



**PSDTA Esofago**

## **Allegato 3 : Trattamento dell'esofago di Barrett e della neoplasia early stage**

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

-

## TRATTAMENTO DELL'ESOFAGO DI BARRETT E DELLA NEOPLASIA EARLY STAGE

- I. **Displasia** di qualunque grado in assenza di lesione visibile → **ablazione con radiofrequenza (RF)**

### Sorveglianza endoscopica con biopsie dopo ablazione con RF

- displasia di alto grado o EAC al basale controllo a 1,2 3 ,4 5,6 7 e 10 anni dopo ultimo trattamento
- displasia di basso grado al basale controllo a 1,3 e 5 anni

### II. Lesione visibile con displasia:

- diametro < 2 cm → **mucosectomia (EMR)**
- diametro > 2 cm → **dissezione sottomucosa (ESD)**

III **Neoplasia T1a** ( tumore oltrepassa la lamina propria ma non arriva alla sottomucosa) ben differenziata o con grado moderato di differenziazione, non invasione linfovaskolare, rischio mts linfonodali 2-4%)

- **resezione endoscopica curativa**

Se scarsa differenziazione, invasione linfovaskolare e invasione della muscolaris mucosa il rischio di mts linfonodali raggiunge il 9%.

La sopravvivenza libera da malattia descritta in letteratura è lievemente maggiore dopo chirurgia ma il trattamento endoscopico vanta una morbilità inferiore e può essere ripetuto in caso di persistenza o recidiva di malattia e non preclude un intervento chirurgico "di salvataggio".

IV **Neoplasia T1b a basso rischio** ( invasione sottomucosa < 500 micron, assenza di invasione linfovaskolare, lesione ben differenziata)

- **chirurgia** per elevato rischio mts linfonodali (14-41%)
- **resezione endoscopica** seguita da follow up con EGDS, EUS e PET/TC in Centri esperti in pazienti anziani e con comorbidità

La resezione endoscopica deve essere seguita da trattamento ablativo su tutta la mucosa metaplastica residua con RF fino a eradicazione

V **Neoplasia T1b ad alto rischio** ( invasione sottomucosa > 500 micron , invasione linfovaskolare e scarsa differenziazione)

- **Discussione collegiale**
- **Chemioterapia/radioterapia e/o Chirurgia**

VI **Neoplasia T2** (neoplasie esofagee che infiltrano la tonaca muscolare propria)

- **Chirurgia per tutti i T2N0**

Nel 25-55% dei casi i T2N0 risultano in realtà sottostadiati, con coinvolgimento linfonodale fino al 35% in presenza di scarsa differenziazione, infiltrazione linfovaskolare e neoplasie >3 cm

- **Trattamento neoadiuvante** prima della chirurgia

## Bibliografia

- Weusten Bas et al. Endoscopic management of Barrett's esophagus: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Position Statement. *Endoscopy*. 2017 Feb;49(2):191-198.
- Duits LC, Phoa KN, Curvers WL et al. Barrett's oesophagus patients with low-grade dysplasia can be accurately risk-stratified after histological review by an expert pathology panel. *Gut* 2015; 64: 700 – 706
- Pimentel-Nunes P, Dinis-Ribeiro M, Ponchon T et al. Endoscopic submucosal dissection: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline. *Endoscopy* 2015; 47: 829 – 854
- Terheggen G, Horn EM, Vieth M et al. A randomised trial of endoscopic submucosal dissection versus endoscopic mucosal resection for early Barrett's neoplasia. *Gut* 2016: 1 –11
- Small AJ, Araujo JL, Leggett CL et al. Radiofrequency ablation is associated with decreased neoplastic progression in patients with Barrett's esophagus and confirmed low-grade dysplasia. *Gastroenterology* 2015; 149: 567 – 576.e3
- Diagnosis and Management of Barrett's Esophagus: An Updated ACG Guideline. Shaheen NJ, et al. *Am J Gastroenterol*. 2022. PMID: 35354777
- Endoscopic and Surgical Treatment of Mucosal (T1a) Esophageal Adenocarcinoma in Barrett's Esophagus. Ganapathy A. Prasad, T. T. Wu, Dennis A. Wigle, Navtej S. Buttar, Louis-Michel Wongkeesong, Kelly T. Dunagan, Lori S. Lutzke, Lynn S. Borkenhagen, and Kenneth K. Wang. *Gastroenterology*. 2009 Sep; 137: 815-823.
- - Barrett's esophagus: Review of natural history and comparative efficacy of endoscopic and surgical therapies. Kevin Kyung Ho Choi and Santosh Sanagapalli. *World J Gastrointest Oncol*. 2022 Mar 15; 14(3): 568–586.
- - Discrepancy Between Clinical and Pathologic Nodal Status of Esophageal Cancer and Impact on Prognosis and Therapeutic Strategy. Sheraz R. Markar, Caroline Gronnier, Arnaud Pasquer, Alain Duhamel, H el ene Behal, J er emie Th ereaux et al. *Ann Surg Oncol*. 2017; 24(13): 3911–392
- - Management of clinical T2N0 esophageal cancer: a review. Patrick Vining, Thomas J Birdas. *J Thorac Dis*. 2019 Aug;11(Suppl 12):S1629-S1632.
- W Bas et al. Diagnosis and management of Barrett Esophagus: European Society Gastrointestinal Endoscopy Guideline. *Endoscopy* 2023; 55