

## Hvilke patienter med (præ-)maligne forandringer i øsofagus kan vi behandle med endoskopisk terapi?

Barretts øsofagus (BE) er en ændring af planocellulært epitel til intestinalt cylinderepitel, og hos patienter med BE og dysplasi kan der udvikles øsofagus-cancer. I dette nummer af Ugeskrift for Læger, s. 1288, gennemgår *Achiam et al* resultaterne efter radiofrekvensablation (RFA) af BE. Metoden er en relativt ny endoskopisk behandlingsteknik, som udføres på de centre i Danmark, hvor man varetager udredning og behandling af øsofagus-cancer.

Når nye behandlingsmetoder implementeres, må man forholde sig til en veldefineret diagnose og efter korrekt diagnostik sikre sig, at man har identificeret den rette (sub-)population, som skal tilbydes den pågældende behandling.

Allerede ved diagnostik af BE opstår der et problem, idet vurderingen af dysplasi-graden er vanskelig at foretage. Interobservervariationsvariationen mellem patologer, som vurderer dysplasi-graden ud fra øsofagusbiopsier, har givet kappaværdier på 0,22-0,35, og det bliver kun marginalt bedre, hvis diagnosen stilles ud fra et vævsstykke, der er udtaget ved endoskopisk mucosaresektion (EMR). Det diagnostiske problem forstærkes af, at såfremt man benytter EMR, ændres diagnosen hos hver tredje patient i forhold til biopsidiagnosen [1]. I et forsøg på at kompensere for denne usikkerhed anbefales det, at den endelige dysplasi-klassifikation baseres på enighed mellem to patologer med BE-ekspertise, og at der eventuelt suppleres med p53-immunfarvning [2].

Med en beskeden risiko for udvikling af malignitet er der p.t. ingen evidens for at behandle BE uden dysplasi. Såfremt ovenstående patologiske vurderingsmodel anvendes, vil kun 15% af de patienter, som initialt fik stillet diagnosen BE med let dysplasi reelt set have denne lidelse. Et nyt randomiseret studium viser, at med en valideret let dysplasi-diagnose er risikoen for progression til svær dysplasi eller cancer langt højere end tidligere antaget, og RFA kan i denne patientgruppe reducere risikoen for progression med 25% i forhold til en observerende strategi [3].

Som anført af *Achiam et al* er der enighed om, at RFA med eller uden forudgående EMR kan være førstevalg ved svær dysplasi eller superficiel cancer [2], og metoden er derfor et ikkekirurgisk behandlingstilbud til patienter som pga. komorbiditet ikke kan tåle operation.

Ud over at sikre at den nye teknik ikke giver anledning til komplikationer, som overskygger de behandlingsmæssige fordele, må man kende langtidsresultaterne, inklusive senkomplikationer og risikoen for recidiv. Det sidste er specielt vigtigt ved behandling af præmaligne og maligne tilstande. Flere serier viser, at der både er *poor responders* og *non responders* i relation til RFA, og selvom der nu er flere data med langtidsopfølgning, er det uvist, om disse observationer kun er toppen af isbjerget [4]. P.t. er det ikke muligt på forhånd at udpege disse grupper, men flere markører undersøges.

*Achiam et al* diskuterer ikke muligheden for onkologisk behandling ved cancer, der er lokaliseret til slimhinden i øsofagus. Heller ikke internationalt har man taget diskussionen op, selvom intenderet kurativ kemostrålebehandling er et reelt behandlingsalternativ hos patienter, som ikke tåler operation. Der mangler data på området, men som minimum bør man indtil videre diskutere disse patienter i MDT-regi, inden man beslutter sig for RFA eller anden behandling [2]. Ligeledes bør man set i lyset patientantallet diskutere, på hvor mange centre i Danmark der skal foretages diagnostik og RFA-behandling af denne patientgruppe.

I forlængelse af ovenstående må perspektivet være at udarbejde en national retningslinje [2], der udmunder i en protokolleret behandlingsstrategi og en national registrering på linje med den engelske model [5]. Lykkes man med en national strategi, protokol og registrering, vil en sådan kohorte kunne give vigtige bidrag til at besvare spørgsmålet i overskriften.

### LITTERATUR

1. Wani S, Abrams J, Edmundowicz SA et al. Endoscopic mucosal resection results in change of histologi diagnosis in Barrett's esophagus patients with visible and flat neoplasia: a multicenter cohort study. *Dig Dis Sci* 2013;58:1703-9.
2. Fitzgerald RC, di Pietro M, Ragunath K et al. British Society of Gastroenterology guidelines on the diagnosis and management of Barrett's oesophagus. *Gut* 2014;63:7-42.
3. Phoa KN, van Vilsteren FG, Weusten BL et al. Radiofrequency ablation vs endoscopic surveillance for patients with Barrett esophagus and low-grade dysplasia: a randomized clinical trial. *JAMA* 2014;311:1209-17.
4. van Vilsteren FG, Alvarez Herrero L, Pouw RE et al. Predictive factors for initial treatment response after circumferential radiofrequency ablation for Barrett's esophagus with early neoplasia: a prospective multicenter study. *Endoscopy* 2013;45:516-25.
5. Haidry RJ, Dunn JM, Butt MA et al. Radiofrequency ablation and endoscopic mucosal resection for dysplastic Barrett's esophagus and early esophageal adenocarcinoma: outcomes of the UK National Halo RFA Registry. *Gastroenterology* 2013;145:87-95.

### LEDER

Michael Bau Mortensen

Ugeskr læger  
2014;176:V66138

### KORRESPONDANCE:

Michael Bau Mortensen,  
G1-sektionen,  
Kirurgisk Afdeling A,  
Odense Universitetshospital,  
5000 Odense C.  
E-mail: michael.bau.mortensen@rsyd.dk

### INTERESSEKONFLIKTER:

ingen.  
Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med lederen på Ugeskriftet.dk