Esofago di Barrett: come comportarsi

Data 01 febbraio 2026
Categoria gastroenterologia

Una sintesi delle raccomandazioni 2025 dell'American Gastroenterological Association (AGA)

L'AGA ha recentemente pubblicato una serie di raccomandazioni per aiutare i clinici a gestire i pazienti con esofago di Barrett (EB). Com'è noto l'esofago di Barrett è una condizione in cui l'esofago assume caratteristiche simili all'intestino, spesso legata al reflusso gastroesofageo cronico. Si tratta di una condizione che aumenta il rischio di evoluzione in adenocarcinoma esofageo. Ne faremo una sintesi per punti utile ai medici non specialisti.

• Nel caso di EB <1 cm con metaplasia intestinale il rischio di tumore è trascurabile per cui non è indicata la sorveglianza.
• Nel caso di EB senza displasia ≥1 cm è raccomandata la sorveglianza periodica con endoscopia di alta qualità ogni 3 anni.
• Nei pazienti a basso rischio (EB corto <3 cm) l'intervallo può essere esteso a 5 anni. Valutare la sospensione della sorveglianza in caso di età avanzata o comorbidità gravi.

• L'AGA raccomanda di eseguire la sorveglianza con l'endoscopia ad alta definizione combinata con cromoendoscopia (virtuale o con colorante). Si devono eseguire biopsie mirate sulle lesioni visibili e biopsie random in quadranti (ogni 2 cm se non c'è storia di displasia; ogni 1 cm se c'è storia di displasia). Opzionale è il campionamento aggiungivo (WATS-3D): non deve sostituire le biopsie standard. Il WATS-3D (Wide Area Transepithelial Sampling with 3D analysis) è una tecnica che preleva un'ampia area di cellule dell'esofago, invece di fare solo piccole biopsie mirate. Il campione viene poi analizzato al computer in 3 dimensioni, per cercare alterazioni precancerose anche se invisibili all'endoscopia.

• Come aiuto per stratificare meglio il rischio evolutivo si può ricorrere all'uso dei biomarcatori (p53,TissueCypher) nel caso di EB senza displasia o con displasia di basso grado o indefinita. I biomarcatori però non devono sostituire le biopsie e l'istologia.
Il p53 è una proteina che controlla la crescita e la morte delle cellule. Mutazioni o alterazioni della p53 sono comuni in cellule che stanno diventando tumorali. Si valuta tramite colorazione dei tessuti al microscopio (immunoistochimica). Serve a identificare cellule che hanno maggiore rischio di evolvere in displasia di alto grado o tumore.
Il TissueCypher è un test molecolare avanzato che analizza diversi marcatori nei tessuti dell'esofago. Combina caratteristiche cellulari e molecolari per dare una stima del rischio che il Barrett progredisca verso displasia grave o tumore. Si analizzano campioni di biopsia già prelevati durante l'endoscopia. Il test produce un punteggio di rischio che può aiutare il medico a decidere se intensificare la sorveglianza o anticipare il trattamento.

In seguito le linee guida trattano la terapia dell'esofago di Barrett.

• Gli inibitori di pompa protonica (PPI) sono consigliati a tutti i pazienti, associando la cessazione del fumo e la riduzione del peso se necessari. Queste misure riducono il rischio di progressione verso displasia di alto grado o tumore.
• La chirurgia antireflusso non è indicata come intervento di routine perchè non previene il tumore, ma può essere considerata se i sintomi di reflusso persistono nonostante i farmaci.

Infine le linee guida consigliano la gestione nel caso si riscontri displasia o tumore.

• Nel caso di displasia indefinita va ottimizzato l'uso dei PPI, è opportuno ricorrere a una valutazione istologica da parte di personale esperto e a una sorveglianza endoscopica ravvicinata.
• Nel caso di displasia di basso grado è necessario confermare il dato da parte di un patologo esperto e di procedere con un trattamento endoscopico (sorveglianza solo se trattamento non possibile).
• Nel caso di displasia di alto grado / tumore precoce è indicato il trattamento endoscopico (resezione + ablazione) secondo protocollo oncologico. La chirurgia antireflusso non è indicata a scopo oncologico.

RenatoRossi

Bibliografia

Wani S, Zhou MJ, Sawas T, Rubenstein JH, Eluri S, Leiman DA, Sultan S, Singh S, Inadomi J, Thrift AP, Katzka DA, Davitkov P. AGA Clinical Practice Guideline on Surveillance of Barrett's Esophagus. Gastroenterology. 2025 Nov;169(6):1184-1231. doi: 10.1053/j.gastro.2025.09.012. PMID: 41125322.