

Supplementary Appendix 1

Perceptions and practices of Asian endoscopists on Barrett's esophagus

Dear Doctor,

The Asian Barrett's Consortium (ABC) is a workgroup of Asian Gastroenterologists and GI surgeons who have an interest in Barrett's Esophagus, and is also linked to the National Cancer Institute (NCI). [For more information, please visit <https://epi.grants.cancer.gov/Consortia/tables/esophageal.html>]

Currently, many guidelines exist on the diagnosis and management of Barrett's Esophagus. In this questionnaire, the workgroup seeks to understand the practices and perceptions adopted by Asian endoscopists.

As GI doctors and surgeons identified by your country of practice, we seek your kind participation in a 5 min online survey.

By completing the questionnaire, you are giving implied consent and collected information will be used for the purpose of research. No personally identifiable information will be collected or published in compliance with data protection laws.

Thank you for your time and we look forward to your participation.

Best Regards,

Dr Alex Soh

Associate Consultant, Gastroenterology

National University Hospital, Singapore

On behalf of the ABC Workgroup

[Please click on "Next" button below to continue]

(End of Page 1)

Demographics

Please answer the following questions about yourself and your practice to help us understand you. No personally identifiable information will be collected or used.

1. What is your age in years

2. Gender

Male

Female

3. Are you a

Physician

Surgeon

4. Location of practice

Australia

Cambodia

China

Hong Kong

India

Indonesia

Japan

Laos

Malaysia

Mongolia

Myanmar

Philippines

Russia

Singapore

South Korea

Taiwan

Thailand

Vietnam

Others (please specify) _____

5. Which of the following describes your practice (select all that applies)

Private

Academic

Both

6. Number of years of endoscopic practice

19. What percentage of time do you spend performing endoscopy at present?

Less than 20%

20-40%

40-60%

60-80%

More than 80%

Please click on "Next" button below to continue.

(End of Page 2)

Q1. What is your *preferred* endoscopic landmark of the esophagogastric junction?

Squamo-columnar junction (Z-line)

Proximal margin of gastric folds

Distal margin of palisade vessels

Diaphragmatic pinch

Q2. What is your *preferred* endoscopic definition of Barrett's esophagus?

Length of columnar lined epithelium ≥ 2 cm

Length of columnar lined epithelium ≥ 1 cm

Any length of columnar lined epithelium in the esophagus

Q3. How *often* do you use the Prague C & M criteria in your assessment of Barrett's esophagus?

All the time

More than 70% of time

30 to 70% of time

Less than 30% of time

Never

Q4. How *comfortable* are you with endoscopic assessment (white-light with or without advanced imaging technology) in the diagnosis of Barrett's esophagus?

100% comfortable

More than 70%

30 to 70%

Less than 30%

Not at all

Q5. What is your *preferred* histologic definition of Barrett's esophagus?

Any columnar tissue

Specialized intestinal metaplasia (SIM)

Gastric metaplasia (GM)

No histological confirmation is required

Q6. In your practice, how *regular* do you survey your long-segment Barrett's esophagus without dysplasia?

Every two years

Every three years

Every five years

None at all

Q7. How *often* do you follow the Seattle protocol (i.e. four-quadrant biopsies every 2 cm) in your biopsies of Barrett's esophagus during surveillance endoscopy?

All the time

More than 70% of time

30 to 70% of time

Less than 30% of time

Never

Q8. What is your *preferred* treatment of Barrett's esophagus without dysplasia?

I will prescribe life-long proton pump inhibitor (PPI) as a routine

I will prescribe PPI only when patient has symptoms of gastroesophageal reflux disease or evidence of esophagitis

I will recommend the patient for radiofrequency ablation

I will recommend the patient for anti-reflux procedure (e.g. fundoplication)

Q9. For Barrett's esophagus patients whose biopsies showed indefinite for dysplasia, your *preferred* approach is:

Confirm with second pathologist and repeat endoscopy after a course of PPI

Surveillance 6 monthly

Surveillance yearly

Surveillance 3-5 yearly

Q10. For Barrett's esophagus patients without a lesion but whose biopsies showed low grade dysplasia, your *preferred* approach is:

Surveillance 6 monthly

Surveillance yearly

Surveillance 3-5 yearly

Ablative therapy, e.g., radiofrequency, cryotherapy, argon plasma coagulation

Endoscopic mucosal resection

Endoscopic submucosal dissection

Q11. For Barrett's esophagus patients without a lesion but whose biopsies showed high grade dysplasia, your *preferred* treatment is:

Endoscopic mucosal resection

Endoscopic submucosal dissection

Ablative therapy, e.g., radiofrequency, cryotherapy, argon plasma coagulation

Surgery, e.g., esophagectomy

Please click on "Submit Survey" below to complete the survey. Thank you!

(End of Page 3)

Supplementary Appendix 2

亚洲内镜医师对巴雷特食管的认识和实践

亲爱的医生，

亚洲巴雷特食管学会(Asian Barrett's Consortium, ABC)是一个依托于国家癌症中心(National Cancer Institute, NCI)致力于研究巴雷特食管的研究小组，由亚洲消化内科医师和胃肠外科医师组成。

[有 关 更 多 信 息 ， 请 访 问 <https://epi.grants.cancer.gov/Consortia/tables/esophageal.html>]

目前，关于巴雷特食管的诊断和管理存在着许多指南。在本调查问卷中，工作组试图了解亚洲内镜医师对巴雷特食管的做法和看法。

作为您所在国家/地区确定的消化内科医师和胃肠外科医师，我们邀请您参加 5 分钟的在线调查。

填写问卷后，表示您同意将收集的信息用于研究目的。依据数据保护法案任何个人信息不会被收集或发布。

感谢您的宝贵时间，我们期待您的参与。

祝好！

Dr Alex Soh

胃肠病学助理顾问

新加坡国立大学医院

代表 ABC 工作组

[请点击下面的“下一步”按钮继续]

（第 1 页的结尾）

人口统计学

请回答以下有关您自己和您的实践的问题，以帮助我们了解您。我们不会收集您的任何个人身份信息。

1. 你的年龄是多少岁

2. 性别

☐ 男

☐ 女

3. 你是一个

☐ 内科医师

☐ 外科医生

4. 行医的国家/地区

☐ 澳大利亚

☐ 柬埔寨

☐ 中国

☐ 香港

☐ 印度

☐ 印度尼西亚

☐ 日本

☐ 老挝

☐ 马来西亚

☐ 蒙古

☐ 缅甸

- ☐ 菲律宾
- ☐ 俄国
- ☐ 新加坡
- ☐ 韩国
- ☐ 台湾
- ☐ 泰国
- ☐ 越南
- ☐ 其他（请注明） _____

5. 以下哪项描述符合您的实践（选择所有适用的实践）

- ☐ 私人的
- ☐ 学术的
- ☐ 两者兼有

6. 内镜操作年数

19. 您目前在内镜检查上花费的时间是多少？

- ☐ 低于 20%
- ☐ 20-40%
- ☐ 40-60%
- ☐ 60-80%
- ☐ 超过 80%

请点击下面的“下一步”按钮继续。

（第 2 页完）

Q1. 以下哪个选项是您首选的内镜下食管胃结合部？

- ☐ 鳞状上皮和柱状上皮连接处（Z 线）
- ☐ 近端胃襞起始部
- ☐ 食管纵行栅栏样血管的末端
- ☐ 膈肌食管裂孔

Q2. 以下哪个选项是您首选的巴雷特食管的内镜下定义？

- ☐ 柱状上皮长度 $\geq 2\text{cm}$
- ☐ 柱状上皮长度 $\geq 1\text{cm}$
- ☐ 食管中任何长度的柱状上皮

Q3. 您是否经常使用布拉格 C&M 标准评价巴雷特食管？

- ☐ 所有时间
- ☐ 超过 70%的时间
- ☐ 30%到 70%的时间
- ☐ 不到 30%的时间
- ☐ 从不

Q4. 在诊断巴雷特食管时，您对内镜评估（白光伴或不伴高级成像技术）是否满意？

- ☐ 100%满意
- ☐ 超过 70%
- ☐ 30%至 70%
- ☐ 不到 30%
- ☐ 一点也不

Q5. 以下哪个选项是您首选的巴雷特食管的组织学定义？

- ☐ 存在任何柱状组织
- ☐ 特殊肠型化生 (SIM)
- ☐ 胃化生 (GM)
- ☐ 无需组织学确认

Q6. 在您的临床实践中，您会多久一次监测随访长节段无异型增生的巴雷特食管？

- ☐ 每两年一次
- ☐ 每三年一次
- ☐ 每五年一次
- ☐ 一个都没有

Q7. 在筛查性内镜检查的巴雷特食管的取活检过程中，您是如何遵循西雅图流程的（比如每隔 2cm 四象限取活检）？

- ☐ 每时每刻
- ☐ 超过 70%的时间
- ☐ 30%到 70%的时间
- ☐ 不到 30%的时间
- ☐ 决不

Q8. 您认为以下哪种是最合适的不伴有异型增生的巴雷特食管的治疗方法？

- ☐ 我会将终身质子泵抑制剂 (PPI) 作为常规处方
- ☐ 只有当患者出现胃食管反流病或食管炎的证据时，我才会开 PPI
- ☐ 我会建议患者进行射频消融
- ☐ 我会建议患者进行抗反流手术（例如胃底折叠术）

Q9. 对于巴雷特食管患者，其活组织检查显示无法确定有无异型增生，您首选的治疗方案是：

- ☐ 与其他的病理医师确认，应用 PPI 治疗一段时间后再次行内镜检查
- ☐ 每半年监测 1 次
- ☐ 每年监督 1 次
- ☐ 每年监测 3-5 次

Q10. 对于没有病变但其活检显示低度不典型增生的巴雷特食管患者，您 **首选**的方法是：

- ☐ 每半年月监测 1 次
- ☐ 每年监督
- ☐ 每年监测 3-5 次
- ☐ 毁损疗法，例如射频，冷冻疗法，氩等离子体凝固
- ☐ 内镜下黏膜切除术（EMR）
- ☐ 内镜黏膜下剥离术（ESD）

Q11. 对于没有病变但其活检显示高度异型增生的巴雷特食管患者，您首选的治疗方法是：

- ☐ EMR
- ☐ ESD
- ☐ 毁损疗法，例如射频，冷冻疗法，氩等离子体凝固
- ☐ 手术，例如食管切除术

请点击下面的“提交调查”完成调查。谢谢！（第 3 页 完）