

nauwkeurig geïnspecteerd en worden kleine stukjes weefsel (biopten) weggenomen voor nader microscopisch onderzoek op afwijkingen. We noemen deze afwijkingen dysplasie. Afhankelijk van de uitslag van het weefselonderzoek wordt het tijdstip voor de volgende controle vastgesteld.

*Dysplasie 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. Tijdens de gastroscopie zijn de gebieden met dysplasie soms moeilijk te onderscheiden van het Barrett slijmvlies. Daarom worden op willekeurige plaatsen uit het Barrett slijmvlies biopten genomen, om de dysplasie vroeg te kunnen ontdekken.*

### Vorbereiding op de gastroscopie

Op de afgesproken tijd meldt u zich bij de balie van de afdeling Endoscopie. Een verpleegkundige zal u begeleiden en voorbereiden op de behandeling. Indien u een gebitsprothese heeft, wordt u verzocht deze tijdelijk uit te doen. U krijgt een drankje dat het schuimen van de maaginhoud tegen gaat. De keel wordt verdoofd met een spray met een bananensmaak. Het effect van de spray wordt door de meeste patiënten als vervelend ervaren, echter het is van belang om de braakreflexen zoveel mogelijk tegen te gaan. Tijdens de behandeling krijgt u een beschermring in de mond, waardoor de tanden de endoscoop niet kunnen beschadigen.

### Het gastroscopisch onderzoek

Voor aanvang van de gastroscopie wordt u verzocht op de linkerzij te gaan liggen. U krijgt een ring tussen de tanden om uw tanden en de gastroscopie te beschermen. De arts brengt een flexibele slang in

de keel met aan het einde een lampje en een kleine camera. Hiermee kan het slijmvlies van de slokdarm, maag en twaalfvingerige darm worden bekeken. Tijdens het onderzoek wordt lucht ingeblazen waardoor uw slokdarm, maag en twaalfvingerige darm open gaan staan. Dit kan een opgeblazen gevoel in de maag geven, waardoor u de neiging krijgt om te boeren. De gastroscopie bevat tevens een werkkanaal waardoor kleine instrumenten de slokdarm in kunnen worden gebracht. Op deze manier kunnen meerdere handelingen worden verricht, bijvoorbeeld het nemen van biopten.

### Wetenschappelijk onderzoek

In het AMC wordt veel wetenschappelijk onderzoek gedaan bij Barrett patiënten. Het onderzoek richt zich op twee belangrijke aspecten:

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

Wanneer u in het AMC 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 gastroscopie.



Academisch Medisch Centrum

Universiteit van Amsterdam

## Barrett slokdarm

AMC, februari 2010, Endoscopie/Patiëntenvoorlichting

## 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, parelmoer-gekleurig 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.



Plaatje 1.  
Normale slokdarm  
met middenrifbreuk



Plaatje 2.  
Barret slokdarm met  
middenrifbreuk

## 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. 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. We spreken dan van een "breukje" in het middenrif. Hierdoor is de afsluitfunctie tussen de maag en de slokdarm niet meer goed.*

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.

### 2. Medicijnen

Refluxklachten zijn goed te behandelen met medicij-

nen. Deze werken voornamelijk in op het maagzuur. Grofweg zijn er twee soorten.

**Neutraliserende middelen** maken de maag minder zuur (bv. Rennie's, Maalox e.d.). Deze middelen hebben een 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, Nexium, Pantozol, Prezal, Pariet, Zantac 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?

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.

## Gastroscopie

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 gastroscopie. Tijdens deze gastroscopie wordt het Barrett slijmvlies