

Slokdarm maag pathologie aan de hand van casussen

Dr. Martin Ruppert

Dame 65 jaar

- V.G/
 - 2014 Long ca waarvoor chemoradiotherapie (op dat moment jaar geleden)
 - Rugoperatie
 - Appendectomie
- Roken: nil
- Drinken occasioneel
- Med.
 - Emcoretic
 - Lyrica

Slikklachten, dysphagie voor vast sinds radiochemotherapie

- Omschreven als gevoel van bolus die vast zit, past zich aan gemalen drinkt kleine slokjes bij tijdens maaltijd hoofd achterover
- Kan radiotherapie op de long slikproblemen uitlokken?
- Kan dit blijvende letsels uitlokken?
- Wat zou je doen om dit uit te werken?

Onderzoeken gedaan:

- Rx slikfunctie
 - Globaal normale slikact
- Beoordeling logopedist:
 - Beperkte stoornissen geen verslikken
- RX SMD gehele slokdarm lichaam:
- Beoordeling SMD?



Consult gastroenteroloog wegens:

- Aanhoudende klachten van hoge dysfagie. Het eten wordt vlot weggeslikt uit de keel. Hoog retrosternaal stase, soms regurgitatie tot in mond. Geen braken. Retrosternale pijn tijdens eten, soms ook zonder eten. Geen anorexie of vermagering.
- Planning:
 - Gastroscopie:
- **BESLUIT**
- Normale oesofagogastroduodenoscopie, onder behandeling met PPI.
- Slokdarmbiopsies ter uitsluiting eosinofiele oesofagitis genomen, blijkt normaal

Aanhoudende klachten van dysphagie

- Wat nu ?

Slokdarmmanometrie manometrie

- **Samenvatting**

- Abnormaal contractiepatroon van de slokdarm zonder peristaltiek na slikken, enkel oesofageale drukverhoging.
 - Onvoldoende relaxatie bij slikken van de LES? de IRP4 waarde is nog normaal (vermoedelijk door ondiepe positie van de sonde in de maag met lage maagdruk tot gevolg).
 - Duidelijk afwijkende multiple rapid swallow test passend bij outflow obstructie.
-
- Wat is multiple rapid swallow test?
 - Wat is nu de voorkeursdiagnose?

Achalasie (niet ontspannende LES)

- Type I
 - Atone slokdarm
- Type II
 - Hypertone slokdarm
- Type III
 - Distale spasmen

- Hier type II

Is er een verschil tussen jong en oud bij achalasia?

Behandeling?

Gastroscopische dilataties 5x over periode van 4 jaar

- Telkens met verbetering maar recidiverend plus vermagering
- Op 4 jaar herbeoordeling met SMD



Initiële foto

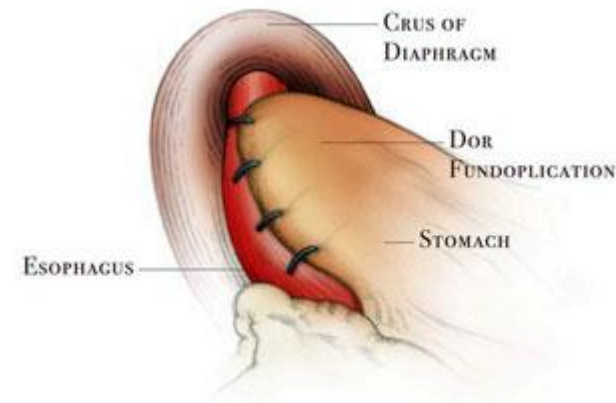
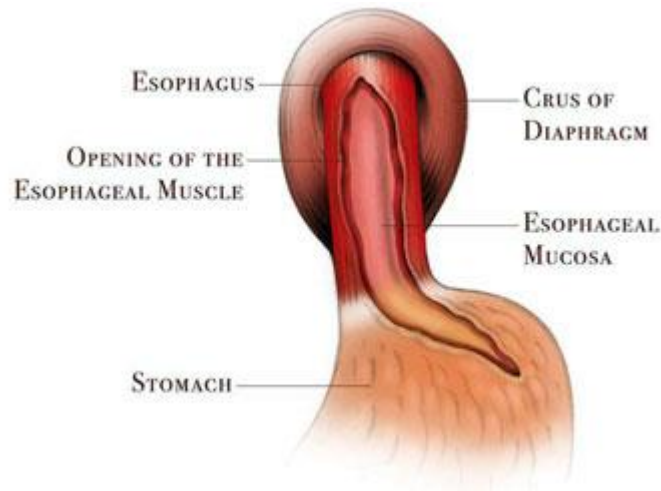


Na 5 minuten/ timed barium

Behandeling?

Heller-Dor procedure

- Initieel posterieur en anterior nu alleen anterior
- Incisie extra-mucosaal
 - 6 cm op slokdarm 2 cm op cardia
- Dor als beperkte anti-reflux
 - Anterieur funduplicatie



Man, 72 jaar

- Dyslipidemie
- Torsio testis

- Medicatie:
 - Pantomed
 - Atorvastatine
 - Asaflow

- Habitus:
 - Roken nil
 - Alcohol zeldzaam

Huidige klacht

- Dysphagie voor vast voedsel
- Bij navraag ook soms voor soepen
- Beperkt gewichtsverlies 2-3 kg
- Bij momenten wat retrosternale last

Gastroscoopie:

- **Bevindingen:**
- *Slokdarm*: ulceratieve oesofago-gastrische overgang met (pseudo)poliepeuze woekering +/- 1/3de tot
- max 1/2de van de omtrek, niet stenotisch, vlot passeerbaar, niet duidelijk te zien in retrovisie vanuit de
- maag, wel indruk flinke maagbreuk, snel bloedend bij bioptie, talrijke biopten genomen
- *Maag*: normale expansie, cascade-vorm, grove mucosa in fundus en corpus; de angulus is normaal;
- het antrum is normaal
- *Pylorus*: symmetrisch en open
- *Bulbus*: normale mucosa
- *Duodenum 2 en 3*: normale mucosa, normaal plooienpatroon

APD

- Besluit
- Gastro-oesofagale overgang: geülcereerd, weinig of niet gedifferentieerd adenocarcinoom van degastro-oesofagale mucosa.
- Her2 Neu score 2+.

Wat wordt bedoeld met HER2 neu en wat kan de klinische betekenis zijn?

- Human Epidermal growth factor Receptor 2
- Initieel gezien bij mamma ca prognostisch ongunstig
- Geeft optie tot behandeling met het gehumaniseerd monoklonaal antilichaam tratuzumab (Herceptin)

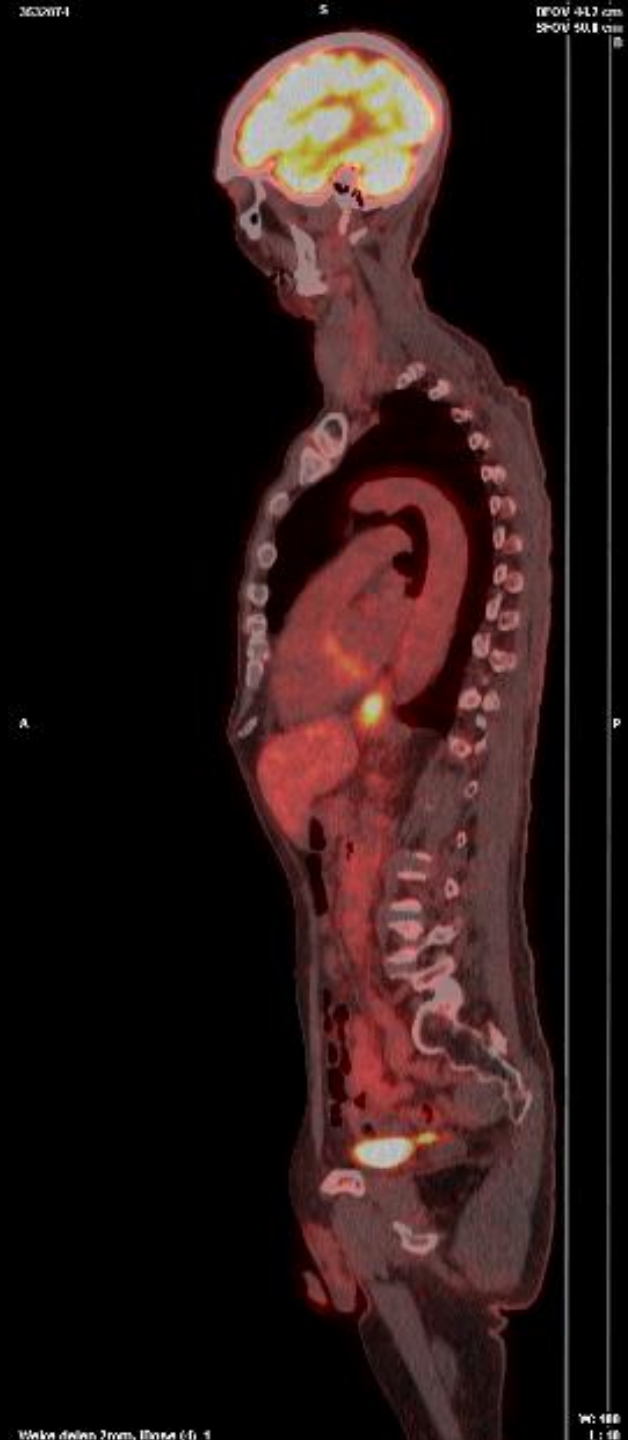
Wat nu te doen?

- Stagerings onderzoek
- Metastasering op afstand
 - Ct thorax en ct abdomen
 - Pet ct
- Indien geen meta op afstand
 - echoendoscopie

Beeldvorming ct en pet ct

Ct abdomen en thorax:

- Verdikte distale onregelmatige gastro-oesofageale junctie.
Verdikte maagwand. Enkele subcentimetrise klieren in het gebied van de truncus coeliacus en aorta retroperitoneaal.
- Pet Ct:



echoendoscopie

- Tumor niet te passeren met de scoop voor echoendo
 - Alleen beoordeling van de bovenrand
 - Geen verdachte klieren proximaal van het letsel

Wat is de volledige juiste omschrijving van dit letsel en de vermoedelijke cTNM classificatie?

- Niet gemetastaseerd adenoca slokdarm-maag overgang (junctietumor) centraal gedeelte van de tumor gelegen boven de Z-lijn
- Wat is de Siewert classificatie en wat zou de Siewert classificatie zijn van dit letsel?
- Siewert I
- cTNM: T3N0M0

Wat zou de voorkeursbehandeling behandeling zijn?

- neoadjuvante behandeling
 - Cross schema: carboplatinum en paclitaxel wekelijks gecombineerd met radiotherapie gefractioneerd 5 dagen per week en dit schema voor 5 weken
- Rustpause:
 - Optimalisatie voedingsstatus algemene conditie (6-8 Weken)
- Chirurgie
 - Ivor Lewis slokdarm resectie
 - (sommige centra gebruiken in hun chirurgie per definitie anastomose in de hals)

Post operatief verloop

- Na vijf dagen geeft thoraxdrain nog altijd meer dan een liter licht gekleurd vocht.
- Vermoedelijke diagnose en behandeling?
- Chylothorax
 - Dieet gebaseerd op medium chain triglycerides (lage succesratio)
 - TPN (+/- somatostatine)
 - Radiologisch interventie met lymphatische embolisatie
 - Chirurgie:
 - VATS clipping ductus

apd

- **Conclusie**
- 2102931 Maag en slokdarmresectie na neo-adjuvante chemoradiatie:
- Diagnose **Geen residuele carcinoom. Voorts fibrose en reactieve inflammatoire veranderingen.**
- **Mandard classificatie 1**

Wat is mandard classssificatie?

- Tumor regressie score
- Van 1 tot 5 volledige regressie tot geen effect
- Zeer belangrijk prognostisch kenmerk

Man 76 jr

- **Voorgeschiedenis (intern)**

- hartritmestoornissen
- Benigne prostaathypertrofie
- Hernia L4-L5 na werkongeval in 1986 waarvoor discectomie in L5 in 1987
- asbestblootstelling
- gastro-coloscopie
- Dyslipidemie
- Begrenkte arteriële hypertensie
- Obesitas
- 1993 Eerste notie of diagnose van niercysten

- _____

- **Voorgeschiedenis (heelkunde)**

- 15/02/2007 Nefrectomie links
- Rugheelkunde na traumatisch werkongeval
- Varicectomie

- **Abuses:**

- Geen roken geen alcohol

- **Allergie**

- urticaria op amlodipine ???

- **Thuismedicatie**

- Asaflow 80 mg drag. (maagsapresist.) - 80 mg - oraal - 8:00
- Coruno 16 mg comp. (vertr. vrijst.) - 16 mg - oraal - 8:00
- Finasteride eg 5 mg comp. - 1 ED - oraal - 1 x/ dag: 8u
- Hyperlipen 100 mg caps. - 100 mg - oraal - 1 x/ dag: 20u
- Progor 240 mg caps. (vertr. vrijst.) - 240 mg - oraal - 1 x/ dag: 8u
- Tamsulosine Teva 0,4 mg caps. (vertr. vrijst.) - 1 ED - oraal - 1 x/ dag: 8u

Huidig probleem

- Zelf ziekenwagen gebeld wegens plots opgekomen bloedbraken
 - Buiten constipatie geen G.I. voorgeschiedenis
- Hemodynamisch stabiel
- Hb bij opname 9,8
- Gastroscoopie:
 - Grote bloedklonter in de maag thv de angulus wand van de maag hier niet zichtbaar wegens de klonter
 - Rest van de maag normaal
- Opname inzo monitoring
 - Pantomed infuus
- Planning naar herhalen gastroscoopie
- Ct abdomen; geen afwijkingen alleen bloed in de maag geen letsel in de wand

Tweede gastroscopie

- **Bevindingen**
- Vlotte procedure
- **slokdarm:** normaal slijmvlies in het proximale gedeelte; de Z-lijn (overgang slokdarm-maagmucosa) bevindt zich op 42 cm van de tandenrij; de diafragma-insnoering situeert zich op 42 cm van de tandenrij; in retrograad zicht sluit de cardia goed aan om het toestel.
- **maag:** normale mucosa in fundus. Groot ulcus in het corpus in de curvatura minor, met opgeworpen randen en fibrinebodemp, spierlaag ligt bloot. Het antrum is wat hyperemisch. Biopsienamen van het ulcus (potje 1), biopsienamen antraal en in corpus ter exclusie HP (potje 2).
- **pylorus:** symmetrisch en open.
- **bulbus:** normale mucosa.
- **duodenum 2 en 3:** normale mucosa, normaal plooienpatroon.

APD

- **Microscopie**
- 1. corpusbiopsies met een normale architectuur. Plaatselijk zien we intestinale metaplasie. Deze zone van intestinale metaplasie gaat over in een dysplastisch voorkomend epitheel. Het epitheel vertoont duidelijke pseudostratificatie met variatie in grootte van de kernen. Soms zijn ze wat prominent. Invasie wordt niet duidelijk waargenomen. De cytokeratine kleuring volgt. Het omgevend stroma heeft een oedemateus aspect.
- Het klierparenchym is normaal ontwikkeld.
- 2. Corpusbiopsies met een normale architectuur. Laatst vertoont het epitheel intestinale metaplasie. Het stroma heeft een normale cellulariteit. Focaal atrofie. De immunohistochemische kleuring voor Helicobacter pylori is negatief.
- **Conclusie**
- 19B10738 1. Maag ulcus: hooggradige dysplasie en intestinale metaplasie.
- 2. Maag antraal en in corpus: intestinale metaplasie en wat atrofie.

- **AANVULLEND VERSLAG :**
- in de pancytokeratine hebben we geen aanwijzingen voor invasie. De conclusie blijft ongewijzigd

Wat nu verder?

- Bijkomende onderzoeken
 - PET ct: geen afwijkingen
- Echoendoscopie;
- **Bevindingen:** Het toestel wordt vlot tot in de maag gebracht. T.h.v. de kleine curvatuur wordt een nudulaire, licht verheven zone gezien met centraal wat depressie; de localisatie stemt overeen met de plaats van het eerder beschreven ulcus. Endoscopisch lijkt er duidelijk gunstige evolutie, doch nog geen mucosale heling. Er worden uitgebreide biopten genomen. De biopten genomen in het midden van de zone voelen harder aan. Vervolgens wordt de maag gevuld met water en wordt de plaats van het ulcus echo-endoscopisch afgescand. Er wordt hoogstens een verdikte wand gezien met licht verstoorde architectuur, doch geen duidelijk infiltratief letsel. De muscularis propria is nergens doorbroken. Er worden geen adenopathieën gezien.
- Apd opnieuw hooggradige dysplasie geen invasieve component

Dus..

- Groot ulcus kleine curvatuur
- Geen bewijs van maligniteit, hooggradige dysplasie in zone metaplasie
- Beterend maar niet genezen met medicamenteuse behandeling
- Wat zijn de behandelingsopties?

Wat zijn de richtlijnen voor ESD invasieve letsels van de maag?

- Biopties echoendoscopisch T1a
 - Minder dan 2 cm doormeter
- Zeer lage kans op lymfeklierinvasie middels bijkomende beeldvorming
- Geen ulceratie

wat gebeurde met deze patiënt verder

- Beslissing tot ESD Als uitgebreide biopsiename
 - Gastroscoopie met endoscopische submucosale dissectie maagletsel: vlot in de maag; alwaar we t.h.v. curvatura minor, proximaal van de angulus, een behoorlijk groot letsel zien; 4-tal cm, paris 0-IIc+b. Markeren rondom het letsel, waarna circumferentiële incisie, gevolgd door progressieve dissectie na fixatie met elastiekjes. Eerder moeizaam verloop, waarbij toch belangrijke fibrose submucosaal; DD: carcinomateus. Er treden enkele significante bloedingen op, waarvoor finaal dient coagrasper te worden gebruikt. Het laatste stukje wordt met lus doorgehaald, met en bloc resectie van deze volumineuze poliep.
- APD
- **Conclusie**
- 19B13960 Maag: matig tot weinig gedifferentieerd invasief adenocarcinoom, omgeven door uitgebreid carcinoma in situ (maximale doormeter 44 mm). Ontstaan in een zone van intestinale metaplasie. Infiltratiediepte van iets meer dan 2 mm in de submucosa. Massieve lymfevatinvasie. Onvolledig verwijderd (ter hoogte van één uiteinde).
- Voorstel tot stadiëring (TNM 8ste editie 2017): pT1b G3 L1 R1

Wat nu?

- Beslissing tot heekunde
- Partiële of totale gastrectomie?

Beslissing tot totale gastrectomie Roux en Y

- Vlotte procedure
- APD:
- **Conclusie**
- 20O109 1. Maag totaal: Actieve chronische inflammatie, vertlittekening, reactieve veranderingen en opruimingsreactie op hechtingsmateriaal ikv voorafgaande ingreep. Focaal is er intestinale metaplasie.
- **Geen resttumor aantoonbaar.** Slokdarm en maagsnederanden zijn vrij van tumor. Er zijn in totaal 22 lymfeklieren, vrij van tumor (0/22). Omentum is vrij van tumor.
- Ontslag na 5 dagen
- Leek goed te gaan

Maand post op

- Moeizame voedingsinname
- Frequent braken
- Gevoel van reflux
- Opname met SMD
 - Normaal met name geen stenose
- Gastroscopie:
 - Geheelde anstomose
- Komt bij opname niet boven 500 kcal
- Wat nu?

Beslissing tot jejunostomie

- Wat moeizame start maar uiteindelijk acceptabele calorie inname gemengd voeding en sondevoeding
- Episode van symptomatisch galsteenlijden waarvoor cholecystectomie
- Progressief beter
- Na zes maand beslissing tot wegname jejunostomie

Echter..

- Opnieuw gewichtsverlies
- Gevoel eten passeert niet goed
- Reflux
- Raar gevoel in het hoofd na de maaltijd

Opnieuw onderzoeken

- Gastroscopie:
 - Status na totale gastrectomie. Patent oesofageale lumen in het proximale gedeelte; geen ulceratie, geen stenose. Geen endoscopische evidentie voor recidief. Ernstige reflux oesofagitis klas C.
- SMD:
 - Geen argumenten voor reflux vanuit jejunaal naar oesophageaal, tijdens dit onderzoek. Indruk van een intrathoracale component van de oesophagojejunostomie.

Wat nu?

- Voedingsadvies rond dumping
- Heringreep
 - Distaliseren van entero-anastomose
 - Heraanleg van jejunostomie
- Resultaat
 - Drie maand later eindelijk goed
 - Geen reflux klachten meer en gewichtstoename zelfs na stoppen van sondevoeding