

## **Tumori maligni dell'esofago**

I tumori maligni dell'esofago sono relativamente frequenti e sono in gran parte carcinomi epidermoidi o squamosi nel 90-95%. I fattori che sembrano maggiormente coinvolti sono abuso di bevande alcoliche, fumo, carenze dietetiche, ingestione di sostanze cancerogene, infezioni da virus del papilloma umano.

### Istopatologia

Distinguiamo il carcinoma in situ, squamocellulare, adenocarcinoma, sarcomi e tumori esofagei secernenti peptidi (oat-cell). Macroscopicamente si distinguono in polipoide, stenosante, ulcerato.

- Carcinoma in *situ*. Caratterizzato dal sovvertimento della citoarchitettura epiteliale, non supera la membrana basale, può evolvere in carcinoma microinfiltrante.
- Carcinoma squamocellulare. 90-95% di ca. esofageo. Insorge lungo tutta l'estensione dell'esofago, invadendone la parete muscolare e successivamente le strutture mediastiniche adiacenti (soprattutto il n. laringeo, n. ricorrente, n. frenico e/o bronchi, trachea, aorta e pericardio). E' sensibile al trattamento radioterapeutico.
- Adenocarcinoma. Generalmente insorge su epitelio di Barret (sostituzione epitelio pluristratificato esofageo con epitelio metaplasico simil-intestinale, insorge nel 5-10% dei pz con MRGE). Localizzato in genere al tratto distale dell'esofago. Scarsamente differenziato. Poco sensibile alla radioterapia.

### Clinica

Disfagia che insorge quando la neoplasia occupa 1/3 del lume esofageo, calo ponderale, dolore retrosternale, rigurgito, pirosi retrosternale, singhiozzo, raucedine (interessamento n. laringeo), tosse, scialorrea, melena.

### Diagnosi

Non sempre facile all'esordio, la disfagia è in genere quella che porta il pz in osservazione. L'rx esofageo consente la localizzazione della lesione ed una buona valutazione della sua estensione in senso longitudinale. L'esame endoscopico fornisce informazioni più precise sulla sede ed estensione del tumore solo nei casi in cui però esista una stenosi serrata. TC per la stadiazione.

### Stadiazione

Stadio I: T1, N0, M0

Stadio II: T2, N0, M0

Stadio III: T1-T3, N1, M1

Stadio IV: T4, N0-N1, M1

T1s: estensione alla mucosa

T1:           “    “    sottomucosa

T2:                    muscolare

T3:                    avventizia

T4:                    strutture adiacenti

N1: ai linfonodi regionali

M1: metastasi

## Terapia

Il razionale terapeutico per una resezione curativa prende in considerazione: l'estensione della malattia limitata in un volume anatomicamente resecabile (Stadio I-II-III), condizioni respiratorie ottimali, stadio nutrizionale che permetta un normale processo di cicatrizzazione, visceri che possono sostituire l'esofago non devono presentare alterazioni patologiche.

Le tecniche di ricostruzione del transito alimentare dopo resezioni parziali o totali dell'esofago sono: esofago-gastro-anastomosi termino laterale, digiunoplastica, plastica con il colon, plastica con lo stomaco, plastica con il colon dx, plastica con il colon in sede mediastinica posteriore, plastica con il colon e colodigiunostomia termino-laterale.

In caso di lesioni maligne inoperabili si applicano endoprotesi a scopo palliativo, posizionati sotto controllo endoscopico e previa dilatazione, meglio tollerate per lesioni distali rispetto a quelle prossimali.

La radioterapia è da considerare tra i trattamenti terapeutici primari del carcinoma squamoso esofageo, soprattutto per quello a sede cervicale negli stadi I-II. Per i tumori di più grosse dimensioni, è indicata la terapia neoadiuvante per riduzione della massa neoplastica.