



PSDTA Esofago

Allegato 3 : Principi di terapia dell'esofago di Barrett e della malattia localizzata

Anno di pubblicazione 2023

Trattamento endoscopico dell'esofago di Barrett con displasia di basso grado (LGD)

LGD insorta su mucosa piana

La LGD necessita di conferma istologica da parte di un patologo esperto in due controlli successivi a distanza di 6 mesi. I pazienti con diagnosi confermata hanno indicazione al trattamento endoscopico ablativo con radiofrequenza (RFA).

LGD insorta su lesione visibile di parete

Il trattamento di scelta è quello resettivo eseguito mediante mucosectomia (EMR) o dissezione sottomucosa (ESD) al fine di ottenere un'adeguata stadiazione istopatologica. A tale trattamento deve far seguito, a distanza di 2-3 mesi, l'ablazione con RFA della mucosa metaplasica residua fino all'eradicazione completa dell'esofago di Barrett.

Trattamento endoscopico dell'esofago di Barrett con displasia di alto grado (HGD)

I pazienti con diagnosi di esofago di Barrett e HGD confermata da un patologo esperto hanno indicazione al trattamento endoscopico resettivo seguito da quello ablativo.

La maggior parte delle HGD insorge su alterazioni visibili di parete pertanto il trattamento di scelta è quello resettivo eseguito mediante mucosectomia (EMR) o dissezione sottomucosa (ESD), al fine di ottenere adeguata stadiazione istopatologica. A tale trattamento, a distanza di 2-3 mesi, deve far seguito ablazione con RFA della mucosa metaplasica residua fino all'eradicazione completa dell'esofago di Barrett.

-trattamento T1a:

trattamento endoscopico: resezione completa raggiunta nell'82-100% dei casi. La sopravvivenza a 5 anni è stimata circa dell'80% (la maggior parte di decessi non sono correlati alla neoplasia)

intervento chirurgico: è considerato il trattamento definitivo della neoplasia e dell'eventuale esofago di Barrett. Sopravvivenza a 5 anni dell'80% (anche in questo caso la maggior parte di decessi non sono correlati alla neoplasia) con sopravvivenza libera da malattia virtualmente del 100%.

Nei casi di T1a viene raccomandato un trattamento endoscopico: sebbene la sopravvivenza libera da malattia descritta in letteratura sia lievemente maggiore dopo chirurgia, il trattamento endoscopico vanta una morbilità inferiore, può essere ripetuto in caso di persistenza o recidiva di malattia e non preclude un intervento chirurgico "di salvataggio".

-trattamento T1b:

Trattamento endoscopico: resezione completa raggiunta nel 63-100% dei casi. Sopravvivenza a 5 anni 50-87%. Basse sopravvivenze sono associate a caratteristiche istologiche ad "elevato rischio".

Nei T1b è raccomandato un trattamento chirurgico per il rischio piuttosto elevato di coinvolgimento linfonodale. Il ruolo del trattamento endoscopico dovrebbe essere riservato ai pazienti anziani o con multiple comorbidità, in particolare in assenza di caratteristiche istologiche ad "elevato rischio".

Neoplasie T2

Le neoplasie esofagee che infiltrano la tonaca muscolare propria sono definite T2.

Il trattamento raccomandato per i T2N0 è quello chirurgico.

Da notare però che nel 25-55% dei casi i T2N0 risultano in realtà sottostadiati, con coinvolgimento linfonodale fino al 35%. Tale evenienza si verifica più frequentemente nei casi di scarsa differenziazione, infiltrazione linfovaskolare e neoplasie >3 cm, per cui deve essere attentamente discussa la possibilità di un trattamento neoadiuvante prima della chirurgia.