



PSDTA Esofago

Allegato 6 : Malattia localmente avanzata cT3, cT4 o N+

Anno di pubblicazione 2023

Trattamento neoadiuvante

La malattia localmente avanzata necessita di un team di Specialisti (chirurgo, oncologo medico, radioterapista, radiologo, gastroenterologo, e nutrizionista) per poter gestire la complessità clinica del paziente. Sono fondamentali la discussione multidisciplinare e la consulenza dietologica per verificare uno stato nutrizionale adeguato ad affrontare il trattamento neoadiuvante e il successivo intervento chirurgico. La scelta del trattamento neoadiuvante deve tenere in considerazione la sede di malattia, l'istotipo, l'ECOG PS, lo stadio clinico di malattia. Il timing tra GIC ed inizio terapia adiuvante deve essere entro 4-5 settimane.

Il carcinoma dell'esofago cervicale è candidato a radiochemioterapia (CTRTR) esclusiva (1,2); nel paziente in condizioni generali non permissive per la CT, si deve valutare la RT esclusiva. La chirurgia può essere considerata in caso di ricaduta o persistenza di malattia.

Il carcinoma squamoso dell'esofago toracico operabile è candidato a CTRTR neoadiuvante (3,4). L'adenocarcinoma dell'esofago distale o della giunzione gastroesofagea è candidato a CTRTR o a CT perioperatoria in relazione al coinvolgimento gastrico (5,6).

Il carcinoma localmente avanzato non operabile cT4 può essere candidato a CTRTR o sola CT in base all'organo infiltrato.

Rivalutazione strumentale

Al termine del trattamento neoadiuvante, la ristadiatione comprende la TC collo, torace e addome completo con mdc ed eventualmente la PET.

Ristadiatione dopo CTRTR: non prima di 45 giorni. Più precoce se dopo sola CT

Per individuare i casi di risposta patologica completa la ristadiatione dovrebbe comprendere l'ecoendoscopia con FNA linfonodale

Chirurgia

Link con documento tecniche chirurgiche e con documento di anatomia patologica.

L'intervento chirurgico deve essere entro 8 settimane dal termine del trattamento neoadiuvante (9,11,12) (entro 12 settimane se dopo CTRTR)(13)

Nella risposta patologica completa si può discutere la possibilità di effettuare un programma di sorveglianza clinica, lasciando l'opzione chirurgica come trattamento di salvataggio (7-8).

I limiti delle metodiche diagnostiche non consentono attualmente di individuare con certezza i pazienti che potrebbero beneficiare di tale approccio, che risulta, al momento, giustificato solo all'interno di studi clinici.

La sorveglianza attiva con chirurgia posticipata può essere presa in considerazione in casi selezionati ad alto rischio operatorio (10)

L'indicazione ad esofagectomia di salvataggio è più frequente nei pazienti con malattia in stadio iniziale con ripresa di malattia (T1-T2 N0).

Link documento: Tecniche chirurgiche

Link documento: Requisiti anatomo-patologici per l'esame istologico post-resezione esofagea per neoplasia