



**PSDTA Tumori dello Stomaco**

## **Allegato 2 : Note di endoscopia**

**A cura del Gruppo di Studio Tumori dello stomaco**

**Rete oncologica Piemonte e Valle d'Aosta**

**Anno di pubblicazione 2022**

## Integrazione Endoscopia

### Definizione diagnostica della lesione gastrica/GEJ e stadiazione sistemica

- Esofagogastroduodenoscopia (EGDS) con prelievo biotico; in caso di lesioni superficiali (ovvero senza segni endoscopici di infiltrazione profonda: ulcerazione profonda, marcata rilevatezza dei bordi), quindi passibili di asportazione endoscopica oncologicamente radicale, necessaria EGDS con strumenti ad alta risoluzione e cromoendoscopia (virtuale e/o con coloranti), utilizzando per la descrizione una classificazione validata (classificazione di Parigi - classificazioni BING, PREDICT); necessario riferimento a centro ad alta specializzazione se non disponibili tecnologia ed expertise.
- EUS: nelle lesioni superficiali gastriche e della GEJ considerate asportabili alla valutazione endoscopia, l'EUS non è routinariamente indicata, poichè presenta un significativo rischio di understaging e overstaging; può essere indicata, a discrezione dell'endoscopista, quando, alla valutazione endoscopica, si pone un significativo dubbio di infiltrazione profonda, per escludere un interessamento della tonaca muscolare o sierosa o dei linfonodi tributari.

### Trattamenti endoscopici

La resezione endoscopica mucosa (EMR) e la dissezione endoscopica sottomucosa (ESD) sono attualmente le opzioni terapeutiche endoscopiche disponibili, nei centri di riferimento ad alta specializzazione, per l'asportazione delle lesioni **superficiali** (senza segni endoscopici di infiltrazione dei piani profondi) gastriche e della giunzione gastroesofagea (GEJ).

E' altresì da considerarsi, in caso di lesioni superficiali recidive su cicatrice di pregressi trattamenti, la resezione a tutto spessore device-assisted (EFTR-D o FTRD).

In caso di lesioni della GEJ, è sempre indicata, successivamente all'asportazione, l'eradicazione del Barrett residuo con tecniche ablativo endoscopiche.

### Indicazioni

#### GEJ

- EMR (or Ligator assisted EMR - L-EMR) per lesioni neoplastiche visibili  $\leq 20$  mm, con bassa probabilità di invasione sottomucosa superficiale (Parigi 0-IIa o IIb) e per lesioni displastiche (benigne) di dimensioni maggiori o multifocali.
- ESD per lesioni sospette per invasione sottomucosa superficiale (Parigi 0-Is o IIc), lesioni carcinomatose (ma senza sospetto endoscopico di infiltrazione profonda)  $> 2$  cm o fibrotiche o insorte su cicatrice.
- Stadiazione e iter oncologico-chirurgico per lesioni sospette per infiltrazione profonda (ulcerate o con bordi marcatamente rilevati).

#### STOMACO

- EMR per lesioni 0-IIa sec. Parigi, displastiche e  $< 10$  mm.
- ESD per lesioni displastiche di qualunque dimensione; per lesioni carcinomatose senza caratteristiche endoscopiche di infiltrazione profonda (ulcerazione profonda, margini

marcatamente elevati, convergenza/fusione/rigonfiamento delle pliche circostanti, nodularità grossolane), differenziate (di qualsiasi dimensione se non ulcerate, < 3 cm se ulcerate)

- ESD o trattamento chirurgico da individualizzare per lesioni indifferenziate ≤ 2 cm e non ulcerate.
- Stadiazione e iter oncologico-chirurgico per lesioni sospette per infiltrazione profonda, indifferenziate ulcerate o > 2 cm, differenziate > 3 cm e ulcerate.

## **VERSIONE RIDOTTA**

### **Definizione diagnostica della lesione gastrica/GEJ e stadiazione sistemica**

- Esofagogastroduodenoscopia (EGDS) con prelievo biptico; in caso di lesioni superficiali passibili di asportazione endoscopica oncologicamente radicale, necessaria EGDS con strumenti ad alta risoluzione e cromoendoscopia (virtuale e/o con coloranti); necessario riferimento a centro ad alta specializzazione se non disponibili tecnologia ed expertise.
- EUS: nelle lesioni superficiali gastriche e della GEJ considerate asportabili alla valutazione endoscopia, l'EUS non è routinariamente indicata, poichè presenta un significativo rischio di understaging e overstaging.

### **Trattamenti endoscopici**

La resezione endoscopica mucosa (EMR) e la dissezione endoscopica sottomucosa (ESD) sono attualmente le opzioni terapeutiche endoscopiche disponibili, nei centri di riferimento ad alta specializzazione, per l'asportazione delle lesioni **superficiali** (senza segni endoscopici di infiltrazione dei piani profondi) gastriche e della giunzione gastroesofagea (GEJ).

E' altresì da considerarsi, in caso di lesioni superficiali recidive su cicatrice di pregressi trattamenti, la resezione a tutto spessore device-assisted (EFTR-D o FTRD).

In caso di lesioni della GEJ, è sempre indicata, successivamente all'asportazione, l'eradicazione del Barrett residuo con tecniche ablative endoscopiche.