

Sorveglianza endoscopica di alcune lesioni del tratto digestivo superiore ed inferiore

Le cinque raccomandazioni della

Associazione Italiana Gastroenterologi ed Endoscopisti Digestivi Ospedalieri (AIGO)

La spesa sanitaria per patologie gastroenterologiche è stimata in circa \$136 miliardi negli USA [1]. Ottimizzare il ricorso all'endoscopia risulta pertanto cruciale per contenere il carico di lavoro sulle Unità di Endoscopia Digestiva e ridurre i costi correlati.

1	Non è consigliata la sorveglianza endoscopica in caso di: metaplasia colonnare isolata nell'esofago prossimale (<i>inlet patch</i>); esofagite erosiva di grado A o B sec. la classificazione di Los Angeles (LA); o metaplasia colonnare in esofago distale <1 cm. Una <i>inlet patch</i> è un'isola di mucosa gastrica nell'esofago prossimale. La prevalenza varia dallo 0,1 al 12%; recenti studi prospettici di coorte hanno evidenziato che la progressione neoplastica è un evento eccezionale, non supportando l'esecuzione routinaria di biopsie o la sorveglianza endoscopica, a meno che non si osservino irregolarità della mucosa [2]. L'esofagite erosiva si riscontra in circa l'11% dei pazienti riferiti a gastroscopia [3]; il rationale della sorveglianza endoscopica dopo adeguata terapia con inibitori di pompa protonica (PPI) risiede nella possibilità di evidenziare un esofago di Barrett precedentemente mascherato dalla flogosi. Tuttavia, tale rischio è presente soprattutto per le esofagiti erosive più severe (gradi C e D sec. LA), mentre risulta molto inferiore nelle esofagiti erosive di grado A e B sec. LA, non giustificando pertanto una sorveglianza routinaria [4,5]. La metaplasia colonnare <1 cm in esofago distale si riscontra fino al 10% delle EGDS [6] e non presenta un rischio aumentato di adenocarcinoma esofageo, indipendentemente dalla presenza di metaplasia intestinale [7].
2	Non è consigliata la sorveglianza endoscopica in caso di: metaplasia intestinale limitata all'antro gastrico in assenza di fattori di rischio aggiuntivi (infezione da <i>H. pylori</i>, metaplasia incompleta o storia familiare di cancro gastrico); polipi glandulo-cistici, in assenza di caratteristiche endoscopiche sospette (es. ulcerazioni) o sindromi ereditarie. La metaplasia intestinale in una singola sede dello stomaco (solo l'antro o solo il corpo) comporta un rischio di cancro gastrico solo lievemente aumentato rispetto alla popolazione generale [8], che non giustifica la sorveglianza endoscopica [5,9]. Parimenti, non vi sono evidenze che l'atrofia lieve-moderata limitata all'antro sia meritevole di sorveglianza [9].

3	Non è consigliata la sorveglianza endoscopica dei leiomiomi a livello del tubo gastroenterico. I leiomiomi sono le neoplasie benigne più frequenti del tubo gastroenterico; un recente studio osservazionale non ha evidenziato alcun caso di evoluzione maligna o accrescimento significativo di leiomiomi esofagei, nell'arco di un follow-up medio di oltre 5 anni [10]. In accordo, le linee guida dell'<i>American Society for Gastrointestinal Endoscopy</i> (ASGE) e la ESGE non consigliano la sorveglianza endoscopica di queste lesioni [5,11].
4	Non è consigliata la sorveglianza endoscopica di routine nell'ulcera peptica duodenale, a meno che i sintomi persistano nonostante una terapia adeguata. Una revisione <i>Cochrane</i> della letteratura del 2016 [12] ha evidenziato che il 90% delle ulcere duodenali guarisce dopo terapia medica con inibitori di pompa protonica (PPI), eventualmente associata all'eradicazione di <i>H. pylori</i> (se presente) e alla sospensione dei farmaci anti-infiammatori non steroidei (FANS). Pertanto, la ASGE e l'ESGE non consigliano la sorveglianza routinaria di questa lesione, a meno che non vi siano sintomi refrattari che possano indirizzare verso un'ulcera peptica refrattaria o un'ulcera di altra natura [5,13].
5	Non è consigliata la sorveglianza endoscopica in caso di: polipi iperplastici nel retto-sigma; fino a 4 adenomi <10 mm con displasia di basso grado; polipo serrato <10 mm senza displasia. Un recente studio [14] condotto su circa 64.000 pazienti sottoposti ad una prima colonscopia e successivamente seguiti per un tempo medio di 14 anni ha evidenziato che i soggetti con adenomi "non-avanzati" (i.e. <10 mm, con displasia di basso grado) avevano un rischio di sviluppare un cancro colo-rettale (CCR) e di morte rispettivamente pari a 0,44 % (IC95% 0,31-0,62%) e 0,03% (IC95% 0,01-0,11%). Un ulteriore studio retrospettivo multicentrico [15], condotto su oltre 236.000 pazienti screening seguiti mediamente per oltre 7 anni, ha confermato che il numero di adenomi non comporta un aumento del rischio di Incidenza di CCR o mortalità. Un recente studio retrospettivo [16], inclusivo di circa 120.000 pazienti, ha dimostrato che i pazienti con polipi serrati <10 mm presentavano un rischio simile di CCR metacrono dopo 10 anni di follow-up rispetto ai pazienti senza adenomi (<i>hazard ratio</i>, HR 1,25, IC95% 0,76-2,08). Pertanto, la ESGE consiglia che queste tipologie di pazienti non vengano sottoposti a sorveglianza endoscopica ma ritornino allo screening con sangue occulto fecale [5,17].

BIBLIOGRAFIA

1. Peery AF, Crockett SD, Murphy CC, *et al.* Burden and Cost of Gastrointestinal, Liver, and Pancreatic Diseases in the United States: Update 2018. *Gastroenterology* 2019;**156**:254-272.e11. doi:10.1053/j.gastro.2018.08.063
2. Peitz U, Vieth M, Evert M, *et al.* The prevalence of gastric heterotopia of the proximal esophagus is underestimated, but preneoplasia is rare - correlation with Barrett's esophagus. *BMC Gastroenterol* 2017;**17**. doi:10.1186/s12876-017-0644-3
3. Zagari RM, Eusebi LH, Rabitti S, *et al.* Prevalence of upper gastrointestinal endoscopic findings in the community: A systematic review of studies in unselected samples of subjects. *J Gastroenterol Hepatol* 2016;**31**:1527-38. doi:10.1111/jgh.13308
4. Modiano N, Gerson LB. Risk factors for the detection of Barrett's esophagus in patients with erosive esophagitis. *Gastrointestinal Endoscopy* 2009;**69**:1014-20. doi:10.1016/j.gie.2008.07.024
5. Rodríguez-de-Santiago E, Frazzoni L, Fuccio L, *et al.* Digestive findings that do not require endoscopic surveillance - Reducing the burden of care: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Position Statement. *Endoscopy* 2020;**52**:491-7. doi:10.1055/a-1137-4721
6. Voutilainen M, Färkkilä M, Juhola M, *et al.* Specialized columnar epithelium of the esophagogastric junction: prevalence and associations. The Central Finland Endoscopy Study Group. *Am J Gastroenterol* 1999;**94**:913-8. doi:10.1111/j.1572-0241.1999.986_i.x
7. Thota PN, Vennalaganti P, Vennalaganti S, *et al.* Low Risk of High-Grade Dysplasia or Esophageal Adenocarcinoma Among Patients With Barrett's Esophagus Less Than 1 cm (Irregular Z Line) Within 5 Years of Index Endoscopy. *Gastroenterology* 2017;**152**:987-92. doi:10.1053/j.gastro.2016.12.005
8. Mera RM, Bravo LE, Camargo MC, *et al.* Dynamics of *Helicobacter pylori* infection as a determinant of progression of gastric precancerous lesions: 16-year follow-up of an eradication trial. *Gut* 2018;**67**:1239-46. doi:10.1136/gutjnl-2016-311685
9. Pimentel-Nunes P, Libânio D, Marcos-Pinto R, *et al.* Management of epithelial precancerous conditions and lesions in the stomach (MAPS II): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE), European *Helicobacter* and Microbiota Study Group (EHMSG), European Society of Pathology (ESP), and Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (SPED) guideline update 2019. *Endoscopy* 2019;**51**:365-88. doi:10.1055/a-0859-1883
10. Codipilly DC, Fang H, Alexander JA, *et al.* Subepithelial esophageal tumors: a single-center review of resected and surveilled lesions. *Gastrointest Endosc* 2018;**87**:370-7. doi:10.1016/j.gie.2017.07.043
11. Standards of Practice Committee, Faulx AL, Kothari S, *et al.* The role of endoscopy in subepithelial lesions of the GI tract. *Gastrointest Endosc* 2017;**85**:1117-32. doi:10.1016/j.gie.2017.02.022
12. Ford AC, Gurusamy KS, Delaney B, *et al.* Eradication therapy for peptic ulcer disease in *Helicobacter pylori*-positive people. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;**4**:CD003840. doi:10.1002/14651858.CD003840.pub5
13. ASGE Standards of Practice Committee, Banerjee S, Cash BD, *et al.* The role of endoscopy in the management of patients with peptic ulcer disease. *Gastrointest Endosc* 2010;**71**:663-8. doi:10.1016/j.gie.2009.11.026
14. Lee JK, Jensen CD, Levin TR, *et al.* Long-term Risk of Colorectal Cancer and Related Death After Adenoma Removal in a Large, Community-based Population. *Gastroenterology* 2020;**158**:884-894.e5. doi:10.1053/j.gastro.2019.09.039
15. Wieszczyni P, Kaminski MF, Franczyk R, *et al.* Colorectal Cancer Incidence and Mortality After Removal of Adenomas During Screening Colonoscopies. *Gastroenterology* 2020;**158**:875-883.e5. doi:10.1053/j.gastro.2019.09.011
16. He X, Hang D, Wu K, *et al.* Long-term Risk of Colorectal Cancer After Removal of Conventional Adenomas and Serrated Polyps. *Gastroenterology* 2020;**158**:852-861.e4. doi:10.1053/j.gastro.2019.06.039
17. Hassan C, Antonelli G, Dumonceau J-M, *et al.* Post-polypectomy colonoscopy surveillance: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline - Update 2020. *Endoscopy* 2020;**52**:687-700. doi:10.1055/a-1185-3109