Esofago di Barrett: qual è il rischio di cancro esofageo?

Data 20 novembre 2011
Categoria gastroenterologia

Secondo un ampio studio irlandese il rischio degenerativo dell'esofago di Barrett è inferiore a quello che comunemente sicrede.

Gli autori di questo studio osservazionale sono partiti dalla constatazione che l'esofago di Barrett è una lesione precancerosa che può degenerare in adenocarcinoma esofageo. Dato che tale rischio varia a seconda degli studi, gli autori hanno esaminato uno dei più importanti registri di esofago di Barrett del mondo: il Northern Ireland Barrett's esophagus Register. Sono stati seguiti 8.522 pazienti del registro fino al 2008.
Dopo un follow up mediano di 7 anni si sono registrati 79 pazienti con cancro esofageo, 16 con cancro del cardias gastrico e 36 con displasia di alto grado. L'incidenza di neoplasia o dispasia di alto grado era di 0,22% per anno.
Metaplasia intestinale specializzata era presente nel 46% dei pazienti. Il rischio di evoluzione in cancro era statisticamente significativo solo nei pazienti che avevano tale quadro istologico ma non in quelli che ne erano privi: 0,38% per anno versus 0,07% per anno (HR 3,54; 2,09-6,00; p < 0,001). Il rischio era inoltre statisticamente più elevato:
- negli uomini rispetto alle donne: 0,28% per anno versus 0,13% per anno (HR2,11; 1,41-3,16; p < 0,001)
- nei pazienti con displasia di basso grado rispetto ai pazienti senza displasia: 1,40% per anno versus 0,17% per anno (HR 5,67; 3,77-8,53; p < 0,001).

Gli autori concludono che il rischio degenerativo dell'esofago di Barrett è inferiore a quanto precedentemente riportato e che le raccomandazioni attuali sul monitoraggio della malattia potrebbero essere non costo-efficaci.

Fonte:

Bhat S et al. Risk of Malignant Progression in Barrett's Esophagus Patients: Results from a Large Population-Based Study. J Natl Cancer Inst. Pubblicato anticipatamente online il 16 giugno 2011.
doi: 10.1093/jnci/djr203.

Commento di Renato Rossi

Per esofago di Barrett si intende la presenza, nell'esofago distale, di epitelio colonnare con metaplasia gastrica o intestinale. Questa condizione viene considerata a rischio evolutivo verso il cancro del'esofago per cui le linee guida raccomandano un'attenta sorveglianza endoscopica del paziente, come riassunto nella tabella seguente.

A) Se la sostituzione dell'epitelio squamoso con epitelio colonnare è di tipo gastrico (cardiale o fundico) si consiglia una endoscopia dopo 5 anni

B) Se la sostituzione è di tipo intestinale vero e proprio si esegue una EGDS dopo 2 anni se non vi è displasia, in caso di displasia di alto grado il paziente va inviato al chirurgo per ablazione della zona lesa, in caso di displasia di basso grado si controlla dopo 3 mesi e se persistono le lesioni di basso grado si ricontrolla dopo 6 mesi, se al contrario la displasia è scomparsa si ricontrolla dopo un anno.

Un editoriale di commento allo studio irlandese chiosa che se il rischio è molto basso i benefici della sorveglianza e della eventuale ablazione probabilmente non ci sono. Infatti benefici per pochi pazienti possono non essere bilanciati dai rischi delle procedure invasive e dell'effetto psicologico di etichettare un paziente come portatore di una condizione precancerosa .

In realtà i vari studi ad oggi disponibili hanno fornito risultati contrastanti circa il reale rischio evolutivo.
Lo studio irlandese, effettuato su un numero considerevole di pazienti con esofago di Barrett, ha il pregio di evidenziare quali sono i maggiori rischi di degenerazione: la presenza di metaplasia intestinale specializzata, il sesso maschile, l'età > 50 anni, la presenza di displasia di basso grado (rispetto alla sua assenza).
D'altra parte anche un recente studio danese suggerisce che il rischio di adenocarcinoma nel Barrett è circa un quarto di

quanto stimato in precedenza .
Secondo altri studi il rischio evolutivo sarebbe minimo se la zona di mucosa metaplastica misura meno di 3 centimetri.

L'editoriale già menzionato conclude ricordando che la sorveglianza periodica e il trattamento sono utili solo se è provata la loro efficacia, ma per ora si tratta di un principio non dimostrato .

Quali sono, quindi, le conclusioni di massima che si possono trarre?
Ci pare ragionevole consigliare una sorveglianza frequente negli uomini, soprattutto dopo i 50 anni, con metaplasia intestinale specializzata e/o con displasia anche di basso grado.
La sorveglianza può essere meno intensa nei casi a minor rischio evolutivo (per esempio se dopo ripetuti controlli viene confermata l'assenza di metaplasia intestinale e di displasia).

Referenze

1. Douglas A. Corley. Understanding Cancer Incidence in Barrett's Esophagus: Light at the End of the Tunnel. J Natl Cancer Inst. Pubblicato anticipatamente online il 16 giugno 2011.
doi:10.1093/jnci/djr223.

2. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4909

3. Hvid-Jensen F et al. Incidence of Adenocarcinoma among Patients with Barrett's Esophagus
N Engl J Med 2011 Oct 13; 365:1375-1383.