

ASPECTE GENERALE HISTOPATOLOGICE ȘI IMUNOHISTOCHIMICE ÎN ESOFAGUL BARRETT

D. HORȘIA¹, Z. POPOVICI²

¹Doctorand Universitatea "Lucian Blaga" din Sibiu, ² Universitatea "Lucian Blaga" din Sibiu

Cuvinte cheie: cancer esofagian, esofag Barrett, histopatologie

Keywords: esophageal cancer, Barrett's disease, histopathology

Rezumat: În ultimii 30 de ani, în Occident, în patologia esofagiană nu se discută decât de două maladii: cancerul esofagian și maladia lui Barrett. Este interesant că în țările orientale această boală este foarte puțin cunoscută. Aceste considerente ne-au determinat să analizăm critic aspectele de actualitate legate de maladia lui Barrett. Scopul lucrării este de a prezenta opiniile legate de această maladie, subliniind aspectele generale, în special cele histopatologice care stau la baza diagnosticului acestei maladii.

Abstract: In the Western countries, in the past 30 years, people used to talk only about two major diseases in the oesophageal pathology: esophageal cancer and Barrett's disease. It is interesting that in Oriental countries, the disease is less known. These facts led us to critically analyze the current issues related to Barrett's disease. The purpose of this paper is to present the opinions related to this disease, emphasizing the general aspects, especially the histopathological basis of the diagnosis.

Esofagul Barrett este definit ca o metaplazie intestinală în asociere cu metaplazia columnară recunoscută endoscopic la joncțiunea gastroesofagiană. Apare la mai mult de 45% dintre pacienții cu afecțiuni gastroesofagiene cronice de reflux. Cu cât este mai agresivă boala de reflux gastroesofagian, cu atât perspectiva incidenței esofagului Barrett este mai mare.

În urma cu aproximativ 61 de ani, Barrett¹ a descris pentru întâia oară, această maladie care este cea mai importantă complicație a refluxului gastroesofagian (GERD). Această maladie a trezit un interes deosebit îndată ce s-a constatat că prezintă un procent ridicat de malignizare. Refluxul esofagian este descris de multă vreme și s-a concretizat prin trei clasificări: clasificarea Savary-Miller, urmată de clasificarea Los Angeles, iar mai recent de clasificarea japoneză care se concentrează pe diagnosticul precoce al acestei maladii. Diagnosticul de certitudine se realizează în urma efectuării endoscopiei digestive superioare și a biopsiei. În funcție de caracterizarea endoscopică a clasificării Savary-Miller, esofagul Barrett corespunde gradului V, însemnând "vindecarea" defectelor erozive ale esofagitei de reflux. Vindecarea acestor eroziuni duce la avansarea fibrozei (la nivelul musculaturii proprii) în peretele esofagian, ceea ce determină o deficiență a sfincțiană și ulterior, în peristaltica corpului esofagian care caracterizează esofagul Barrett.

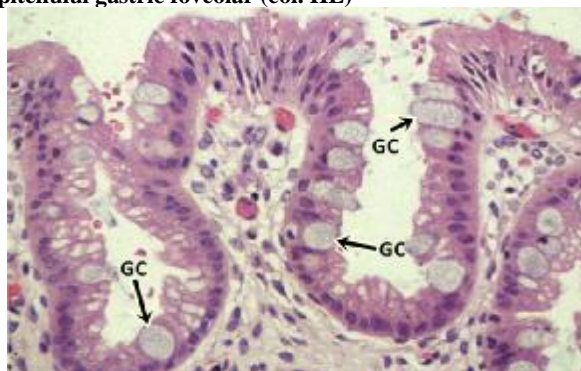
Din punct de vedere histologic, se pot evidenția două tipuri de metaplazii: de tip gastric și de tip intestinal.

Primul este identic cu mucoasa de la nivelul cardiei, compus din celule mucoase de suprafață, de tip foveolar. Dedesubtul acestora se găsesc glande mucoase de tip cardial.

Cel de-al doilea este reprezentat de metaplazia intestinală incompletă și se referă la un tip distinctiv, specializat (Chandrasoma). (2) Metaplazia intestinală completă, însoțită de celule Paneth și celule de tipul enterocitelor, reprezintă o combinație neobișnuită pentru esofagul Barrett. Metaplazia intestinală este caracterizată din punct de vedere microscopic, de

prezența unor celule, foarte bine conturate, în formă de pocal (Goblet cells) (Fig. nr. 1), plasate în epiteliul superficial sau în regiunea foveolară (Chandrasoma și DeMeester). (4) Aceste celule prezintă niște vacuole mari, rotunde (gata să se spargă) umplute cu mucină acidă.

Figura nr. 1. Goblet cells (săgeți) intercalate între celulele epiteliului gastric foveolar (col. HE)



Sursa: Arhiva secției Anatomie Patologică a Spitalului Clinic Județean de Urgență Sibiu

Diagnosticul de metaplazie intestinală depinde de identificarea a cel puțin uneia dintre aceste celule bine definite la o colorație de rutină H&E. Metaplazia intestinală poate să fie prezentă atât în stomac cât și la nivelul esofagului. Mecanismul și etiologia metaplaziei intestinale sunt diferite pentru cele două organe, dar ambele sunt definite morfologic prin același criteriu: prezența celulelor caliciforme. Putem identifica aceste celule în trei variante: (a) celule caliciforme clare și de necontestat, prezente, fie singure, fie amestecate cu celule pseudogoblet; (b) există îndoiele cu privire la prezența celulelor caliciforme, din cauza dificultății de a le diferenția de celulele pseudogoblet; (c) nu există cu siguranță celule caliciforme.

Folosirea unei combinații de Albastru Alcian și PAS

¹Autor Corespondent: D. Horșia, Secția Anatomie Patologică, Bd. C. Coposu, nr. 2-4, Sibiu, România, e-mail: dragos_horsia@yahoo.com, tel: 0728909154.

Articol intrat în redacție în 23.08.2011 și acceptat spre publicare în 25.11.2011
ACTA MEDICA TRANSILVANICA Martie 2012; 2(1)50-51

ASPECTE CLINICE

(Periodic Acid Schiff) ajută la detectarea celulelor caliciforme atunci când metaplazia intestinală este prezentă.

Metaplazia pancreatică a fost totodată raportată în 11 dintr-o serie de 350 de biopsii (Krishnamurthy și Dayal). (4)

Ultimele noutăți se bazează pe examenul imunohistochimic și molecular. Imunohistochimia (IHC) mucinelor și a citokeratinelor, studiul anomaliilor ciclului celular, ca și modificările genetice pot constitui metode de urmărire a progresiei displaziei. Citokeratinele CK 7, 20 pot diferenția MI (metaplazia intestinală) din esofagul distal de metaplazia cardială. Citometria în flux a AND-ului și imunohistochimia pentru p 53 arată o creștere semnificativă de-a lungul secvenței displaziei absente - definită LGD (displazie low grade). De aceea, imunohistochimia pentru p 53 ar putea constitui un marker al riscului de malignizare pentru esofagul Barrett. Supraexpresia IHC (imunohistochimie), a VEGH (factorul de creștere endotelial) dar și supraexpresia ciclooxigenazei – 2 (COX-2), sunt frecvent întâlnite la pacienții cu adenocarcinom apărut pe un esofag Barrett.

BIBLIOGRAFIE

1. Barrett N. The lower esophagus lined by columnar epithelium. *Surgery (St. Louis)*. 1957;41:881–894.
2. Chandrasoma PT. *Diagnostic Atlas of Gastroesophageal Reflux Disease. A new histology- based method.* Elsevier 2007;92.
3. Chandrasoma P, DeMeester T. *GERD. Reflux to Esophageal Adenocarcinoma.* Elsevier. 2006.
4. Krishnamurthy S, Dayal Y. Pancreatic metaplasia in Barrett's esophagus. An immunohistochemical study. *Am J Surg Pathol* 1995;19:1172–1180.
5. Westhoff B, Brotze S, Weston A et al. The frequency of Barrett's esophagus in high-risk patients with chronic GERD. *Gastrointest Endosc.* 2005;61:226-231.
6. DeMeester TR, Wickramasinghe KS, Lord RV, et al: Cytokeratin and DAS-1 immunostaining reveal similarities among cardiac mucosa, CIM, and Barrett's esophagus. *Am J Gastroenterol.* 2002;97:2514-2523.
7. Groisman GM, Amar M, Meir A. Expression of the intestinal marker Cdx2 in the columnar-lined esophagus with and without intestinal (Barrett's) metaplasia. *Mod Pathol.* 2004;17:1282-1288.