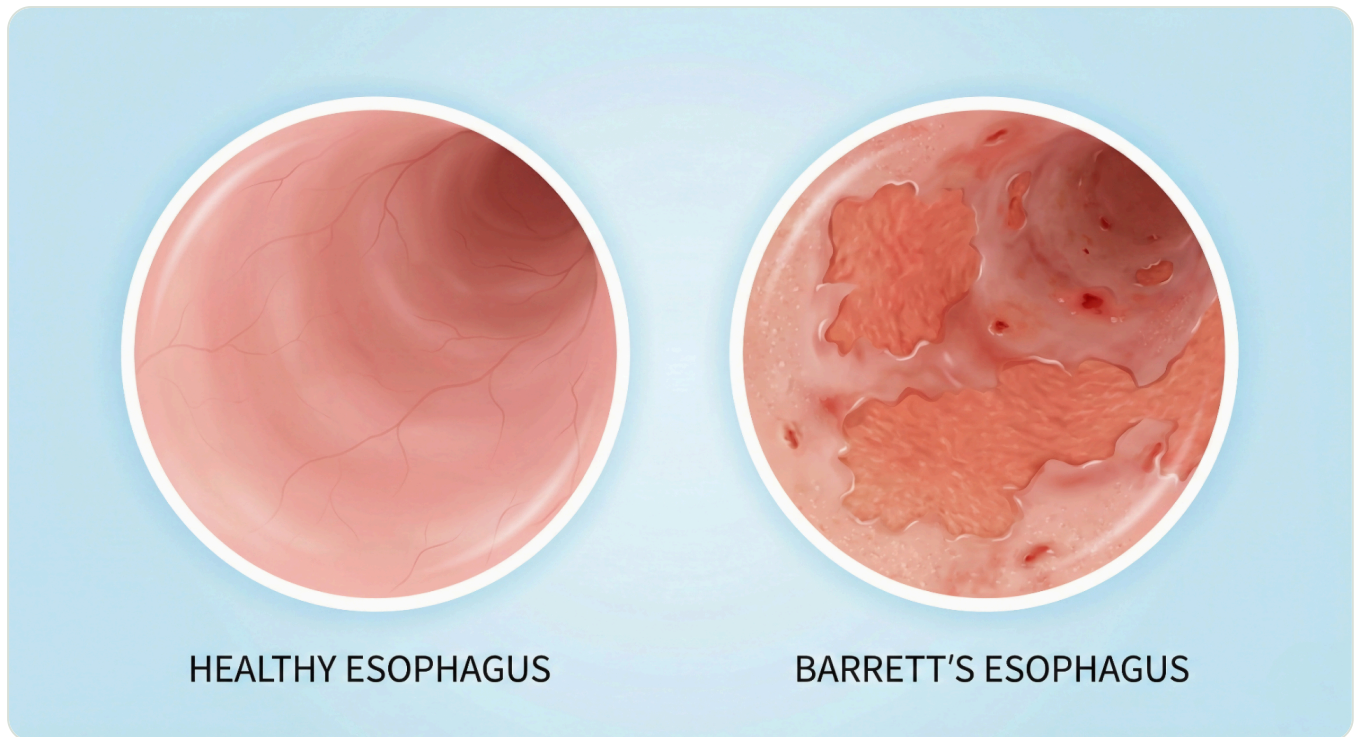




Barretts øsofagus er en tilstand, hvor den normale flerlagede pladeepitel-slimhinde i den nederste del af spiserøret er erstattet af en kirtlepitel-slimhinde (tarmtype, *intestinal metaplas*i). Forandringen er en konsekvens af kronisk syrepåvirkning – typisk efter mange års **gastroøsofageal refluks sygdom (GERD)** – og er den vigtigste kendte risikofaktor for udvikling af **adenokarcinom i spiserøret**.

Selve risikoen for kræftudvikling er lav (omkring 0,1–0,3 % pr. år ved Barrett uden dysplasi), men risikoen er reel, og derfor er der i Danmark veldefinerede anbefalinger for udredning, opfølgning og behandling. Denne artikel gennemgår, hvordan vi på Kirurgen.dk arbejder med Barretts øsofagus med udgangspunkt i **Dansk Selskab for Gastroenterologi og Hepatologis (DSGH) nationale behandlingsvejledning** [1], suppleret med europæiske og britiske retningslinjer fra **ESGE** [2] og **BSG** [3].

Hvad er Barretts øsofagus?

Spiserørets slimhinde er normalt lyserød og dækket af pladeepitel. Ved Barretts øsofagus ses i stedet en **laksefarvet, fløjlsagtig slimhinde**, der vokser opad fra overgangen mellem spiserør og mavesæk (Z-linjen). Den definitive diagnose stilles ved **endoskopi + biopsi**:

- **Endoskopisk:** synlig kolumnær slimhinde, der strækker sig ≥ 1 cm proksimalt for den gastroøsofageale overgang.
- **Histologisk:** påvisning af **specialiseret intestinal metaplas** med bægerceller.

Begge kriterier skal være opfyldt, før diagnosen "Barretts øsofagus" stilles [1,3].

Prague C&M-klassifikation

Udbredelsen beskrives ved **Prague C&M-klassifikationen**, hvor:

- **C** = den cirkumferentielle (rundtgående) længde af det metaplastiske segment i cm.
- **M** = den maksimale længde målt fra Z-linjen til den øverste tunge af metaplas i cm.

Eksempelvis betyder *C2M5*, at de nederste 2 cm er rundtgående dækket af Barrett-slimhinde, og at den længste tunge går op til 5 cm. Klassifikationen er afgørende for, hvor ofte patienten skal følges.

Hvem er i risiko?

Barretts øsofagus ses hyppigst hos voksne med flere af følgende risikofaktorer [1,3]:

- Kronisk **refluks-symptomer** i ≥ 5 år (halsbrand, sure opstød)
- **Alder ≥ 50 år**
- **Mandligt køn**
- **Hvid (europid) etnicitet**
- **Central overvægt** (æbleform)
- **Aktuel eller tidligere tobaksrygning**
- **Førstegradsslægtning** med Barretts øsofagus eller adenokarcinom i spiserøret

DSGH anbefaler, at man **overvejer screenings-gastroskopi** ved langvarig refluks (≥ 5 år) hos patienter med flere af ovenstående risikofaktorer [1]. Generel populations-screening anbefales ikke.

Symptomer – og hvorfor diagnosen ofte er tilfældig

Barretts øsofagus giver i sig selv **ingen specifikke symptomer**. De fleste patienter henvises til gastroskopi pga. typiske reflux-symptomer:

- **Halsbrand** bag brystbenet
- **Sure opstød** (regurgitation)
- **Synkebesvær** (dysfagi)
- Kronisk **hoste, hæshed** eller astmalignende gener

Alarm-symptomer, der skal udløse hurtig gastroskopi, omfatter [1,3]:

- Synkebesvær eller smerter ved synkning
- Uforklarligt vægttab
- Blodopkast eller sort afføring (se også vores artikel om sort afføring (melæna))
- Kronisk anæmi uden anden forklaring
- Vedvarende opkastning

Udredning – Seattle-protokollen

Når Barrett-slimhinden er erkendt ved endoskopi, er biopsi-strategien afgørende for at undgå at overse dysplasi eller tidlig kræft.

DSGH anbefaler **Seattle-biopsiprotokollen** [1,2]:

1. **Måltrettede biopsier** fra alle synlige uregelmæssigheder (knuder, sår, farveændringer). Brug **Paris-klassifikationen** til at beskrive form og højde.
2. **4-kvadrant-biopsier** hver 2 cm gennem hele Barrett-segmentet (hver 1 cm hvis kendt dysplasi).
3. Biopsier sendes i separate, mærkede beholdere efter niveau.
4. Anvendelse af **højopløselig endoskopi (HD-WLE)** og **virtuel kromoendoskopi (NBI eller tilsvarende)** øger detektionen af dysplasi og bør være standard [1,2].

Histologien vurderes af patolog med gastroenterologisk subspeciale, og **fund af dysplasi skal altid bekræftes af en anden patolog** før behandling iværksættes [1,3].

Opfølgning – afhænger af segmentlængde og dysplasi

Opfølgningsintervallerne følger DSGH's anbefalinger, der er på linje med BSG og ESGE [1,2,3]. Hovedlinjerne er:

Fund	Anbefalet opfølgning
Kort segment < 3 cm uden intestinal metaplasia	Ingen rutineopfølgning
Kort segment < 3 cm med intestinal metaplasia	Kontrol-gastroskopi hvert 3.–5. år
Segment 3–10 cm	Kontrol-gastroskopi hvert 2.–3. år
Segment ≥ 10 cm	Henvises til specialafdeling (ekspertcenter)
Indefinit for dysplasi	Optimér PPI-behandling og gentag gastroskopi efter 6 mdr.
Lavgradig dysplasi (LGD) bekræftet	Endoskopisk eradikationsbehandling tilbydes; alternativt opfølgning hver 6.–12. mdr.
Højgradig dysplasi (HGD) eller intramukosalt karcinom	Endoskopisk resektion (EMR/ESD) + radiofrekvensablation (RFA) på ekspertcenter

"Patienter med histologisk verificeret Barretts øsofagus uden dysplasi følges med intervaller, der afhænger af segmentets længde. Lavgradig dysplasi skal bekræftes af en second-opinion patolog, og ved bekræftet dysplasi tilbydes endoskopisk eradikationsbehandling." – DSGH, NBV Barretts øsofagus [1]

Behandling

1. Optimal syrehæmning

Alle patienter med Barretts øsofagus skal behandles med **protonpumpehæmmer (PPI)** i tilstrækkelig dosis til at kontrollere reflux-symptomer og holde slimhinden uden synlig esofagit [1,3]. PPI reducerer sandsynligvis – men eliminerer ikke – risikoen for dysplasi-progression.

Læs mere om syrehæmning og livsstil i vores artikel om [GERD / mavesyre-reflux](#).

2. Livsstilsændringer

De samme tiltag som ved GERD anbefales:

- **Vægttab** ved overvægt
- **Rygestop**
- **Hævet hovedgærde** og ingen måltider de sidste 2–3 timer før sengetid
- Reduktion af alkohol, kaffe og kendte triggere

3. Endoskopisk behandling af dysplasi og tidlig kræft

Når der påvises dysplasi eller intramukosalt karcinom, er behandlingen i dag **endoskopisk** og foregår på ekspertcentre [1,2,3]:

- **Endoskopisk mucosaresektion (EMR)** eller **endoskopisk submucosaresektion (ESD)** af synlige læsioner – både diagnostisk og terapeutisk.
- **Radiofrekvensablation (RFA)** af det resterende Barrett-segment for at fjerne risikoen for nye dysplastiske foci.
- Eventuelt **kryoterapi** som alternativ til RFA.

Endoskopisk behandling har afløst åben øsofagektomi som førstevalg ved HGD og T1a-adenokarcinom, med kurationsrater > 90 % og markant lavere morbiditet [2,3].

4. Antirefluks-kirurgi

Antirefluks-kirurgi (typisk **laparoskopisk fundoplikatio**) anbefales **ikke** rutinemæssigt som kræftforebyggelse ved Barretts øsofagus [1,3]. Indgrebet kan overvejes hos patienter med vedvarende reflux-symptomer trods optimal medicinsk behandling, eller ved volumen-refluks som PPI ikke kan håndtere.

Hvornår skal du henvises?

Som patient bør du tale med din egen læge om henvisning til **gastroskopi**, hvis du har:

- Refluks-symptomer i mere end **5 år** sammen med flere risikofaktorer (alder, mandligt køn, overvægt, rygning, familiehistorie).
- Alarm-symptomer som beskrevet ovenfor – uanset alder.
- Tidligere fund af Barretts øsofagus uden plan for opfølgning.

På Kirurgen.dk udfører vi **oral gastroskopi** og **nasal gastroskopi** (se [nasal vs. oral gastroskopi](#)) i samme klinikbesøg, og med henvisning fra egen læge er undersøgelsen gratis under den offentlige sygesikring.

Prognose

For den enkelte patient med Barretts øsofagus **uden dysplasi** er den årlige risiko for udvikling af adenokarcinom lav – ca. 0,1–0,3 % pr. år [3]. Risikoen er højere ved lange segmenter og ved påvist dysplasi. Strukturerede opfølgningsprogrammer reducerer mortaliteten ved at fange dysplasi eller tidlig kræft på et stadium, hvor endoskopisk behandling er kurerende [1,2,3].

Det vigtigste budskab er, at **Barretts øsofagus ikke er det samme som kræft** – men en tilstand, der skal følges struktureret. Med god syrehæmning, fornuftig livsstil og det aftalte kontrolprogram er prognosen for langt de fleste patienter god.

Vil du have undersøgt din reflux?

Har du langvarige reflux-symptomer, alarm-symptomer eller en allerede kendt Barrett-diagnose, der mangler opfølgning, er du velkommen til at [kontakte klinikken](#) for tidsbestilling. Med henvisning fra egen læge er udredning og behandling gratis.

Vi har også samlet en kort [patientvejledning om Barretts øsofagus](#) med praktisk information om gastroskopi, kontrolforløb og forberedelse.

Ofte stillede spørgsmål om Barretts øsofagus

Hvilke symptomer giver Barretts øsofagus?

Barretts øsofagus giver i sig selv **ingen specifikke symptomer**. De fleste opdages tilfældigt ved gastroskopi udført på grund af langvarig reflux – halsbrand, sure opstød, synkebesvær eller kronisk hoste. Alarm-symptomer som synkebesvær, uforklarligt vægttab, blodopkast eller sort afføring skal altid udredes hurtigt.

Er Barretts øsofagus det samme som kræft?

Nej. Barretts øsofagus er en **forstadie-tilstand**, hvor risikoen for adenokarcinom er let øget – ca. 0,1–0,3 % pr. år ved Barrett uden dysplasi. Langt de fleste patienter udvikler aldrig kræft, og struktureret kontrol fanger evt. dysplasi på et stadium, hvor det kan behandles endoskopisk.

Hvordan stilles diagnosen?

Diagnosen kræver både **gastroskopi**, hvor lægen ser den karakteristiske laksefarvede slimhinde ≥ 1 cm over Z-linjen, og **biopsi** med histologisk påvisning af specialiseret intestinal metaplasie. Biopsierne tages efter **Seattle-protokollen**: 4 biopsier hver 2 cm + målrettede biopsier fra synlige uregelmæssigheder.

Hvor ofte skal jeg til kontrol?

Det afhænger af segmentets længde og om der er dysplasi (efter DSGH-anbefalingerne):

- **Kort segment (< 3 cm) uden dysplasi:** hvert 3.–5. år
- **Mellem segment (3–10 cm):** hvert 2.–3. år
- **Lange segmenter (≥ 10 cm):** henvises til ekspertcenter
- **Lavgradig dysplasi:** tilbud om endoskopisk eradikation eller kontrol hver 6.–12. md.
- **Højgradig dysplasi/tidlig kræft:** endoskopisk resektion + radiofrekvensablation på ekspertcenter

Hvilken behandling tilbydes?

Alle patienter får **protonpumpehæmmer (PPI)** i tilstrækkelig dosis og rådgivning om livsstil (vægttab, rygestop, hævet hovedgærde). Ved bekræftet dysplasi eller intramukosal kræft tilbydes **endoskopisk behandling** (EMR/ESD + RFA) på ekspertcenter. Antirefluks-kirurgi anbefales ikke rutinemæssigt som kræftforebyggelse.

Kan Barretts øsofagus forsvinde?

Selve den metaplastiske slimhinde forsvinder ikke spontant, men kan behandles bort med radiofrekvensablation (RFA) ved dysplasi. PPI og livsstilsændringer bremser progression, men eliminerer ikke risikoen helt – derfor anbefales fortsat kontrol.

Hvordan foregår gastroskopian?

Undersøgelsen tager 10–20 minutter og udføres i lokalbedøvelse af svælget – evt. suppleret med beroligende medicin. Du skal være **fastende fra midnat**. Læs vores [patientvejledning om gastroskopi](#) og [nasal vs. oral gastroskopi](#) for praktiske detaljer.

Hvornår skal jeg henvises?

Tal med din egen læge om henvisning, hvis du har **refluks-symptomer i mere end 5 år** kombineret med risikofaktorer (alder > 50, mandligt køn, overvægt, rygning, familiehistorie med Barretts eller spiserørskræft), eller hvis du har alarm-symptomer. Med henvisning er udredning gratis under den offentlige sygesikring.

Læs også

- [Mavesyre-reflux \(GERD\)](#)
 - [Eosinofil øsofagitis \(EoE\)](#)
 - [Helicobacter pylori og mavesår](#)
 - [Synkebesvær \(dysfagi\)](#)
 - [Sort afføring \(melæna\)](#)
 - [Nasal vs. oral gastroskopi](#)
-

Kilder

1. **Dansk Selskab for Gastroenterologi og Hepatologi (DSGH).** National Behandlingsvejledning: Barretts øsofagus – udredning, opfølgning og behandling. dsgh.dk.
2. **Weusten BLAM, Bisschops R, Coron E, et al.** Endoscopic management of Barrett's esophagus: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Position Statement. *Endoscopy* 2017;49(2):191–198 (opdateret 2023).
3. **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(1):7–42 (BSG 2023-opdatering).
4. **Shaheen NJ, Falk GW, Iyer PG, et al.** ACG Clinical Guideline: Diagnosis and Management of Barrett's Esophagus. *Am J Gastroenterol* 2022;117(4):559–587.

5. **Sharma P, Dent J, Armstrong D, et al.** The development and validation of an endoscopic grading system for Barrett's esophagus: the Prague C&M criteria. *Gastroenterology* 2006;131(5):1392–1399.

Artiklen er fagligt gennemgået af speciallæge i kirurgi Dr. Bahir Hadi, Kirurgen.dk, Charlottenlund.