

Neoplasie dell'Esófago

Marco Romano
Dipartimento di Internistica Clinica e
Sperimentale – Gastroenterologia – SUN
Tel: 0815666714
E-mail: marco.romano@unina2.it

Tumori Maligni Rari

- carcinoma a piccole cellule
- carcinosarcoma
- melanoma
- linfoma
- sarcoma di Kaposi.

< 5%

Carcinoma Esofageo

E' il 6° (M) e 9° (F) tumore nel mondo per
incidenza e la 5° (M) e 9° (F) causa di morte legata
a cancro nel mondo.

carcinoma squamoso (30-40%)

adenocarcinoma (60-70%).

Fattori di Rischio

- **Ca squamoso:** fumo, alcol, cibi caldi, vegetali in salamoia, sottaceti, alimenti ricchi di N-nitroso-composti, alimenti carenti in elementi protettivi (selenio), agenti infettivi (HPV), patologie esofagee preesistenti (acalasia idiopatica, esofagite da caustici), malattia celiaca, tilosi, trattamento radiante della regione testa-collo.
- **Adenocarcinoma:** malattia da reflusso gastro-esofageo (rischio aumentato di circa 8 volte), esofago di Barrett, razza bianca caucasica, sesso maschile, fumo, familiarità, obesità. I ceppi di *Helicobacter pylori* più virulenti cagA+ sembrano avere un ruolo protettivo nella patogenesi della MRGE, nel EB, e quindi dell' adenoCA.

Biologia e Genetica

P53 (tumor suppressor gene) mutato nel 70%

E-cadherin mutation (perdita della espressione):

- perdita delle molecole di adesione sulla superficie delle cellule tumorali → invasione
- attivazione di COX-2 → aumento proliferazione, inibizione apoptosi

Presentazione Clinica

- disfagia (segno di malattia già avanzata): progressiva, non dolorosa, per i solidi
- dimagrimento
- odinofagia
- dolore toracico retrosternale
- singhiozzo (coinvolgimento nervo frenico e diaframma)
- modificazione del timbro della voce (coinvolgimento laringeo ricorrente)
- scialorrea
- tosse post-deglutizione: fistola esofagotracheale o esofagobronchiale
- linfadenopatia cervicale

Perforazione dell'esofago

- Possibile complicanza di adenoK o di stenosi peptiche
- S. di Boerhaave: perforazione spontanea conseguente a conati di vomito o vomito violenti: dolore toracico e shock conseguenti all'entrata nel mediastino del materiale contenuto nell'esofago.

Diagnosi

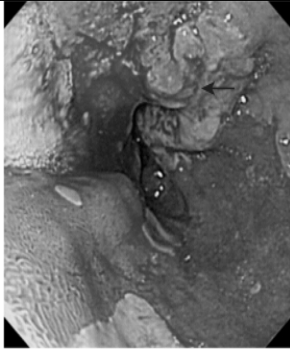
Non specifici markers sierologici

Radiologia:

- esofagografia con bario solo in pz in cui si sospetta fistola esofago-respiratoria;
- CT scan torace ed addome superiore: linfonodi, polmoni, fegato. Si può anche visualizzare il primitivo come una massa di bassa densità nella regione dell'esofago;

Endoscopia: visualizzazione, estensione,

localizzazione, caratterizzazione istologica (almeno 6 prelievi biotici);



© Elsevier. Boon et al.: Davidson's Principles and Practice of Medicine 20e - www.studentconsult.com

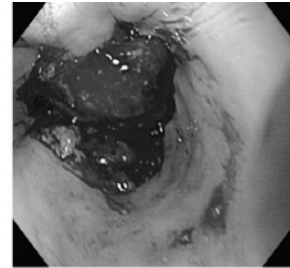


Figure 46-5. Advanced squamous cell carcinoma of the esophagus that is nearly completely occluding the lumen.

Copyright © 2010, 2006, 2002, 1998, 1993, 1989, 1983, 1978, 1973 by Saunders, an imprint of Elsevier Inc

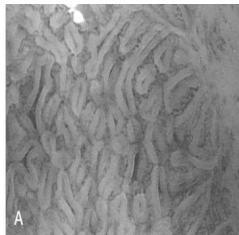


Figure 46-6A. Images of nondysplastic Barrett's esophagus using a high-resolution endoscope without (A) and with (B) narrow band imaging. In the lower panels (C, D) an area of early intramucosal cancer in the background of high-grade dysplasia associated with Barrett's esophagus is shown. Note the irregular and distorted pit and vascular pattern in the area of high-grade dysplasia or intramucosal cancer compared with the nondysplastic Barrett's esophagus (A, B), which has a regular pit and vascular pattern.

Copyright © 2010, 2006, 2002, 1998, 1993, 1989, 1983, 1978, 1973 by Saunders, an imprint of Elsevier Inc

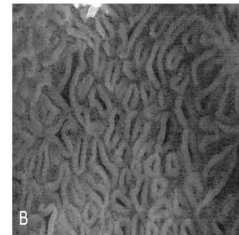


Figure 46-6B. Images of nondysplastic Barrett's esophagus using a high-resolution endoscope without (A) and with (B) narrow band imaging. In the lower panels (C, D) an area of early intramucosal cancer in the background of high-grade dysplasia associated with Barrett's esophagus is shown. Note the irregular and distorted pit and vascular pattern in the area of high-grade dysplasia or intramucosal cancer compared with the nondysplastic Barrett's esophagus (A, B), which has a regular pit and vascular pattern.

Copyright © 2010, 2006, 2002, 1998, 1993, 1989, 1983, 1978, 1973 by Saunders, an imprint of Elsevier Inc

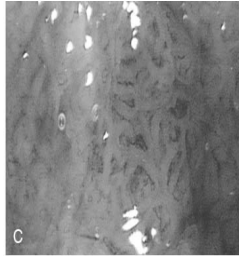


Figure 46-6C. Images of nondysplastic Barrett's esophagus using a high-resolution endoscope without (A) and with (B) narrow band imaging. In the lower panels (C, D) an area of early intramucosal cancer in the background of high-grade dysplasia associated with Barrett's esophagus is shown. Note the irregular and distorted pit and vascular pattern in the area of high-grade dysplasia or intramucosal cancer compared with the nondysplastic Barrett's esophagus (A, B), which has a regular pit and vascular pattern.

Copyright © 2010, 2006, 2002, 1998, 1993, 1989, 1983, 1978, 1973 by Saunders, an imprint of Elsevier Inc

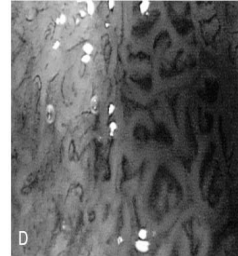
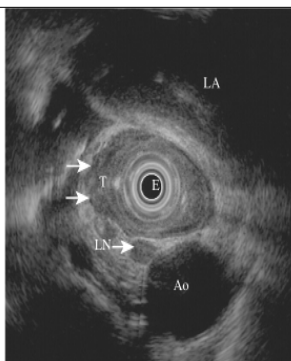


Figure 46-6D. Images of nondysplastic Barrett's esophagus using a high-resolution endoscope without (A) and with (B) narrow band imaging. In the lower panels (C, D) an area of early intramucosal cancer in the background of high-grade dysplasia associated with Barrett's esophagus is shown. Note the irregular and distorted pit and vascular pattern in the area of high-grade dysplasia or intramucosal cancer compared with the nondysplastic Barrett's esophagus (A, B), which has a regular pit and vascular pattern.

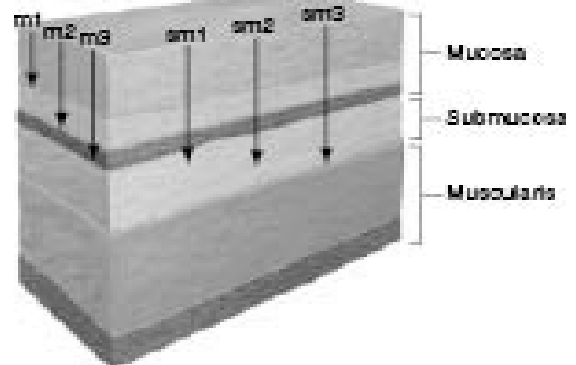
Copyright © 2010, 2006, 2002, 1998, 1993, 1989, 1983, 1978, 1973 by Saunders, an imprint of Elsevier Inc

Staging Eco-endoscopico di Adeno K Esofageo



© Elsevier. Boon et al.: Davidson's Principles and Practice of Medicine 20e - www.studentconsult.co

Gradi di Invasione



Screening

Sorveglianza endoscopica raccomandata solo in Pz con esofago di Barrett (metaplasia intestinale)

Biopsie ogni quadrante a livello dell'area metaplasica

- No displasia : EGDS ogni 2 anni
- Displasia basso grado (LGD): 12 settimane PPI e ripetere biopsia, se LGD confermata EGDS ogni 6 mesi per un anno e, successivamente, ogni anno
- Displasia grave (HGD): 27% progressione in ca. a 3 anni:
 1. Esofagectomia
 2. Mucosectomia

Staging

• Tomografia ad emissione di positroni (PET):

Metastasi a distanza

Sensibilità 88%

Specificità 91%

Accuratezza diagnostica 91%

Metastasi linfonodali loco-regionali

Sensibilità 45%

Specificità 100%

Accuratezza diagnostica 48%

• Ultrasonografia Endoscopica

Utile per estensione sottomucosa e per linfonodi periesofagei e mediastinici

Terapia

Strettamente dipendente dallo staging

Trattabile ma raramente curabile

Sopravvivenza a 5 anni 5%-20%

Stage 0 (Tis, N0, M0): chirurgia o resezione mucosa

Stage 1 (T1,N0, M0): chirurgia o resezione mucosa

Stage IIA (T2/T3, N0, M0): chemio+radio con chirurgia

Stage IIB (T1/T2, N1, M0): chemio+radio con chirurgia

Stage III (T3, N1, M0 o T4,N0-1,M0): chemio+radio+chirurgia

Stage IV (T0-4, N0-1, M1): chirurgia palliativa

Tis: carcinoma in situ

T1: non supera la sottomucosa

T2 non supera la muscularis propria

T3: invasione tessuti periesofagei ma non strutture

Adiacenti

T4: invade strutture adiacenti