L'esofago di Barrett

Data 29 luglio 2010
Categoria gastroenterologia

Una breve messa a punto sull'esofago di Barrett.

Cos'è l'esofago di Barrett?
L'esofago di Barrett consiste in una trasformazione metaplastica della giunzione gastroesofagea. Questa giunzione, ben evidente all'endoscopia, è formata da un epitelio di transizione tra l'epitelio squamoso (mucosa rosea) dell'esofago e quell colonnare (mucosa rossa) rossa dello stomaco. A seconda della lunghezza del segmento metaplastico si parla di Barrett corto (< 3 cm) o Barrett lungo (>= 3 cm).
La condizione viene evidenziata endoscopicamente in quanto normalmente la linea di transizione si trova appena al di sopra dello stomaco mentre nel Barrett è posta più prossimalmente. L'esame istologico conferma la metaplasia ed evidenzia eventuali zone di displasia.

Quanto è frequente?
La prevalenza nella popolazione generale è stimata attorno al 1,5-5% circa, mentre nei pazienti con reflusso gastroesofageo è molto più frequente (circa 10-15%).

Qual è il rischio dell'esofago di Barrett?
L'esofago di Barrett può andare incontro ad alterazioni di tipo displastico di grado più o meno elevato ed evolvere verso l'adenocarcinoma. Si calcola che il rischio di sviluppare un cancro gastroesofageo, in questi pazienti, sia circa 30-40 volte maggiore rispetto a chi non è affetto da questa condizione. Recentemente si è visto, comunque, che il rischio di evoluzione in cancro sembra minore di quanto ipotizzato e non superiore allo 0,5% all'anno nel caso non vi siano alterazionidisplastiche.

Quale monitoraggio è raccomandato per l'esofago di Barrett?
Mancano studi clinici randomizzati e controllati che abbiano dimostrato che la sorveglianza endoscopica periodica riduce la mortalità. Tuttavia vi è consenso generale a sottoporre i pazienti con esofago di Barrett ad un monitoraggio periodico con esofagogastroscopia e biopsie sistematiche nei quattro quadranti effettuate ogni 2 cm.
Dopo la diagnosi viene consigliata un' endoscopia dopo un anno in caso di assenza di displasia. Se l'esame è ancora negativo per presenza di displasia l'intervallo dell'endoscopia può essere di circa 2-3 anni.
In caso di displasia lieve si consiglia un esame dopo 6 mesi circa. Se si riconferma la presenza di una displasia lieve si può controllare, in seguito, ogni anno.
Nel decidere l'intervallo fra un esame e l'altro va tenuto conto, però, dell'età del paziente, delle morbilità coesistenti e della sua aspettativa di vita.
In caso di displasia di alto grado il paziente va sottoposto ad ablazione endoscopica.
Se l'esame istologico evidenzia presenza di cellule neoplastiche limitate alla mucosa si può optare per l'abalzione endoscopica o l'intervento chirurgico, che invece è l'opzione di scelta di fronte ad una cancro invasivo.

Vi è una terapia medica per l'esofago di Barrett?
Non vi sono studi che abbiano dimostrato che la terapia antisecretiva con inibitori di pompa o H2 bloccanti riduca il rischio di trasformazione in adenocarcinoma. Gli inibitori di pompa vengono comunemente usati quando sono presenti sintomi di reflusso gastroesofageo. L'intervento di plastica antireflusso ha le stesse indicazioni che vengono poste nei pazienti con GERD ma senza esofago di Barrett (in pratica soggetti che non rispondono alla terapia medica ottimale). Non vi sono dati per affermare che l'intervento antireflusso riduca il rischio oncologico rispetto alla terapia medica.

RenatoRossi

Referenze

1. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=2918
2. Hirota WK et al. Standards of Practice Committee, American Society for Gastrointestinal Endoscopy. ASGE guideline: the role of endoscopy in the surveillance of premalignant conditions of the upper GI tract. Gastrointest Endosc 2006 Apr;63:570-80.
3. Sharma P. Barrett's Esophagus. N Engl J Med 2009 Dec 24: 361: 2548-2556

© 2004 - 2026 Pillole - Registrazione T. di Roma n. 2/06 | stampato il 20/11/2026 alle ore 23:34 | Pagina 1 di 1