

2015ACG 指南：Barrett 食管的诊断和管理（编译）

医脉通 2015-11-26

医脉通编译，转载请务必注明出处

Barrett 食管（BE）是胃肠病医生最常遇见的疾病之一。在本篇文章中，美国胃肠病学院更新了这些患者治疗的最佳实践指南。这些指南继续赞同对 BE 高风险患者筛查；然而，常规筛查仅限于有反流症状和多个其他风险因素的男性中。

近期数据显示非异型增生的 Barrett 食管患者的恶性进展风险低，内镜监测间隔在这一人群中应该减弱；非异型增生 BE 患者应该接受不多于 3~5 年一次的内镜监测。无论是常规生物标志物的应用还是先进的内镜成像技术（高度清晰内镜检测）在本指南中都被推荐应用。内镜消融治疗推荐给 BE 和高度不典型增生的患者，以及 T1a 期食管腺癌患者。

根据近期的 1 级证据，尽管内镜监测仍然是一个可以接受的选择，内镜消融治疗也推荐给 BE 和低度不典型增生患者。鉴于目前消融后 BE 复发常见，我们建议增加消融后内镜监测间隔。虽然很多给出的推荐是证据不足或者专家观点，这篇指南为 BE 患者治疗提供了一个实用架构。

本文中脉通整理《ACG 临床指南：Barrett 食管的诊断和管理》中诊断内容，详情如下：

NO.	推荐内容	推荐强度	证据级别
1	当鲑鱼色黏膜扩展到管状食管，延伸 $\geq 1\text{cm}$ 且与经活检证实的 IM 胃食管交界处相邻，应该可以诊断为 BE	强烈推荐	低
2	在正常的 Z 线或 Z 线 $< 1\text{cm}$ 的可变范围内取内镜活检。	强烈推荐	低
3	在 BE 存在的条件下，内镜医师应该描述化生程度，包括应用 Prague 分类的圆周和最大段长度。	条件性推荐	低
4	膈裂孔位置，胃食管交界处，鳞状柱状上皮接合处应该有内镜报告。	条件性推荐	低
5	在疑似 BE 患者中，至少应该获取 8 个随机活检，以最大程度带来组织学上 IM 产率。在疑似 BE 短段（1-2cm）患者中，8 处活检无法实现，全周型 BE 每 1cm 至少取 4 个活检，舌型 BE 每 1cm 应该取 1 个活检。	条件性推荐	低
6	在疑似 BE 和组织学上缺少 IM 的患者中，应该在排除 BE 1~2 年内考虑一次重复的内镜检查	条件性推荐	极低

BE 的筛查

NO.	推荐内容	推荐强度	证据级别
7	BE筛查应该在长期(>5年)和/或频繁(每周一次或更多)胃食管反流症状(烧心或反酸)以及较多BE或EAC风险因素的男性中考虑。这些风险因素包括:年龄>50岁,白种人,向心性肥胖(腰围>102cm或者腰臀比[WHR]>0.9)存在,当前吸烟或有吸烟史,经证实的BE或EAC家族史(一级亲属)	强烈推荐	中等
8	鉴于在长期GERD症状(男性比较时)的女性中,EAC风险大幅度降低,BE筛查不推荐在女性中展开。然而,筛查可以个别情况下予以考虑如确定存在BE或EAC多个风险因素(年龄>50岁,白种人,长期和/或频繁的GERD,中心性肥胖:腰围>88cm,WHR>0.8,当前吸烟或有吸烟史,经证实的BE或EAC家族史[一级亲属])	强烈推荐	低
9	不推荐普通人群的筛查	条件性推荐	低
10	在筛查展开之前,应该考虑患者的整体寿命和随后的影响,例如周期性内镜监测和治疗的需要,如果诊断为不典型增生BE,应该与患者讨论	强烈推荐	极低
11	非经鼻内镜(uTNE)可以视为一种替代传统上消化道内镜进行BE筛查的选择	强烈推荐	低
12	如果BE最初内镜评估是阴性,重复内镜评估BE的存在,是不被推荐的。如果内镜检查发现食管炎(Los Angeles分类B, C, D),PPI治疗8-12周后推荐重复的内镜评估,以确保食管炎愈合,排除潜在BE的存在	条件性推荐	低

BE 的监测

NO.	推荐内容	推荐强度	证据水平
13	在充分的有关监测风险和获益咨询后，患者应该只接受监测	强烈推荐	极低
14	监测应该以高清晰度/高分辨率白光内镜展开检查	强烈推荐	低
15	常规先进成像技术应用而非电子色素内镜不推荐用于此时的内镜监测	条件性推荐	极低
16	内镜监测应该在非异型增生患者中每隔2cm采用四象限活检，在之前异型增生患者中每隔1cm取四象限活检	强烈推荐	低
17	黏膜异常应该单独采样，最好选用内镜黏膜切除术。在结节BE的情况下，不能开展内镜黏膜切除术应该考虑转诊到三级医疗中心。	强烈推荐	低
18	活检不应该在有糜烂性食管内镜证据的黏膜区域获取，除非抗反流强化治疗后诱导黏膜愈合	强烈推荐	低
19	对于任何程度的异型增生BE患者来说，要有两名病理学家审查，他们中至少一名具有GI病理专业知识，在异型增生的解释上需要观察者的不同观点	强烈推荐	中等
20	对BE患者风险分类目前不推荐其他生物标志物应用	强烈推荐	低
21	对于非异性增生BE患者，内镜检查应该每隔3~5年进行一次	强烈推荐	中等
22	初诊时诊断为BE患者1年内不需要对不典型增生监测进行一次重复内镜检查	条件性推荐	极低
23	对于不确定异型增生患者来说，抑酸药物治疗优化3~6个月后应该展开一次重复内镜检查。如果不确定异型增生在本次检查确认，推荐每12个月监测一次	强烈推荐	低
24	对已确诊的低级别不典型增生且没有生命限制并发症的患者来说，内镜治疗被认为是首选治疗方法，虽然内镜监控每12个月是一种可接受的替代选择	强烈推荐	中等
25	BE并经证实的高度不典型增生患者应该进行内镜治疗管理，除非他们有生命限制的并发症	强烈推荐	高

缩写备注：BE，Barrett 食管；EAC，食管腺癌；GER，胃食管反流

治疗

化学预防

NO.	推荐内容	推荐强度	证据水平
26	BE患者应该接受每天一次的PPI治疗。不推荐常规每日两次剂量应用，除非由于反流症状或食管炎控制较差	强烈推荐	中等
27	阿司匹林或NSAIDs不应该常规处方给BE患者作为一种抗肿瘤策略。同样，其他认定的化学预防剂目前缺乏足够的证据，不应该常规应用	条件性推荐	高

内镜治疗

NO.	推荐内容	推荐强度	证据水平
28	在BE段有结节的患者应该接受结节性病灶内镜下黏膜切除术作为初始诊断和治疗方法（参考17）。EMR样本组织学评估应该指导下一步治疗。在EMR样本证实HGD，或IMC的受检者中，剩余的BE应该进行内镜消融治疗	强烈推荐	高
29	在EMR样本证实瘤变的患者中，剩余瘤变应该考虑予以手术，系统性或其他的内镜治疗	强烈推荐	低
30	由于进展为EAC的风险较低，非异性增生患者不推荐常规应用内镜下消融治疗。内镜根除治疗是经证实的LGD，和经证实的HGD患者的选择程序（正如24和25指出的）	强烈推荐	极低
31	在T1a EAC患者中，内镜治疗是首选治疗方法，即有效且耐受性良好	强烈推荐	中等
32	在T1b EAC患者中，多学科外科肿瘤团队应该在内镜治疗前进行咨询。在这类患者中，内镜治疗可能是食管切除术的一种替代治疗，尤其是在高分化肿瘤缺少淋巴管浸润的浅表（sm1）病变，以及不适合手术的患者中	强烈推荐	低
33	EUS或者其他成像方式在结节性BE患者的常规分期上没有表现出获益。鉴于过度分期和分期不足的可能性，这些成像方式的结果不应该妨碍EMR对早期瘤变的性能	强烈推荐	中等
34	在已知的T1b病变患者中，与较少的晚期病变相比较，在这些患者中淋巴结受累患病率增加，EUS可能在评估和采样区域淋巴结上发挥作用	强烈推荐	中等
35	在不典型增生BE患者中，他们因非结节性病变接受内镜消融治疗，目前射频消融术是首选的内镜消融治疗	强烈推荐	中等

手术治疗

NO.	推荐内容	推荐强度	证据水平
36	抗反流手术不应该在BE患者中作为一种抗肿瘤措施推广。然而，这种手术在那些反流症状不完全控制的患者中认为是优于药物治疗的	强烈推荐	高
37	侵入黏膜下层的EAC病例中，特别是那些侵入中层或深层黏膜下层（T1b, sm2-3），食管切除术，同时考虑新辅助治疗，作为手术候选	强烈推荐	低
38	T1a或T1b sm1腺癌，低分化，淋巴管浸润，或不完整内镜黏膜切除术的患者应该及时考虑手术和/或多学科治疗	强烈推荐	低

NO.	推荐内容	推荐强度	证据水平
39	成功的内镜治疗和彻底肠上皮化生（CEIM）清除后，应该继续进行内镜监测以检出复发性IM和/或不典型增生	强烈推荐	低
40	对于消融前HGD或IMC患者来说，推荐CEIM后第一年每3个月进行内镜监测，第二年每6个月，以后每年一次	条件性推荐	低
41	在消融前LGD患者中，内镜监测推荐CEIM后第一年每6个月一次，以后每年一次	条件性推荐	低
42	CEIM后内镜监测过程中，应该利用高分辨率白光成像和窄带成像仔细检查食管和胃食管交界处（以顺行和逆行的视角）以检出黏膜异常，这可能反映复发性IM和/或不典型增生	强烈推荐	低
43	复发性化生和/或不典型增生的治疗应该遵循消融前BE化生/不典型增生治疗原则	强烈推荐	低
44	CEIM后，抗反流治疗目标应该是反流控制，通过没有频繁的反流症状（大于每周一次）和/或食管内镜检查确定	条件性推荐	极低

内镜根除治疗：培训和教育

NO.	推荐内容	推荐强度	证据水平
45	计划实施内镜消融术的内镜医师应该另外地提供内镜黏膜切除术	强烈推荐	极低

缩写备注：BE，Barrett 食管；EAC，食管腺癌；EMR，内镜下黏膜切除术；EUS，超声内镜；GER，胃食管反流；GERD，胃食管反流病；GI，胃肠道；HGD，高级别不典型增生；IM，肠上皮化生；IMC，粘膜内癌；LGD，低级别不典型增生；NSAID，非甾体抗炎药；PPI，质子泵抑制剂