



**PSDTA Esofago**

## **Allegato 2 : Diagnosi precoce**

**Gruppo di Studio Esofago  
Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta  
Anno di pubblicazione 2024**

## - **DIAGNOSI PRECOCE**

### - **esofago di Barrett: diagnosi precoce**

L'Esophago di Barrett (EB) è una **lesione precancerosa** che predispone alla displasia e all'adenocarcinoma esofageo (3-5% dei pazienti nell'arco della vita).

Pazienti con malattia da reflusso GE cronica e  $\geq 3$  fattori di rischio (età > 50 anni, caucasici, maschi, obesi, storia di tabagismo, familiarità di primo grado per EB/ACE) avrebbero indicazione ad eseguire una **EGDS come test diagnostico e di sorveglianza** (Linee Guida ACG e AGA.2022).

La EGDS ha lo scopo di fare **diagnosi di EB** mucosa aranciata non plicata che separa la giunzione esofago-gastrica e la linea Z e presenza di epitelio intestinale specializzato con "globo cell" all'esame istologico, classificazione di Praga che tiene conto di estensione circonferenziale, C, e lunghezza complessiva, M) e di **ricercare la displasia**.

Al fine di ridurre la percentuale di perdita delle lesioni in stadio precoce (displasia alto grado e EAC) **l'esplorazione endoscopica deve prevedere:**

1. adeguato tempo di osservazione della mucosa metaplastica
2. utilizzo della cromoendoscopia con acido acetico e della cromoendoscopia virtuale (NBI)
3. tipizzazione istologica a parte di lesioni focali mucose (nodulo, irregolarità, ulcera) e l'applicazione del protocollo di Seattle (biopsie seriate ogni 1-2 cm a partire dall'apice prossimale delle pliche gastriche in senso cranio-caudale nei 4 quadranti)
4. ricerca immunohistochimica (anomalie della p53).

### **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

Clinicamente le lesioni in stadio precoce possono essere del tutto asintomatiche e di riscontro occasionale, quando più avanzate possono manifestarsi con disfagia o odinofagia.

**In caso di riscontro in EGDS di lesione focale**, nel referto endoscopico devono essere riportati:

- 1 sede della lesione (distanza dall'AD e quadrante)
- 2 estensione circonferenziale e longitudinale
- 3 segni sospetti di invasione sottomucosa o profonda
4. biopsie target (1-2) se lesioni candidabili a resezione endoscopica, almeno 6 prese se lesioni avanzate

**La presenza di displasia di qualunque grado** deve essere confermata da anatomo-patologo esperto con successivo campionamento entro 6 mesi

In presenza di lesioni avanzate che compromettono l'alimentazione deve essere prevista la valutazione nutrizionale precoce in caso di rischio nutrizionale e una precoce presa in carico da parte del servizio di Dietetica e Nutrizione Clinica.