



**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 <https://reteoncologica.it/wp-content/uploads/2025/01/trattamento-endoscopico-delle-lesioni-esofagee-ad-istotipo-squamoso-e-relativo-follow-up.pdf>

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, Hélène Behal, Jérémie Théreaux 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