



PSDTA Esofago

Allegato 1 : Fattore di rischio e prevenzione primaria

Anno di pubblicazione 2023

I principali fattori di rischio per carcinoma dell'esofago legati allo stile di vita sono:

- **Il consumo di tabacco:** aumenta il rischio di sviluppare un carcinoma a cellule squamose proporzionalmente con la durata dell'abitudine al fumo e con il numero di sigarette fumate al giorno.
- **Il consumo di bevande alcoliche:** la probabilità di sviluppare un carcinoma a cellule squamose aumenta in maniera proporzionale alla quantità di alcol assunta. Il consumo di alcol e il fumo combinati aumentano il rischio in misura sensibilmente maggiore rispetto a ognuno di questi due fattori separati ed entrambi i fattori contribuiscono, seppur in maniera minore, anche allo sviluppo dell'adenocarcinoma dell'esofago.
- **Un basso consumo di frutta e di verdura fresche:** nelle persone che consumano scarse quantità di frutta e verdura è stato osservato un rischio maggiore di sviluppare un carcinoma a cellule squamose. L'esatta ragione di quest'azione protettiva non è chiara ma il contenuto di vitamine e minerali di questi alimenti potrebbe aiutare a prevenire il tumore.
- **Alto consumo di carni processate e di carne rossa:** è stato suggerito ma non ancora ben provato, che una dieta ad alto contenuto di carni processate e di carne rossa possa incrementare il rischio di sviluppare il tumore all'esofago. Questo potrebbe spiegare l'alta incidenza di questo tumore in alcune aree geografiche.
- **Bere bevande molto calde:** la frequente assunzione di bevande molto calde (temperature superiori a 65°C) può incrementare il rischio di tumore squamocellulare dell'esofago. Questo potrebbe essere il risultato di un danno a lungo termine alle cellule della mucosa esofagea da parte dei liquidi caldi.
- **Sovrappeso /obesità e scarsa attività fisica:** l'obesità aumenta il rischio di esofago di Barrett e di adenocarcinoma esofageo soprattutto per il più frequente e più grave reflusso gastroesofageo, in particolare nelle obesità centrali. D'altro canto le persone impegnate in attività fisica regolare possono presentare un minor rischio di sviluppare il tumore dell'esofago.

Prevenzione in pazienti con esofago di Barrett

La maggioranza dei casi di adenocarcinoma insorge nella sequenza "metaplasia-displasia-neoplasia" nel contesto dell'esofago di Barrett, espressione di reflusso gastro-esofageo cronico non adeguatamente trattato, più frequente nel sesso maschile e correlato all'obesità. Il rischio di sviluppo del tumore correla non solo con la durata della patologia e all'estensione longitudinale dell'esofago di Barrett, valutata endoscopicamente ed istologicamente con la classificazione di Praga . L'esofago di Barrett appare pertanto il fattore di rischio più importante da sottoporre a regolare follow up.

Le linee guida della società europea di endoscopia digestiva (ESGE) raccomandano intervalli di sorveglianza endoscopica diversi in base all'estensione di patologia e alla presenza/assenza di displasia .

In presenza di lesioni visibili endoscopicamente con luce bianca o cromoendoscopia (virtuale o dye-based), queste vanno escisse per un'analisi istologica; in presenza di displasia su biopsie random (effettuate secondo il protocollo di Seattle, è consigliabile un trattamento ablativo locoregionale (vedi capitolo **Trattamento endoscopico dell'esofago di Barrett con displasia di basso grado**).

Sorveglianza endoscopica nei pazienti con esofago di Barrett (BE)

BE con estensione <1 cm: non raccomandate biopsie o follow-up endoscopico

BE tra 1 e 3 cm di estensione, senza displasia: sorveglianza ogni 5 anni

BE tra 3 e 10 cm, senza displasia: sorveglianza ogni 3 anni

BE esteso >10 cm, senza displasia: da personalizzare ed effettuare in centri di riferimento

Protocollo di Seattle per biopsie.

4 biopsie (una per quadrante) ogni 2 cm di mucosa di Barrett, iniziando dall'apice prossimale delle pliche gastriche. Le biopsie di ogni livello vanno inviate all'esame istologico in contenitori separati.

In aggiunta, ogni lesione visibile (nodulo, irregolarità, ulcera) va tipizzata istologicamente in un contenitore separato.

