



## ESOFAGO di BARRETT

### Documento redatto da:

**Dr. P. Dusio**

S.C. Gastroenterologia ASL TO 1. Osp. Evangelico Valdese - Torino

**Dr. L. Dughera**

Medicina Interna 5. Presidio Ospedaliero Molinette - Torino

**Dr. S. Taraglio**

Anatomia Patologica. ASL TO 2. Ospedale Maria Vittoria - Torino

**Dr. V. Marci**

Anatomia Patologica. AOU. S. Luigi Gonzaga – Orbassano

## **ESOFAGO DI BARRETT**

- **Valutazione endoscopica, campionamento bioptico, diagnosi istopatologia e valutazione della displasia**
- **Follow-up ed indicazioni terapeutiche per la displasia.**

Il Gruppo (Pietro Dusio, Luca Dughera, Stefano Taraglio, Valerio Marci) si è attenuto alla letteratura più recente ed alle attuali linee guida Asge ed Acg.

### **Criteri di valutazione endoscopica e campionamento bioptico per Barrett e Barrett con displasia di basso grado**

Una corretta valutazione endoscopica ed in particolare un preciso standardizzato campionamento bioptico da trasmettere al patologo, sono fondamentali per una corretta diagnosi ed un successivo follow-up

Si conviene sui seguenti punti:

### **Classificazione endoscopica, modalità di campionamento bioptico e di richiesta per esame istologico**

- Utilizzo della classificazione di Praga (C,M) nella descrizione endoscopica
- Attenersi quanto più possibile al Protocollo di Seattle per il campionamento bioptico : bio ogni 2 cm. su mucosa circonferenziale , 1 biopsia ogni 1-2 cm su mucosa a fiamma (su ogni fiamma). Una biopsia per isola. Biopsia aggiuntiva di mucosa normale.
- Non indicate biopsie con pinza jumbo
- In caso di esofagite associata, non biopsiare e ripetere controllo dopo adeguato trattamento con PPI a dosi piene ( non prima di 6-8 settimane ),
- E' altamente auspicabile documentazione fotografica
- Compilazione della richiesta per il Patologo con modulo dedicato per standardizzare la corretta localizzazione dei prelievi e la distanza degli stessi dalla arcata dentaria
- Corretta identificazione dei campioni nei boccetti indicando la distanza dei campioni dalla arcata dentaria :1 boccetto per sede = 1 boccetto per ogni distanza dalla arcata dentaria. Inserire campioni bioptici circonferenziali a quadrante in un unico boccetto( se presi alla stessa distanza dalla arcata). Tale procedura è fondamentale per ricercare successive lesioni neoplastiche e per monitorare il decorso
- Allegare copia del referto al modulo dedicato

## **Requisiti del referto istopatologico e corretta definizione della displasia**

Si rimanda a documento separato(Dott..Taraglio, Dott. Marci).

### **MODALITA' DI FOLLOW-UP**

Si premette come sia indispensabile nel' esofago di Barrett eseguire studio fisiopatologico manometrico e pH-metrico e impostare corretto completo trattamento antireflusso medico o chirurgico

#### **Barrett senza displasia o con displasia di basso grado**

- In caso di conferma di esofago di Barrett senza alcuna atipia o displasia necessario controllo dopo 1 anno con analogo mappaggio per conferma ed in caso di riconferma di Barrett senza atipie , controlli ogni 3 anni
- in caso di displasia di basso grado necessaria conferma da 2 patologi ed in caso di accordo, controllo endoscopico con biopsie multiple ogni 6 mesi dato l' Incremento di possibilità di successivo riscontro di displasia di alto grado.
- In caso di dubbio o disaccordo indispensabile consultare altro Centro possibilmente di riferimento

#### **Barrett con riscontro di displasia di alto grado**

##### **Su mucosa piatta**

- Necessaria conferma da parte di 2 patologi
- Ripetizione endoscopia entro 3 mesi( ove disponibili utili colorazioni endoscopiche per migliorare accuratezza diagnostica)

##### **Su mucosa irregolare o con nodulazione visibile**

- Mucosectomia endoscopica per definizione istologica completa

**IN CASO DI CONFERMA DI DISPLASIA GRAVE :**

## **INVIARE IL PAZIENTE PRESSO CENTRO DI RIFERIMENTO PER LA SCELTA DELLE OPPORTUNA STRATEGIA TERAPEUTICA SUCCESSIVA**

- 1: trattamento ablativo con radiofrequenze HALO in assenza di lesioni visibili
- 2: trattamento con HALO successivo alla mucosectomia
- 3: esofagectomia)

Si suggerisce anche in caso di persistenza di sola displasia di basso grado ai controlli di follow-up successivi (dato l'elevato rischio di progressione) di inviare il Paziente presso Centro di riferimento per valutare possibile terapia ablativa con HALO, attualmente indicata per la sola displasia grave.

Si fa presente come qualsiasi pregressa terapia endoscopica ablativa (argon, fotodinamica...) sia controindicata per la verificata possibile presenza di residui di mucosa di Barrett sottomucosa e la pregressa insorgenza di neoplasia da tali residui. Attualmente la ablazione con HALO è l'unica che ha dimostrato massima radicalità e assenza di residui di mucosa di Barrett post-terapia negli studi effettuati e trova posto nelle attuali linee guida come terapia alternativa alla chirurgia, associata alla mucsectomia, nel Barrett con displasia grave.

### **REQUISITI DEL CENTRO DI RIFERIMENTO:**

#### **ENDOSCOPIA OPERATIVA, ECOENDOSCOPIA**

HALO (auspicabile la centralizzazione della metodica in Centri di riferimento)

#### **CHIRURGIA TORACICA ED ADDOMINALE**

—

### **Riferimenti**

- The Development and Validation of an Endoscopic Grading System for Barrett's Esophagus: The Prague C & M Criteria  
Gastroenterology 2006;131:1392–1399
- ASGE Guideline: the role of endoscopy in the surveillance of premalignant conditions of the upper GI tract  
Gastroint. Endoscopy 63. 4 2006
- Updated guidelines 2008 for the diagnosis, surveillance and therapy

of Barrett esophagus

Am J Gastroenterol 2008;103:788–797

- Radiofrequency Ablation in Barrett's Esophagus with Dysplasia  
N Engl J Med 360;22 nejm.org may 28, 2009
- Efficacy of Radiofrequency Ablation Combined With Endoscopic  
Resection for Barrett's Esophagus With Early Neoplasia  
Clin Gastroent Hepatol 2010;8:23–29