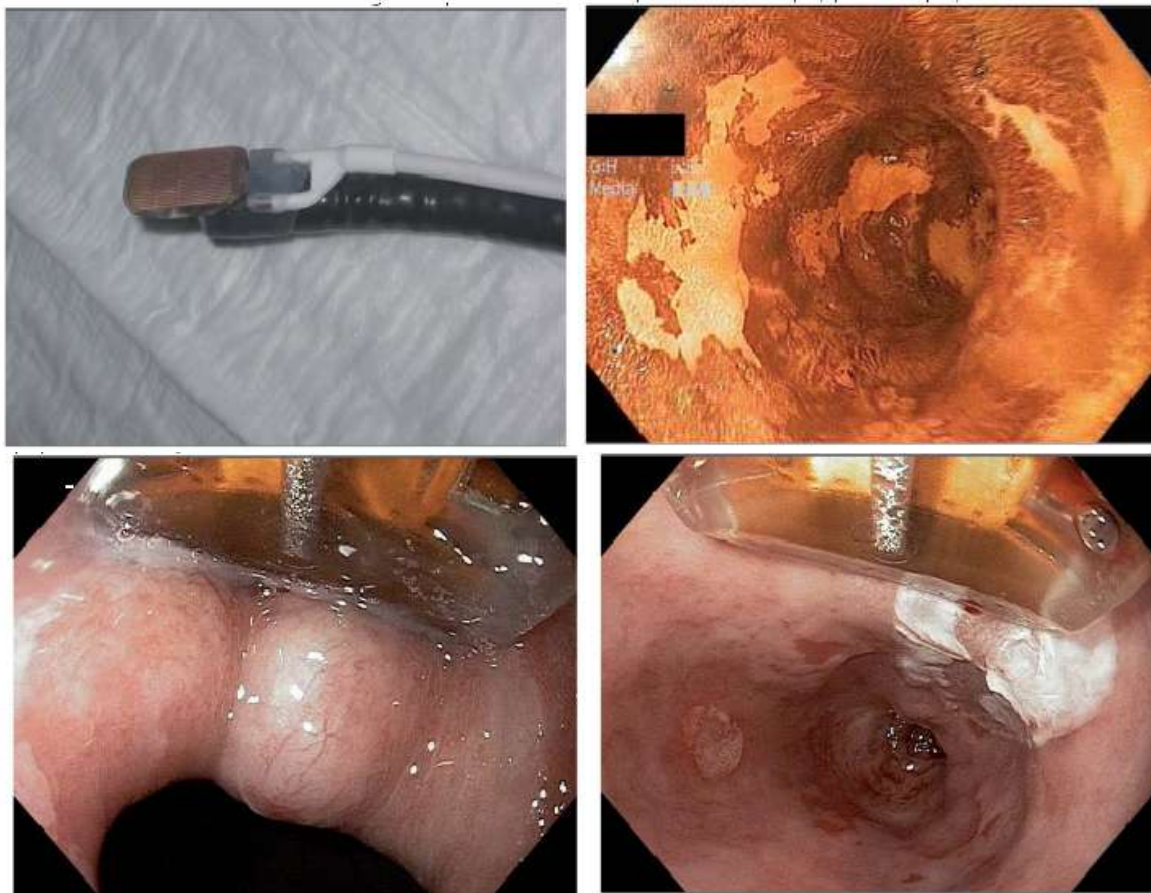
Zdroj: Vlastní zpracování

Obr. 4 Terapie BJ

Histologický nález	Endoskopické kontroly	Terapie	
		Konzervativní	Radikální
Bez IN	à 3 roky	Antirefluxní léčba	Není indikována
LGIN	à 6–12 měsíců	Antirefluxní léčba	Jen v rámci klinických studií
HGIN	à 2–3 měsíce	Antirefluxní léčba (+ chemoprevence?)	Eradikace BJ – EMR nebo ablační léčba (2. volba – ezofagektomie)
Časný adenokarcinom	Individuálně podle zvoleného léčebného postupu	Antirefluxní léčba	Endoskopická resekce + následně eradikace BJ (2. volba – ezofagektomie)
Pokročilý adenokarcinom	Individuálně podle zvoleného léčebného postupu	Antirefluxní léčba	Ezofagektomie a/nebo onkologická léčba

<http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/reseni-barrettova-jicnu-452135>

**Obr.5** Sled obrázků RFA



<http://www.casopisendoskopie.cz/pdfs/end/2009/03/09.pdf><http://www.casopisendoskopie.cz/pdfs/end/2009/03/09.pdf>