

A dark blue, irregular ink splatter shape is centered on a white background. The splatter has a textured, brush-like appearance with various shades of blue and some white highlights. The text is centered within this shape.

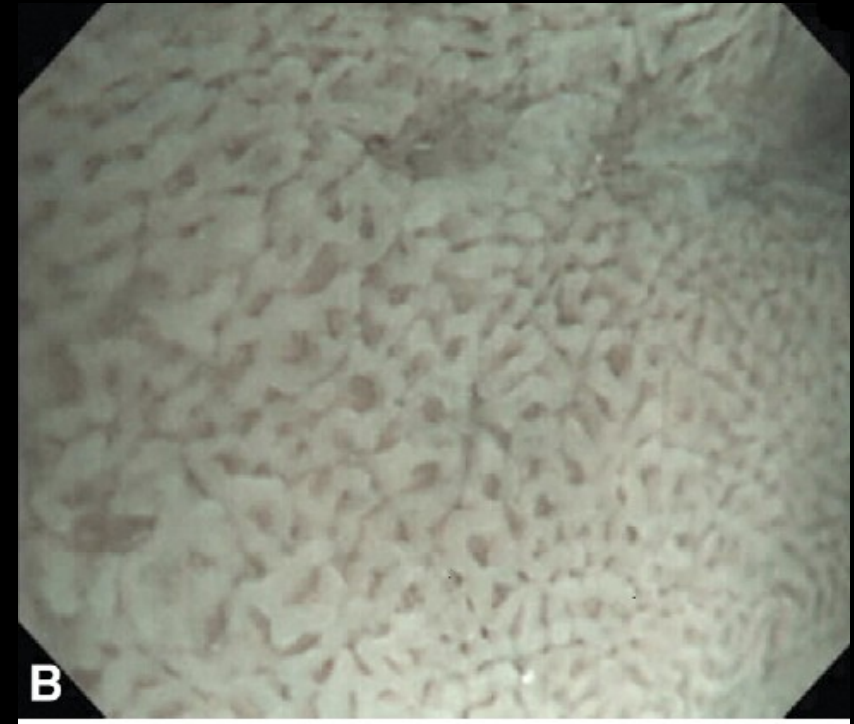
ESOFAGO DI BARRETT: TERAPIA ENDOSCOPICA

Franco Coppola 15.10.2019

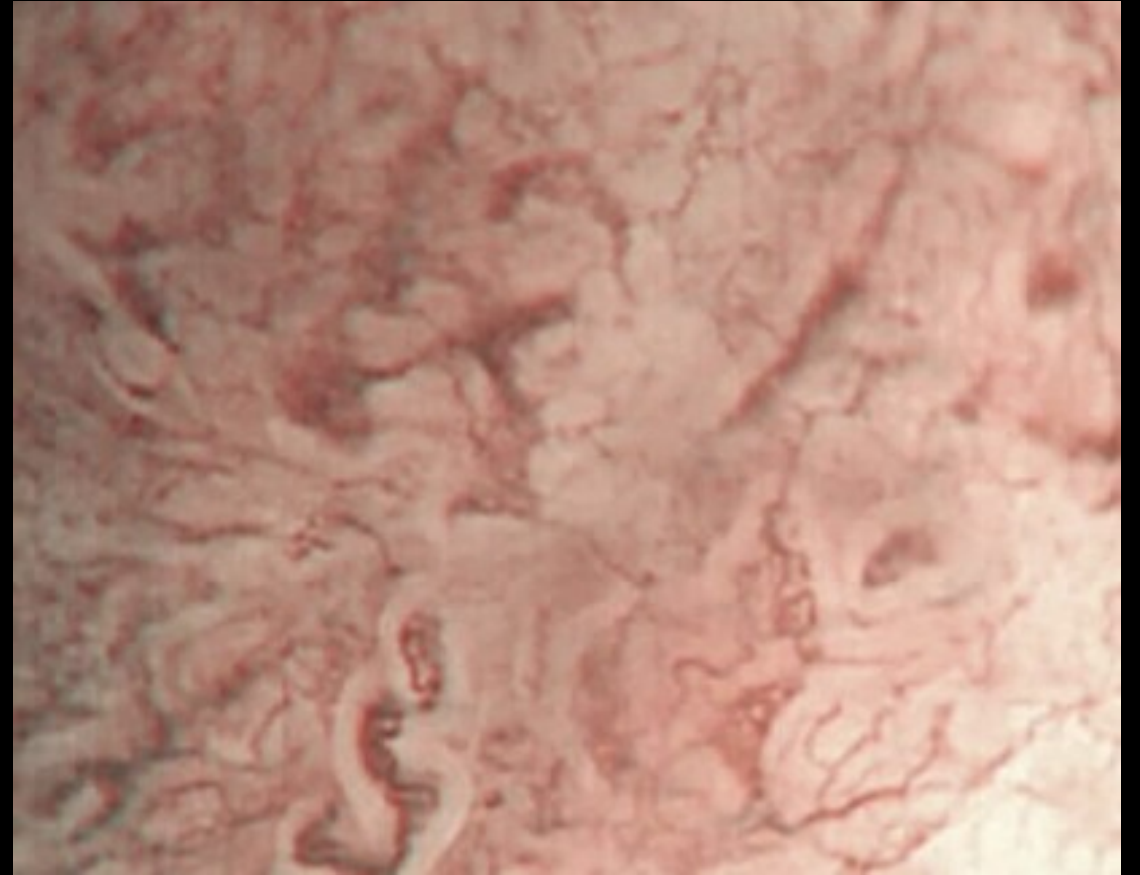
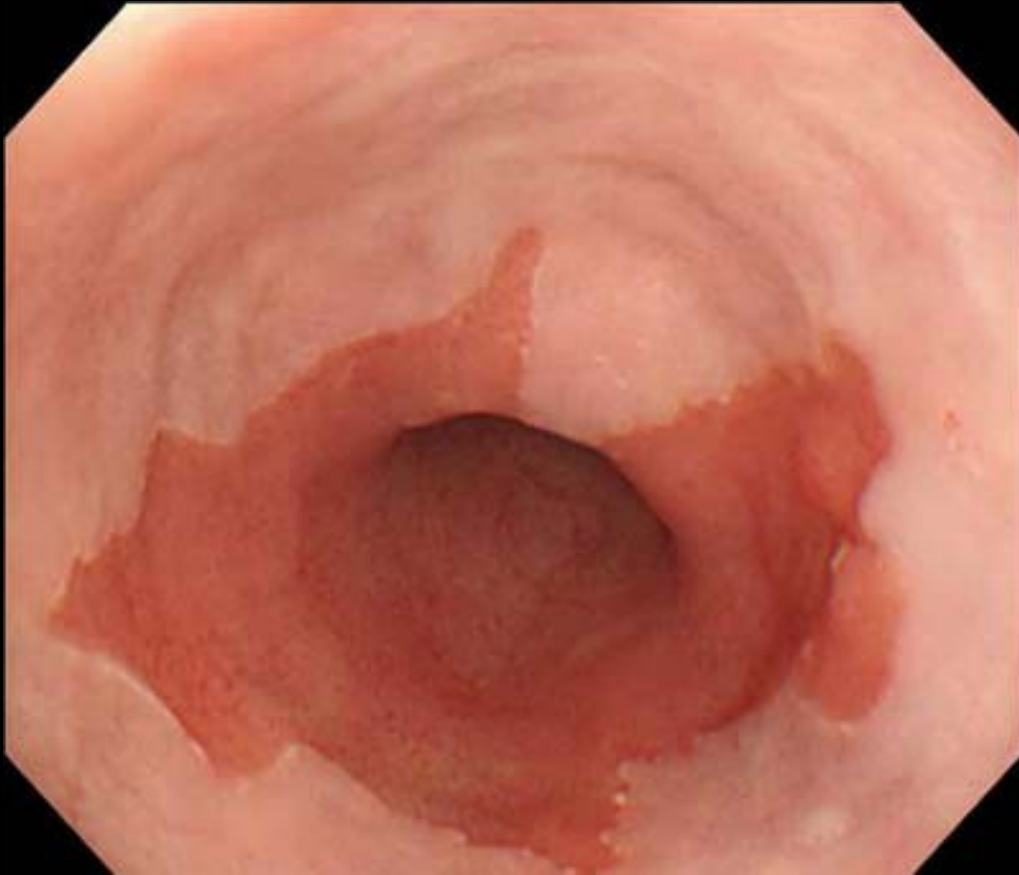
ESOFAGO DI BARRETT SENZA DISPLASIA

- Il rischio medio di sviluppare una neoplasia in pazienti senza displasia è circa 0,3% per anno
- La terapia endoscopica profilattica non è indicata
- Bisognerebbe trattare un numero troppo elevato di pazienti per prevenire un solo tumore
- Costi elevati delle procedure

METAPLASIA INTESTINALE: VISIONE ENDOSCOPICA



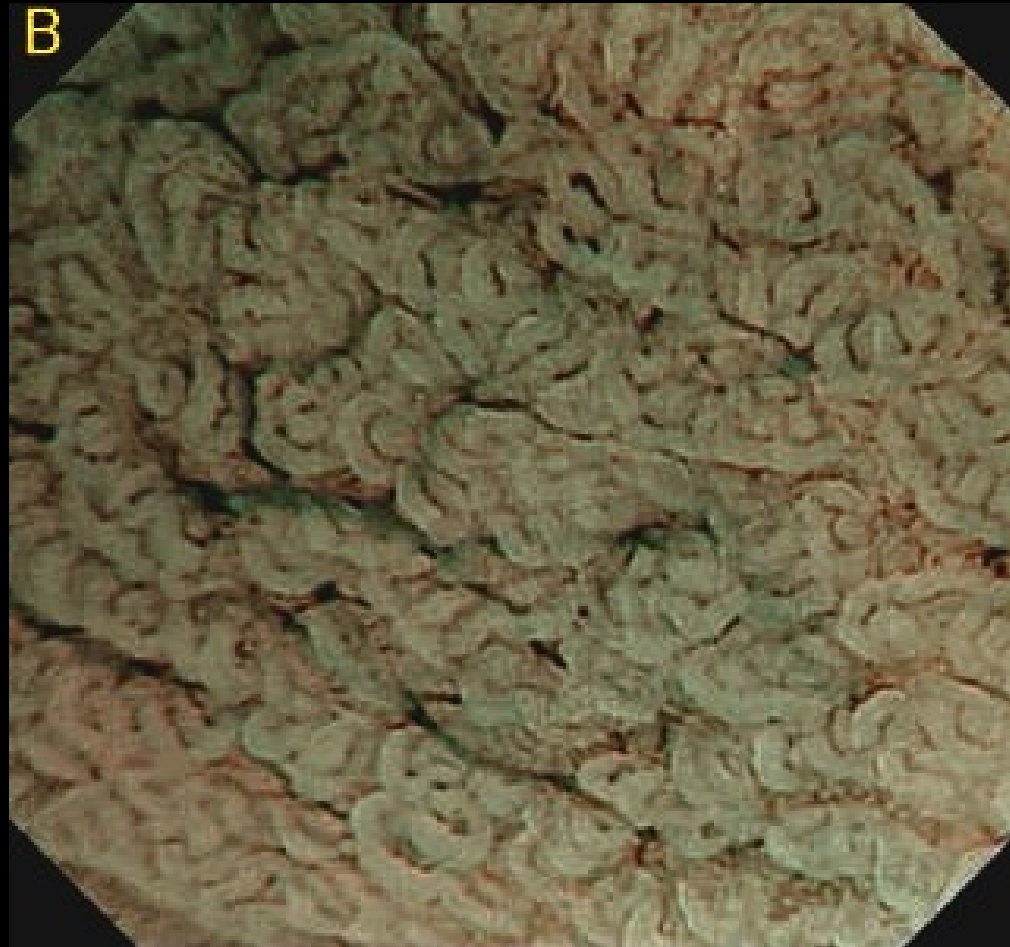
HGD VISIONE ENDOSCOPICA



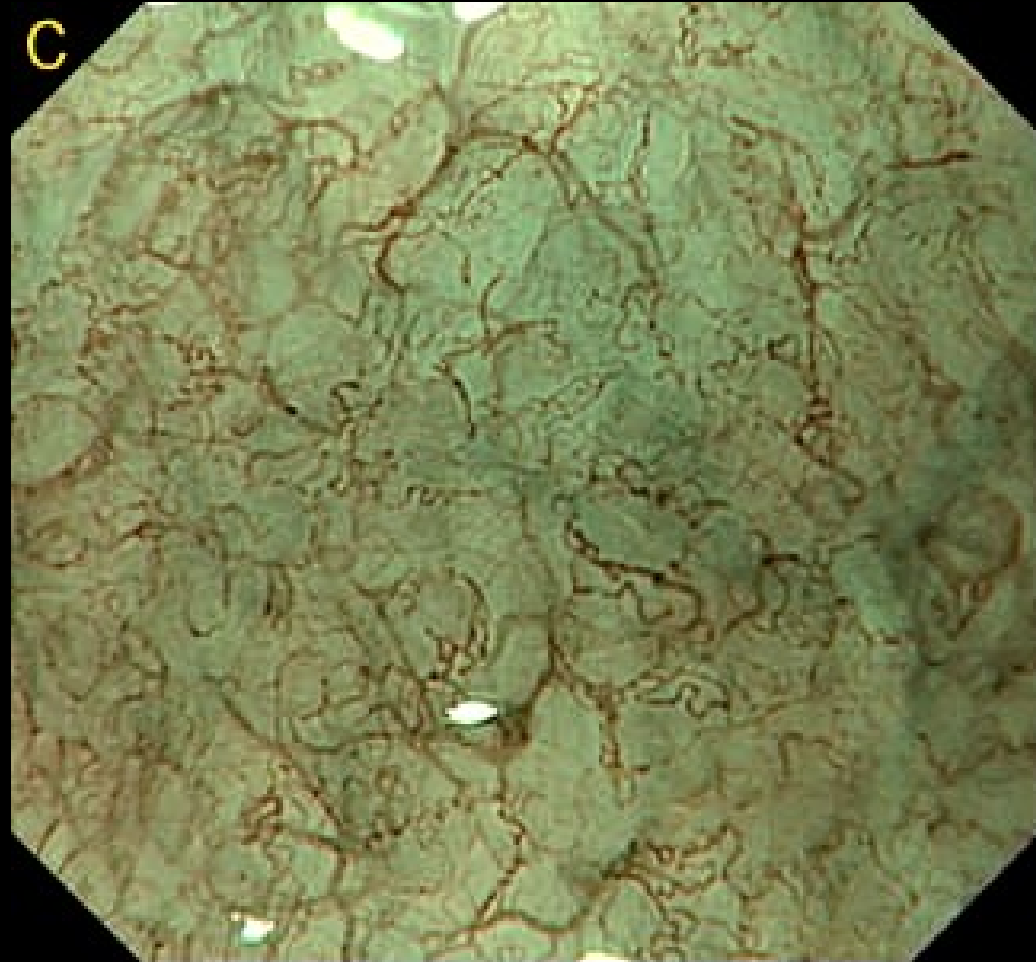
TIPO A: GHIANDOLE ROTONDEGGIANTE (ROUND PITS) CON REGOLARE MICROVASCOLARIZZAZIONE



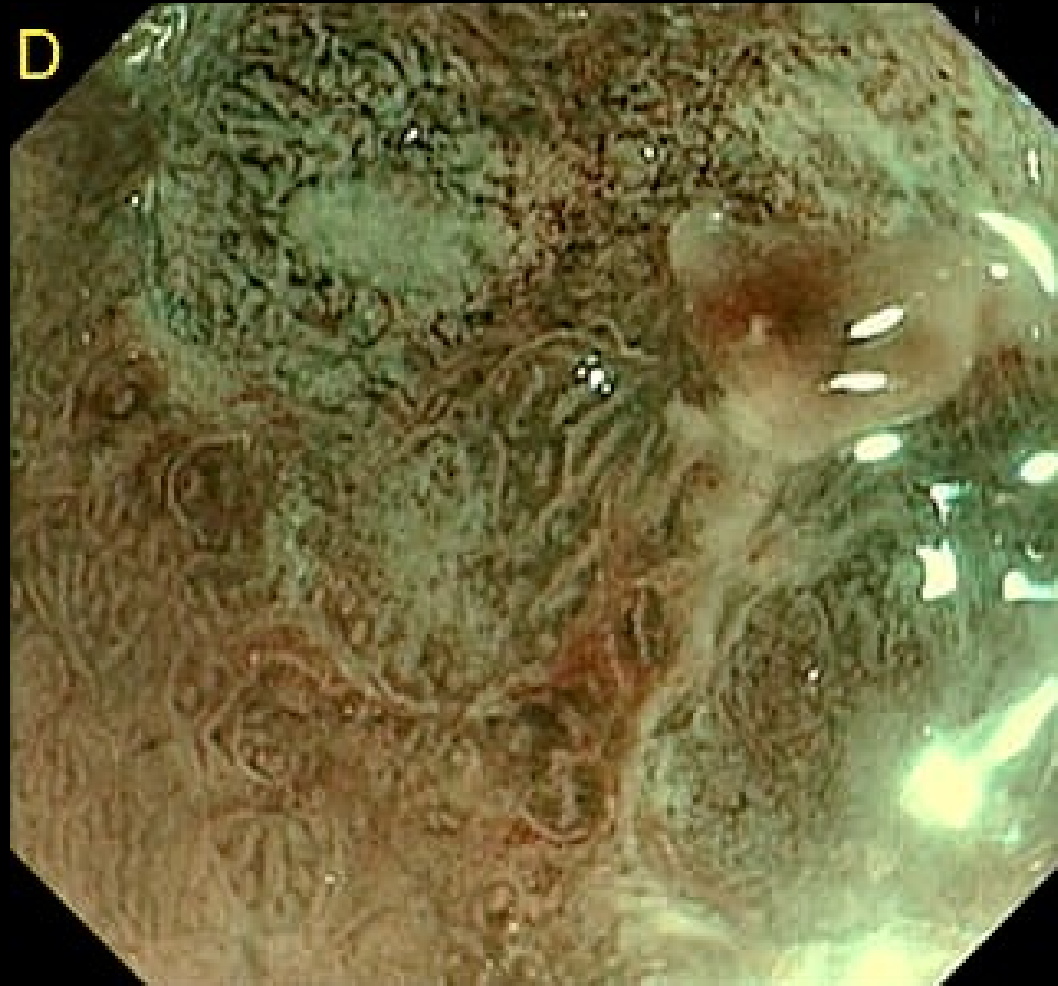
TIPO B: GHIANDOLE DI ASPETTO VILLOSO CON REGOLARE MICROVASCOLARIZZAZIONE



TIPO C: GHIANDOLE ASSENTI CON REGOLARE MICROVASCOLARIZZAZIONE



TIPO D:GHIANDOLE DISTORTE CON MICROVASCOLARIZZAZIONE IRREGOLARE



EARLY ESOPHAGEAL CANCER (EEC)



RACCOMANDAZIONI ESGE 2017

- Statement n. 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

RAZIONALE RACCOMANDAZIONI ESGE

- 30% delle LGD non viene confermata al successivo esame endoscopico
- Un'unica diagnosi di LGD non confermata non giustifica una terapia ablativa
- Biopsie random non assicurano la possibilità di rilevare LGD considerata l'esiguità della superficie esaminata con le biopsie
- Anche gli strumenti ad alta definizione non consentono in genere di evidenziare LGD

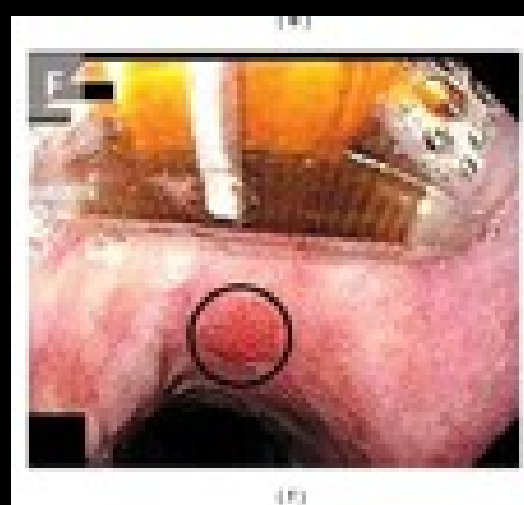
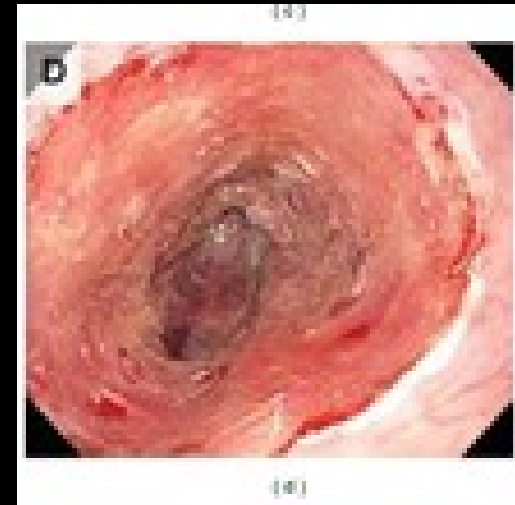
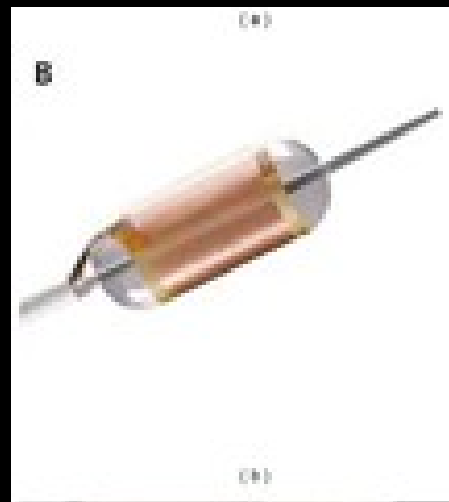
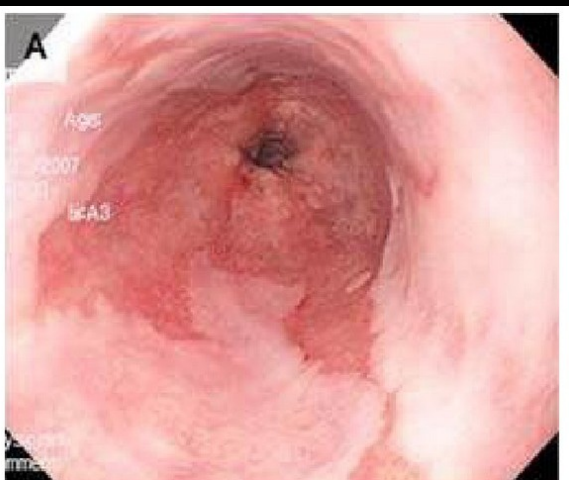
BARRETT CON DISPLASIA LIEVE

- La displasia lieve vera non regredisce
- Il rischio di progressione di LGD a HGD o Adeno-ca va dal 20 al 40% nell'arco di 3-5 anni
- ASL Città di Torino: diagnosi di LGD fatta o confermata da un patologo esperto > **terapia ablativa**
- Elevata responsabilità del patologo

TERAPIA ABLATIVA

- Consiste nel distruggere la mucosa di Barrett mediante:
 - **Corrente di radiofrequenza (RFA)**
 - Argon Plasma Coagulation (APC)
 - Azoto liquido spray (pochi studi di confronto, f-up di breve durata).
Vantaggi teorici > minore profondità d'azione con conseguenti minori probabilità di stenosi
 - Terapia fotodinamica (PDT), abbandonata (effetti collaterali: fototossicità cutanea, elevata percentuale di stenosi esofagee)
- La RFA applica il principio del calore per distruggere gli strati superficiali della parete esofagea. Al momento è la tecnica più utilizzata e riconosciuta a livello internazionale, supportata da vasta letteratura

RFA



RFA CIRCONFERENZIALE: TECNICA

- Ablazione di lunghi tratti di mucosa di Barrett
- Paziente in sedazione profonda
- Acetil-cisteina viene spruzzata con un catetere sulla superficie mucosa per asportare il muco depositato sulle pareti
- Si rilascia un filo guida in seconda porzione duodenale e dopo rimozione dell'endoscopio si fa scorrere il catetere a palloncino in esofago
- Si introduce in esofago un gastroscopio per controllare la procedura sotto visione diretta

RFA CIRCONFERENZIALE

- Si posiziona il catetere in modo che la superficie erogante del pallone si venga a trovare in sede immediatamente prossimale all'estremità prossimale dell'area da ablare (tecnica upside-down)
- Si preme il pedale di gonfiaggio e il pallone si dilata fino a raggiungere il calibro desiderato (sensori di pressione)
- Raggiunto il calibro adeguato si eroga corrente sotto visione endoscopica
- Si sgonfia il pallone e si procede di circa 4 cm a valle (lunghezza del tratto erogante) ripetendo l'operazione
- Dopo il primo ciclo si estrae il pallone, si monta un cap sull'estremità dell'endoscopio e si fa uno scratching della mucosa ablata
- Si esegue quindi un secondo ciclo di ablazione

RFA-COMPLICANZE

- Dolore (media di 23 su una scala di 100)
- Stenosi > 5,6%
- Sanguinamento 1%
- Perforazioni 0,6%

SORVEGLIANZA POST RFA

- **LGD**: f-up endoscopico a 1 anno, 3 anni. In questi pazienti il rischio di sviluppare EAC è $<1/1000$ ad ogni nuova endoscopia di controllo
- **HGD**: f-up endoscopico a 3 mesi, 6 mesi, 1 anno. Ogni anno fino a 5 anni
- La maggior parte delle recidive si verifica in prossimità della giunzione squamo-colonnare, indipendentemente dalla precedente lunghezza del BE
- Le recidive più prossimali sono visibili endoscopicamente

SORVEGLIANZA POST-RFA

- Dove eseguire le biopsie:
- 6-8 biopsie entro 2 cm dalla giunzione
- Biopsie target su aree sospette alla semplice endoscopia in luce bianca
- Considerata la scarsa capacità di riconoscere la mucosa displastica a livello cardiale, si raccomanda di eseguire anche 4 biopsie della mucosa cardiale a valle della giunzione squamo-colonnare

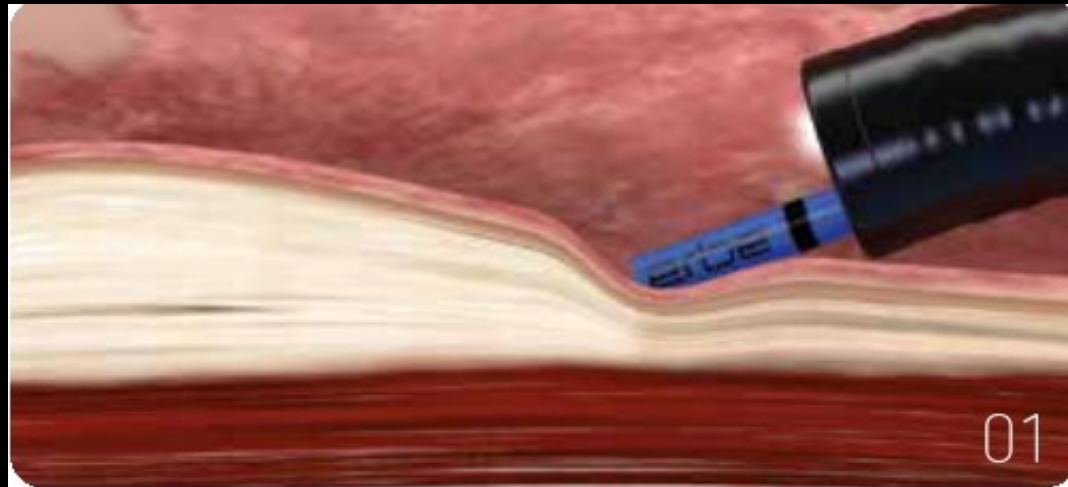
BURIED BE POST-RFA

- Buried BE (recidiva sottosquamosa), circa 4% dopo RFA, difficilmente diagnosticabile senza l'uso di pinze Jumbo
- Buried BE generalmente non è displastico
- Se diagnosticato > ritrattamento
- RFA in caso di recidiva su biopsie random
- EMR in caso di recidiva su lesione visibile

RECIDIVA SU ESOFAGO TUBULARE POST RFA

- La recidiva su esofago tubulare è circa 8-10% per paziente ogni anno
- La maggior parte sono non displastiche
- Fattori di rischio:
 - **LGD** pre-trattamento: 8% di recidive
 - **HGD** pre-trattamento: 13% di recidive
- Altri possibili fattori di rischio: lunghezza BE pre-trattamento, dimensioni ernia iatale, età

HYBRID-APC COME ALTERNATIVA A RFA NELLE RECIDIVE E NEL BARRETTT CORTO



An ablation zone forms after the APC application



After therapy the mucosa is completely restored

RIDURRE IL RISCHIO DI RECIDIVA

- PPI a dosi standard o massimali
- Funduplicatio sembra avere un effetto protettivo nei confronti della recidiva di BE

DISPLASIA DI ALTO GRADO-HGD (ESGE 2017)

- Statement n. 13
- I pazienti con displasia di alto grado (HGD) confermata da un secondo patologo esperto in Gastroenterologia, dovrebbero essere indirizzati in centri specializzati nel trattamento dell'Esosfago 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 (compresa LGD) 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**

HGD SU MUCOSA PIATTA

- **HGD** «dovrebbe» essere riconosciuta anche su aree non rilevate: ricerca minuziosa di alterazioni mucose che spesso corrispondono a zone di displasia severa
- Utilizzo di endoscopi ad alta definizione e di supporti tecnologici (colorazioni virtuali: NBI, FICE, I-Scan)
- Uso di sostanze chimiche: acido acetico al 2-3%
- Ogni sforzo deve essere fatto per mettere in evidenza o confermare la presenza di HGD

CONSEGUENZE DI RFA SU HGD NON RICONOSCIUTA ENDOSCOPICAMENTE

- Le linee guida ESGE consigliano RFA in caso di HGD non riconosciuta su mucosa piatta
- L'assenza di alterazioni visibili in pazienti con HGD dipende spesso da lesioni non riconosciute o da un over-staging del patologo
- RFA su una lesione non riconosciuta pone il paziente a rischio di sviluppare buried-cancer che ha la potenzialità di accrescersi in profondità

GESTIONE DI HGD NON VISIBILE NELLA NOSTRA ESPERIENZA

- Il protocollo di Seattle prevede l'esecuzione di biopsie sui 4 quadranti ogni 2 cm
- La prima endoscopia che fa diagnosi di HGD individua quindi il livello anche se non esattamente il punto in cui è situata l'area di displasia
- Nel corso della seconda endoscopia (eseguita nel centro di riferimento) se la displasia non viene riconosciuta, ogni biopsia eseguita al livello dell'HGD va posizionata in un bocchetto differente (ore 3,6,9,12)
- Se HGD viene confermata, nella procedura successiva si eseguirà EMR mirata
- Se HGD non è confermata, previo secondo parere istologico sul primo referto istologico, si procederà a EMR circonferenziale mirata sul livello in cui è stata fatta diagnosi di displasia

RACCOMANDAZIONI ESGE 2017

- Statement n. 14
- **La resezione endoscopica** è la terapia di prima scelta per l'early cancer T1A
- La diagnosi di adenocarcinoma è sempre associata a un'alterazione endoscopica visibile, che richiede la resezione endoscopica per stadiazione e trattamento

RACCOMANDAZIONI ESGE 2017

- Statement n. 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 border-line, 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

RACCOMANDAZIONI ESGE 2017

- Statement n. 16
- Dopo la resezione endoscopica di alterazioni visibili con ogni grado di displasia o presenza di neoplasia, è necessaria l'eradicazione completa del restante epitelio di Barrett, preferibilmente con RFA