

ESOFAGO DI BARRETT

Diagnosi e gestione endoscopica

Antonella La Terra

S.C. Gastroenterologia Ospedale San Giovanni Bosco, Torino

Endoscopic management of Barrett's esophagus: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Position Statement





BRITISH SOCIETY OF
GASTROENTEROLOGY



S.I.E.D.
Società Italiana
Endoscopia Digestiva

Richtlijndatabase FMS



Richtlijnen
database

Maag Lever Darm Stichting



maag
lever
darm
stich
ting



1913

DGVS

Deutsche Gesellschaft für
Gastroenterologie,
Verdauungs- und
Stoffwechselkrankheiten

STATEMENT 1

La diagnosi di Esofago di Barrett è posta se l'esofago distale è rivestito da epitelio colonnare per una lunghezza minima di 1 cm (sotto forma di lingue o con estensione circolare) con evidenza all'esame istopatologico di metaplasia intestinale specializzata.

STATEMENT 2

Lo screening endoscopico per l'Esophago di Barrett non è raccomandato. Pertanto, uno screening può essere considerato nei pazienti con sintomi da reflusso gastroesofageo di lunga durata (per esempio più di cinque anni) e con fattori di rischio multipli (età \geq 50 anni, razza bianca, sesso maschile, obesità, parenti di primo grado con esophago di Barrett o adenocarcinoma esofageo).

Prevalenza nella popolazione generale bassa (1,3% in Italia) nonostante l'aumento di incidenza negli ultimi decenni in Europa.

STATEMENT 3

La sorveglianza endoscopica nell'esofago di Barrett é raccomandata.

Correla con diagnosi di cancro in stadi più precoci e migliore sopravvivenza in caso di EAC

STATEMENT 4

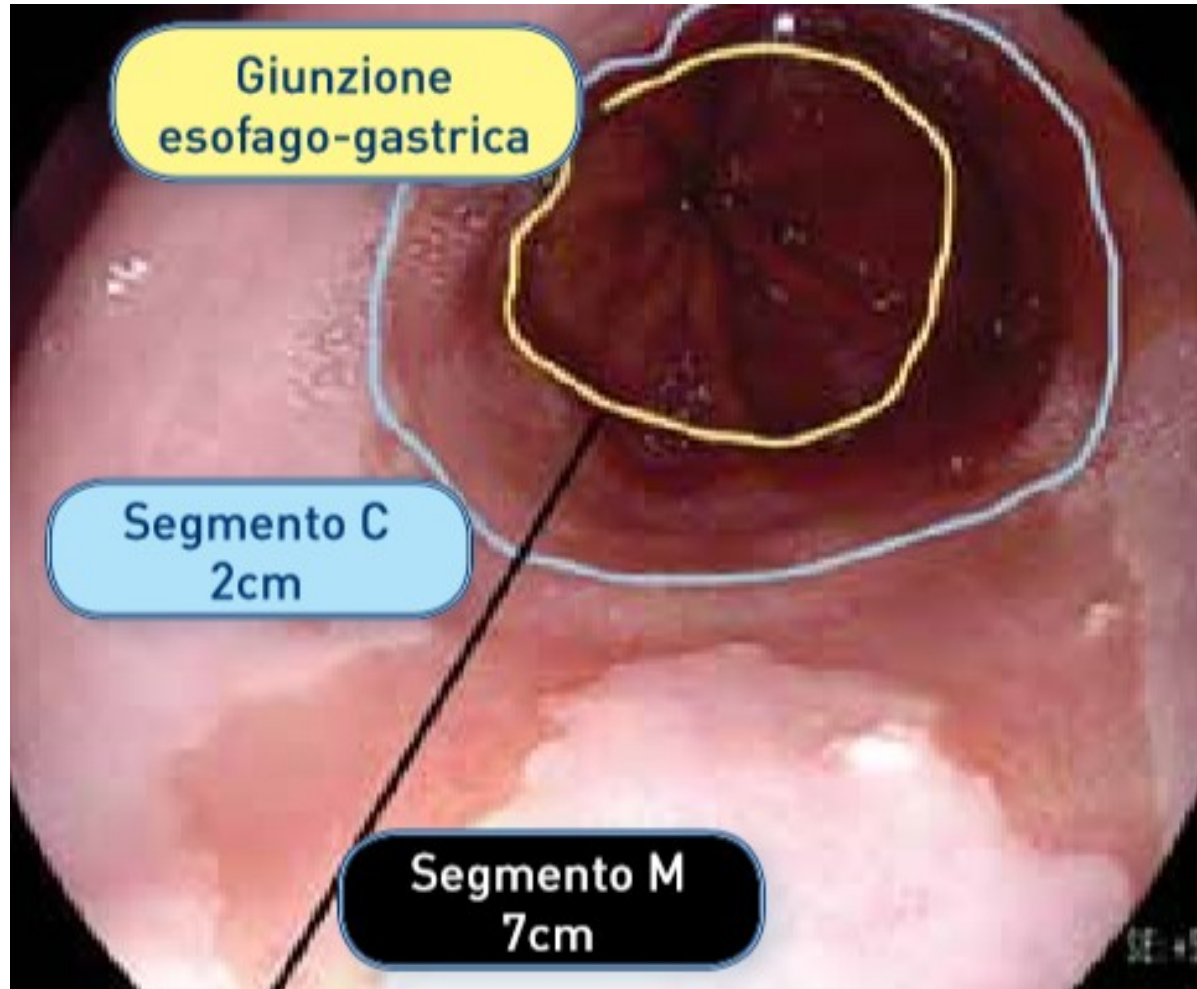
L'endoscopia ad alta definizione (strumenti, processori e videoschermi) è raccomandata per la sorveglianza endoscopica dell'Esofago di Barrett. L'uso routinario di cromoendoscopia, cromoendoscopia ottica, endoscopia con autofluorescenza o endomicroscopia confocale laser non è consigliato.

Nonostante la mancanza di prove consolidate la cromoendoscopia ottica (NBI, FICE, I-SCAN) risulta utilizzata da molti esperti per la diagnosi e la caratterizzazione di lesioni in BE (ampia disponibilità, no costi aggiuntivi).

STATEMENT 5

I referti endoscopici di pazienti con esofago di Barrett dovrebbero includere:

1. estensione dell'esofago di Barrett secondo i criteri di Praga (estensione circonferenziale, C; estensione massimale, M; eventuale presenza di isole prossimali al punto di massima estensione);
2. descrizione della localizzazione (espressa in centimetri dai denti incisivi e orientata secondo quadranti dell'orologio) di tutte le anomalie visibili all'interno dell'epitelio di Barrett, con descrizione della misura (mm) e dell'aspetto macroscopico utilizzando la classificazione di Parigi;
3. la presenza o l'assenza di esofagite erosiva utilizzando la classificazione di Los Angeles;
4. la localizzazione delle biopsie eseguite nei segmenti di Barrett (numero delle biopsie e individuazione dei centimetri a partire dai denti incisivi);
5. appropriata documentazione fotografica di tutte le aree di epitelio di Barrett, come di ogni lesione visibile.



Esami di sorveglianza:

- meritano sessioni dedicate in termini di tempo
- pz sedati
- uso di mucolitici
- ispezione del cardias in retrovisione (ernia iatale)

STATEMENT 6

Il campionamento bioptico dovrebbe essere effettuato su tutte le alterazioni visibili della mucosa. Inoltre dovrebbero essere effettuate biopsie random nei 4 quadranti ogni 2 cm del segmento di Barrett iniziando dall'estremo prossimale delle pliche gastriche. Le biopsie di ogni livello dovrebbero essere separate ed inviate all'anatomopatologo in contenitori differenti.

STATEMENT 7

L'intervallo di sorveglianza in assenza di displasia dipende dalla lunghezza del segmento di Barrett:

Linea Z irregolare/epitelio colonnare < 1 cm: non sorveglianza endoscopica.

Massima estensione di Barrett ≥ 1 cm e < 3 cm >: 5 anni

Massima estensione di Barrett 3-10 cm: 3 anni.

I pazienti con estensione massima di Barrett > 10 cm dovrebbero essere indirizzati, per la sorveglianza endoscopica, ad un centro esperto in Esofago di Barrett.

Il paziente che ha raggiunto l'età di 75 anni al tempo della sua ultima gastroscopia di sorveglianza, senza precedenti evidenze di displasia, non dovrebbe essere sottoposto ad ulteriori endoscopie di sorveglianza.

- Estensione del BE fattore predisponente l'evoluzione maligna. BE \geq 10 cm rischio paragonabile ai pz con diagnosi confermata di LGD.
- Cut off dell'età arbitrario (valutare caso per caso)
- No controllo dopo 1 anno se prima EGDS diagnostica eseguita secondo gli standard descritti

STATEMENT 8

La terapia endoscopica profilattica (ad es. termoablazione) per Esofago di Barrett non neoplastico non dovrebbe essere effettuata.

Basso rischio medio di sviluppo di neoplasia (0,3% anno).

STATEMENT 9

La diagnosi di qualsiasi grado di displasia (inclusa anche “displasia indefinita”) in Esofago di Barrett necessita di conferma da parte di un anatomopatologo esperto in Gastroenterologia.

Gran parte dei pz con iniziale diagnosi di LGD vanno incontro ad un suo ridimensionamento da parte di patologi esperti (BE non displastico)

STATEMENT 10

I pazienti con diagnosi di “displasia indefinita” confermata da un secondo patologo esperto in Gastroenterologia dovrebbero ottimizzare la terapia antireflusso e ripetere l'esame endoscopico dopo 6 mesi. Se è descritta displasia non definita in campioni bioptici successivi, (incluse le biopsie di nuovo classificate come “indefinite per displasia”) la sorveglianza dovrebbe seguire le raccomandazioni di BE non displastico.

STATEMENT 11

I pazienti con lesioni visibili in Esofago di Barrett diagnosticate come displasia o early cancer dovrebbero essere indirizzati ad un centro esperto in Esofago di Barrett. Tutte le anomalie visibili, indipendentemente dal grado di displasia, devono essere asportate mediante tecniche di resezione endoscopica al fine di ottenere una ottimale stadiazione istopatologica.

STATEMENT 12

I pazienti con evidenza di displasia di basso grado (LGD) alle biopsie random confermata da un secondo anatomopatologo esperto in Gastroenterologia, devono essere indirizzati ad un centro esperto in Esofago di Barrett. È raccomandato un intervallo di sorveglianza di 6 mesi dopo diagnosi confermata di LGD.

1. se al controllo dopo 6 mesi non è presente displasia, l'intervallo può essere allungato ad 1 anno. Dopo 2 esami endoscopici consecutivi negativi per displasia, è indicata la sorveglianza endoscopica standard per pazienti con Esofago di Barrett senza displasia.
2. se è confermata la diagnosi di displasia di basso grado nei successivi esami endoscopici, dovrebbe essere proposta l'ablazione endoscopica.

- Nel 30 % dei pz con diagnosi di LGD confermata ad un esame, non si riscontra ai successivi controlli. Pertanto un unico riscontro di LGD non giustifica la terapia ablativa.
- Se si riconferma la LGD e viene documentata a multipli livelli proporre ablazione con radiofrequenza.

STATEMENT 13

I pazienti con displasia di alto grado (HGD) confermata da un secondo patologo esperto in Gastroenterologia, dovrebbero essere indirizzati ad un centro esperto in Esofago di Barrett. Nel centro specializzato dovrebbe essere ripetuta una EGDS ad alta definizione in accordo con le seguenti linee guida:

1. tutte le anomalie visibili dovrebbero essere asportate con tecniche di resezione endoscopica per un adeguato staging istopatologico
2. se non sono visibili lesioni sospette per displasia dovrebbero essere effettuate biopsie random nei 4 quadranti; se queste biopsie risultano negative per presenza di displasia l'EGDS va ripetuta a 3 mesi. Se invece queste biopsie confermano la presenza di HGD è raccomandata l'ablazione endoscopica, preferibilmente con RFA.

La HGD su mucosa piatta è rara (in meno del 20 % dei pz).

Pensare piuttosto a:

- Lesioni non riconosciute
- Sovra-stadiazione del patologo

STATEMENT 14

La resezione endoscopica é la terapia di prima scelta per l'early cancer T1a.

EAC associato sempre ad alterazione endoscopica visibile.

Resezione endoscopica a fini diagnostici e terapeutici

STATEMENT 15

In pazienti con adenocarcinoma esofageo T1b, la strategia di trattamento ottimale dipende dalle caratteristiche istopatologiche del campione asportato con resezione endoscopica. La resezione endoscopica può essere una valida alternativa alla chirurgia ed è raccomandata in pazienti con indicazione chirurgica borderline, se il campione presenta tutti i seguenti criteri:

1. invasione sottomucosa < 500 micron
2. grado di differenziazione: ben differenziato o moderatamente differenziato
3. assenza di invasione nei vasi ematici o linfatici
4. assenza di infiltrazione dei margini profondi di resezione

T1b

Rischio di mts
Ln <2%

STATEMENT 16

Dopo la resezione endoscopica di alterazioni visibili con ogni grado di displasia o presenza di neoplasia, é necessaria l'eradicazione completa del restante epitelio di Barrett, preferibilmente con RFA.

Tassi di recidiva dopo asportazione endoscopica da 15 al 30% se Barrett residuo non trattato.

ID:

Name:

Site:

App:

P.O.R.:

07/04/2015

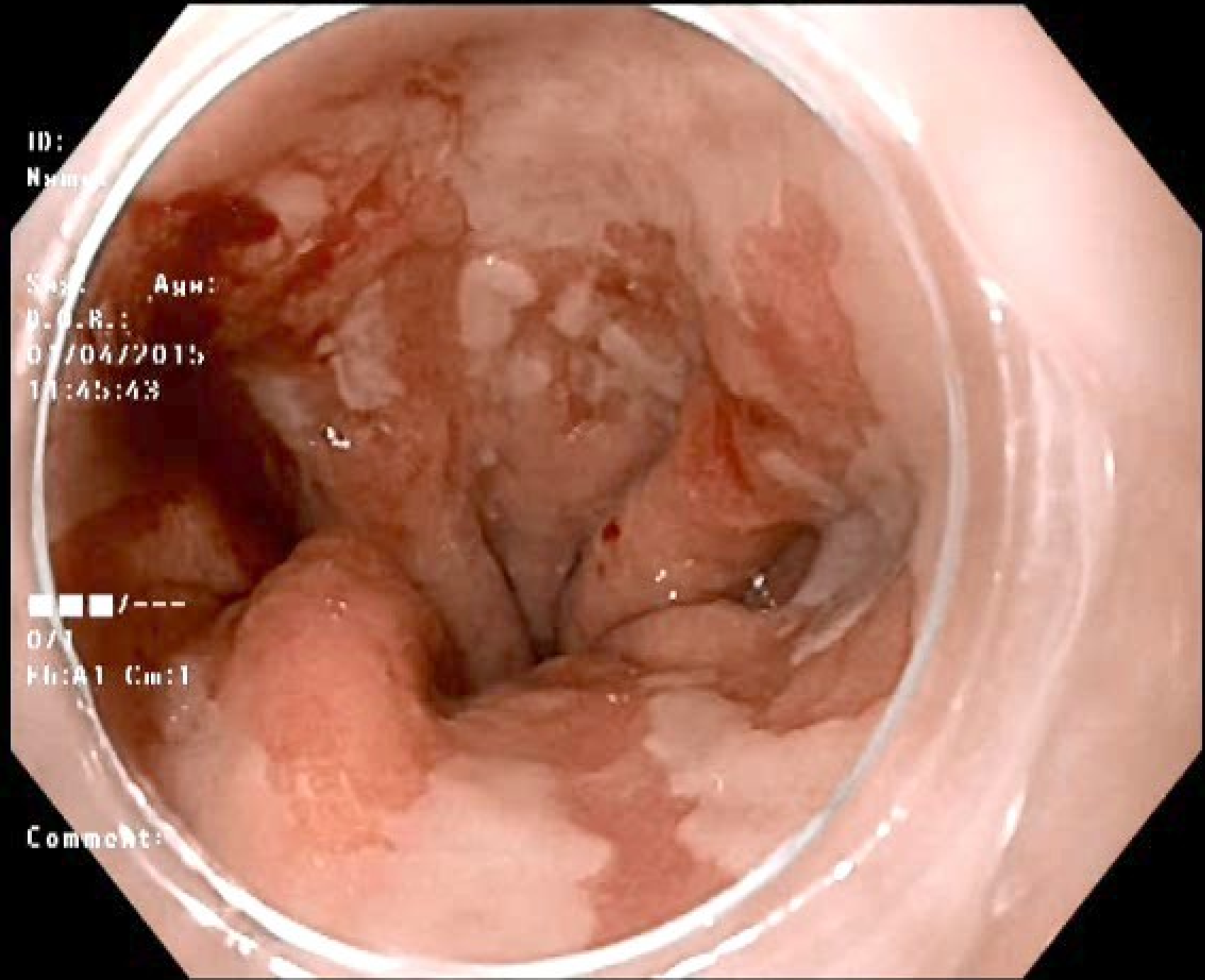
11:43:43

■ ■ ■ / ---

0/1

Fl:A1 Cm:1

Comment:



ID:

Name:

Sex: Age:

D.O.B.:

01/04/2015

11:37:57

■■■■ / ---

0/1

Eh:B7 Cm:1

Comment:

NBI

Near

Focus

