

# Mucosectomia endoscopica circonfferenziale in esofago di Barrett con displasia di alto grado

Un uomo di 68 anni con pregressa diagnosi di esofago di Barrett (EB) effettuata 3 anni prima presso un altro centro, è giunto al nostro Servizio per sottoporsi ad una endoscopia di controllo.

Il paziente non riferiva sintomi da reflusso ed era in trattamento con inibitori di pompa protonica (IPP - rabeprazolo 20 mg/die) sin dal momento della diagnosi.

- Sabrina Bianchi
  - Rodolfo Bastardini
  - Claudio Bilardi
  - Massimo Picasso
  - Marcello Di Muzio
  - Massimo Conio
- *Unità Operativa di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva Ospedale di Sanremo Sanremo (IM)*
- *Divisione di Anatomia Patologica Ospedale di Sanremo Sanremo (IM)*

L'esame endoscopico ha rilevato la presenza di un'ernia iatale di circa 3 cm ed un EB circonfenziale, con alcune lingule prossimali: lunghezza massima di 5 cm; classificazione di Praga: C3 M2 (1) come si evince dalla (figura 1).

La mucosa metaplastica non presentava aree irregolari. L'esame è stato completato utilizzando la cromoendoscopia con blu di metilene (BM) (figura 2) e successivamente la Narrow Band Imaging (figura 3). Entrambe le metodiche non hanno evidenziato aree sospette su cui indirizzare biopsie mirate.

Sono state eseguite 4 biopsie a quadrante per tutta l'estensione dell'EB.

L'esame istologico ha confermato la diagnosi di EB ed identificato la presenza di displasia di alto grado (HGD) in 2 differenti biopsie. Per un completamento

diagnostico il paziente è stato sottoposto ad ecoendoscopia che non ha rilevato alterazioni mucose, né la presenza di linfonodi periesofagei di aspetto patologico. Il paziente ha rifiutato di sottoporsi ad intervento chirurgico, nonostante un'esauriente spiegazione sul rischio di un'eventuale recidiva e comparsa di metastasi, accettando di sottoporsi ad una resezione endoscopica. L'endoscopia è stata eseguita con assistenza anestesiológica in sedazione profonda con propofol. È stata effettuata una resezione mucosa endoscopica (EMR) circonfenziale usando la tecnica del "cappuccio". Questa tecnica prevede il posizionamento sulla punta dell'endoscopio di un cappuccio di plastica trasparente al cui interno è presente una scanalatura sulla quale viene adagiata e aperta un'ansa diatermica monofilamento.



Iniziative Formative

Caso clinico

fig. 1

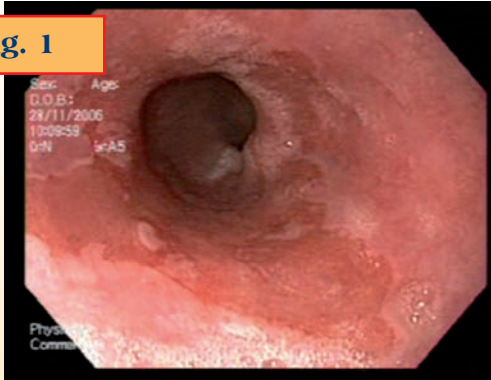


fig. 2

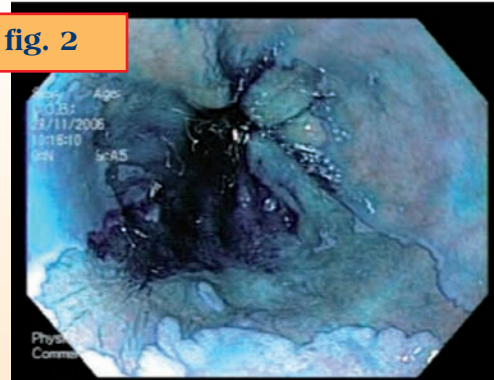


fig. 3

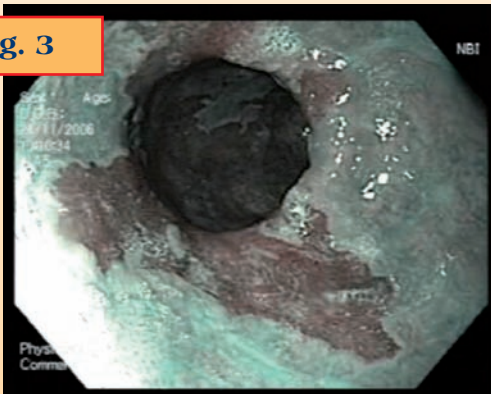


fig. 5

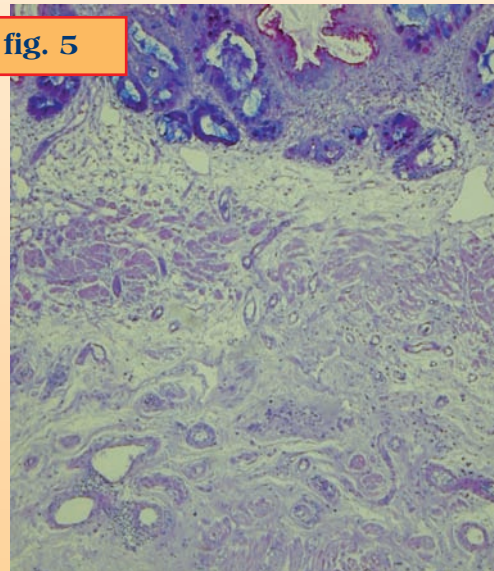


fig. 4

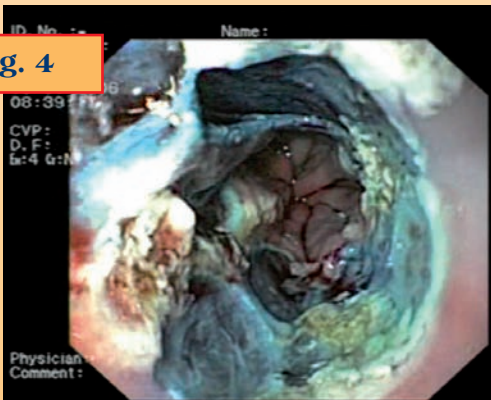


fig. 6

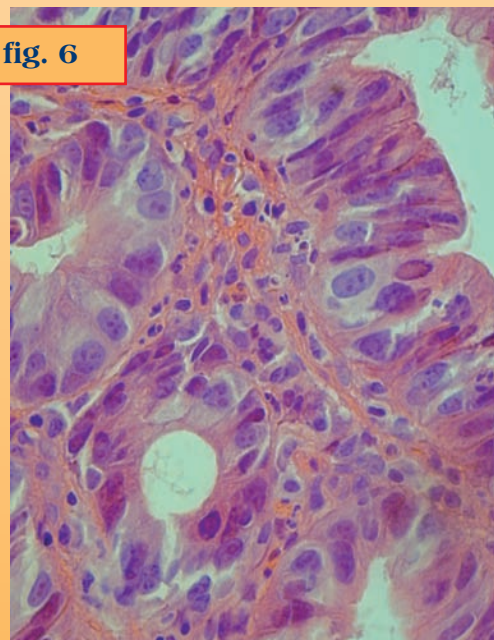
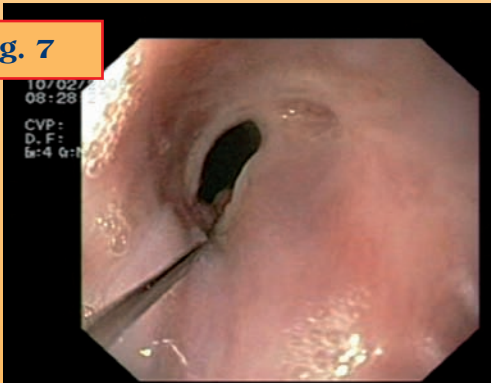


fig. 7



Dopo aver effettuato un'iniezione sottomucosa di soluzione fisiologica e adrenalina (1:100.000), con l'aggiunta di una minima quantità di BM, per favorire lo scollamento della mucosa e ridurre il rischio di complicanze quali il sanguinamento e la perforazione, la mucosa viene aspirata all'interno del cappuccio, serrata dall'ansa e quindi resecata. La procedura è stata portata a termine in un'unica seduta, senza complicanze immediate (**figura 4**).

Sono stati recuperati 32 pezzi, di diametro compreso tra 8 e 12 mm. L'esame istologico ha evidenziato frammenti con mucosa, sottomucosa, muscolaris mucosae e rari fasci di tonaca muscolare propria. Inoltre era presente una mucosa metaplasica con secrezione di mucine acide (blue) e basiche (reddish-purple) (**figura 5**). In altri frammenti erano invece presenti ghiandole metaplasiche con HGD, rivestite da cellule cuboidali atipiche, con parziale perdita della polarizzazione cellulare, contenenti nuclei ingranditi, vescicolosi e prominente nucleolo (**figura 6**).

Al paziente sono stati somministrati IPP per via endovenosa per 48 ore e successivamente 40 mg/die di rabeprazolo per via orale. Dopo le prime 24 ore di digiuno assoluto, è stata consigliata una dieta liquida, mantenuta nella settimana successiva alla procedura, seguita dalla ripresa di una dieta normale.

Due settimane dopo la dimissione, il paziente ha accusato la comparsa di disfagia per i solidi. Si è comunque deciso di eseguire l'endoscopia dopo 4 settimane, per favorire la cicatrizzazione ed evitare complicanze legate ad una precoce dilatazione. L'esame ha rivelato una minima stenosi in corrispondenza della giunzione esofagogastrica (**figura 7**), che impediva il passaggio dello strumento standard. La stenosi è stata agevolmente risolta nella stessa seduta, impiegando i dilatatori di Savary.

Il successivo follow-up endoscopico è stato effettuato a 3, 6, 9 e 12 mesi. L'endoscopia ha evidenziato una completa riepitelizzazione squamosa dell'esofago confermata dall'esame istologico.

## Conclusioni

La EMR circonfrenziale si è rivelata essere utile nella stadiazione e nel trattamento radicale delle lesioni neoplastiche superficiali (HGD ed adenocarcinoma intramucoso) endoscopicamente visibili e come nel nostro caso, anche di quelle "non visibili", insorte in EB. A tutt'oggi l'esperienza relativa all'EMR circonfrenziale riportata in letteratura è limitata (2-6). Questo ti-

po di trattamento potrebbe essere applicato in quei pazienti con HGD non identificabile all'endoscopia, insorta in un BE di lunghezza  $\leq 5$  cm, che per presenza di malattie concomitanti, non possono essere sottoposti ad intervento chirurgico radicale. Inoltre ha il vantaggio di fornire una adeguata quantità di materiale tissutale che consente di effettuare una diagnosi istologica ottimale. In considerazione degli ottimi risultati a medio-lungo termine dell'EMR che iniziano ad essere riportati in letteratura, questa terapia potrà essere utilizzata in tutti i pazienti con HGD ed adenocarcinoma e non soltanto in quelli giudicati inadatti alla terapia chirurgica radicale.

## Corrispondenza

Massimo Conio  
 C.so Garibaldi 187- 3  
 18038 Sanremo (IM)  
 Tel. +39 0184 536873  
 Fax +39 0184 536875  
 e-mail: mxconio@tin.it

## Bibliografia di riferimento

1. Sharma P, Dent J, Armstrong D et al. The development and validation of an endoscopic grading system for Barrett's esophagus: the Prague C 6 M criteria. *Gastroenterology* 2006; 131:1392-1399.
2. Seewald S, Akaraviputh T, Seitz U et al. Circumferential EMR and complete removal of Barrett's epithelium: a new approach to management of Barrett's esophagus containing high-grade intraepithelial neoplasia and intramucosal carcinoma. *Gastrointest Endosc* 2003; 57:854-859.
3. Giovannini M, Bories E, Pesenti C et al. Circumferential endoscopic mucosal resection in Barrett's esophagus with high-grade intraepithelial neoplasia or mucosal cancer. Preliminary results in 21 patients. *Endoscopy* 2004; 36:782-787.
4. Peters FP, Kara MA, Rosmolen WD et al. Stepwise radical endoscopic resection is effective for complete removal of Barrett's esophagus with early neoplasia: a prospective study. *Am J Gastroenterol* 2006; 101:1449-1457.
5. Sohendra N, Seewald S, Groth S et al. Use of modified multiband ligator facilitates circumferential EMR in Barrett's esophagus. *Gastrointest Endosc* 2006; 63:847-852.
6. Conio M, Ponchon T, Bianchi S et al. Endoscopic mucosal resection. *Am J Gastroenterol* 2006; 101:653-656.