

L'esofago di Barrett

Chi vi Cura

La *Barrett Unit* dello IOV è costituita da diverse figure professionali collegialmente coinvolte per fornire al paziente le migliori possibilità diagnostiche e terapeutiche oggi disponibili.

Vi fanno parte specialisti in *Gastroenterologia, Chirurgia Endoscopica e Chirurgi specializzati in Chirurgia dell'Esophago, Patologi, Internisti, Fisiopatologi e Biologi Molecolari.*

Per la diagnosi e la sorveglianza l'equipe medica si avvale delle strumentazioni più innovative oggi disponibili (alcune uniche in Italia), come i video endoscopi Zoom, a luce filtrata, ad auto fluorescenza per vedere la fluorescenza spontanea delle cellule tumorali o a laser confocale per vedere i tessuti ingranditi di 1.000 volte e valutare già durante l'esame in vivo le alterazioni strutturali delle cellule, gli ecoendoscopi con sonde ad alta frequenza e software di ricostruzione tridimensionale.

Un ambulatorio multidisciplinare è attivo il Giovedì mattina dalle ore 9 alle ore 12.

Tutti i casi vengono discussi collegialmente dalla Barrett Unit con l'eventuale coinvolgimento del medico curante del paziente.

Per contattarci:

Segreteria: Tel. 049.821 5544
Fax 049.821 1707
e-mail: barrett@ioveneto.it

ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO I.R.C.C.S

BARRETT UNIT

S.O.S. BARRETT
049.821 5544

Tutti i giorni lavorativi dalle ore 10 alle 13 un operatore risponderà a questo numero, registrerà il vostro quesito e risponderà alle domande di tipo organizzativo mentre per i quesiti di tipo medico sarete richiamati nel più breve tempo possibile da un medico dell'Unità

Dove siamo:

Istituto Oncologico Veneto
Via Gattamelata, 64
35128 Padova

Come raggiungerci:

In auto: uscita autostrada Padova Est direzione Ospedali (Parcheggio a lato Autosilos)
In treno: dalla Stazione Ferroviaria autobus n° 06 fermata Ospedale Civile, proseguire a piedi fino alla rotonda e girare a sinistra in via Gattamelata

Per prenotare:

Per telefono: call center **840 000 664** richiedendo una visita per Esofago di Barrett (ambulatorio Mercoledì, Giovedì, Venerdì)
Di persona: sportello prenotazioni CUP al piano rialzato con lo stesso tipo di richiesta

Il 5 per mille per la crescita dell'Istituto Oncologico Veneto - I.O.V. E' un atto volontario, non costa nulla e non sostituisce l'8 per mille. Inserisci il codice fiscale 04074560287 dello I.O.V. nel riquadro RICERCA SANITARIA.



**ISTITUTO ONCOLOGICO
VENETO I.R.C.C.S**



L'ESOFAGO DI BARRETT

BARRETT UNIT

Gruppo di studio multidisciplinare
per la diagnosi e la terapia
dell'esofago di Barrett



Segreteria : Tel 049.8215544 - Fax 049.8211707
e-mail: barrett@ioveneto.it

Cos'è e perché si sviluppa

L'esofago di Barrett è una alterazione patologica della mucosa esofagea che viene sostituita da mucosa intestinale in presenza di un reflusso gastro-esofageo cronico.

Per il contatto prolungato con il reflusso acido prima la mucosa si infiamma con formazione di ulcere e con sintomatologia caratterizzata da "bruciore di stomaco", dolore toracico, acido in bocca, poi l'epitelio tenta di difendersi trasformandosi in mucosa di tipo intestinale; in questa fase i sintomi generalmente scompaiono. Questa nuova mucosa si chiama metaplasia intestinale o *esofago di Barrett*.

Tale trasformazione rappresenta una situazione precancerosa perché può determinare una incontrollata crescita di tessuto; questo succede circa nel 2-5% dei casi, per cui i pazienti portatori di esofago di Barrett presentano un rischio aumentato di circa 30-40 volte di sviluppare adenocarcinoma esofageo, rispetto ai pazienti con mucosa normale.

Reflusso gastro-esofageo



Mucosa di Barrett 150 x

La diagnosi e i controlli

La diagnosi di esofago di Barrett viene sospettata in corso di endoscopia, che evidenzia la presenza di aree di mucosa esofagea alterata color rosso-arancio.

Le biopsie eseguite potranno confermare il sospetto di esofago di Barrett e descriverne la struttura ghiandolare:

- * *regolare* (metaplasia intestinale semplice)
- * *Lievemente alterata*: displasia di basso grado (oggi chiamata Neoplasia non Invasiva di Basso grado o LG-NiN)
- * *Gravemente alterata*: displasia di alto grado (oggi chiamata Neoplasia non Invasiva di Alto grado o HG-NiN).

E' importante riconoscere la displasia perché generalmente non si accompagna a sintomatologia dolorosa ma rappresenta il primo passo verso la trasformazione in adenocarcinoma.

La strumentazione in dotazione all'Unità (video-endoscopi zoom, ad auto-fluorescenza, laser confocale) consente di vedere queste alterazioni strutturali già all'esame endoscopico ed eseguire quindi biopsie mirate per una diagnosi sempre più precoce e precisa.

Esami funzionali (*ph-metria*, *impedenzometria*, *manometria*) completeranno questa fase di studio. Una volta diagnosticato l'esofago di Barrett saranno indicati, con una frequenza che dipenderà dal grado di alterazione riscontrata, successivi controlli endoscopici per scoprire in tempo una evoluzione in senso neoplastico.

Come si cura

A seconda dei diversi "tipi" di Esofago di Barrett sono previsti trattamenti differenti.

Pazienti con Esofago di Barrett "semplice" senza displasia: lo scopo della terapia è di impedire o ridurre il reflusso cronico di acido e/o bile per ridurre il rischio di progressione a tumore. Nella maggior parte dei casi è sufficiente una terapia medica con farmaci che bloccano la secrezione acida (IPP) a dose piena e per tempi prolungati, ma in presenza di ernia iatale, può essere indicato un intervento chirurgico di *plastica anti reflusso*.

Pazienti con Esofago di Barrett con displasia lieve: oltre alla terapia medica è raccomandato un controllo endoscopico più ravvicinato per il maggior rischio di degenerazione neoplastica. In pazienti selezionati può essere indicata l'ablazione della mucosa alterata mediante *termoablazione con radiofrequenza*; con tale tecnica endoscopica (nota come RFA) vengono distrutti solo gli strati superficiali della parete dell'esofago, sede delle alterazioni cellulari.

Pazienti con displasia grave e/o adenocarcinoma superficiale: In questi casi dopo una accurata stadiazione *eco endoscopica per meglio valutare l'estensione della lesione*, è indicata l'asportazione completa del tessuto mediante un intervento di *chirurgia endoscopica* (mucosectomia: asportazione per via endoscopica della mucosa alterata) o con *radiofrequenza*.

Pazienti con adenocarcinoma profondo: se l'eco endoscopia evidenzia un interessamento più profondo nella parete esofagea o la presenza di linfonodi patologici è indicato invece il trattamento chirurgico di *esofagectomia* (asportazione chirurgica dell'esofago o parte di esso).

La terapia potrà inoltre essere personalizzata per ciascun paziente, anche in base ai risultati della ricerca genetica e molecolare che viene svolta allo IOV.