



“Quale percorso diagnostico per il paziente oncologico: L’endoscopista”

Napoli, 28 settembre 2023



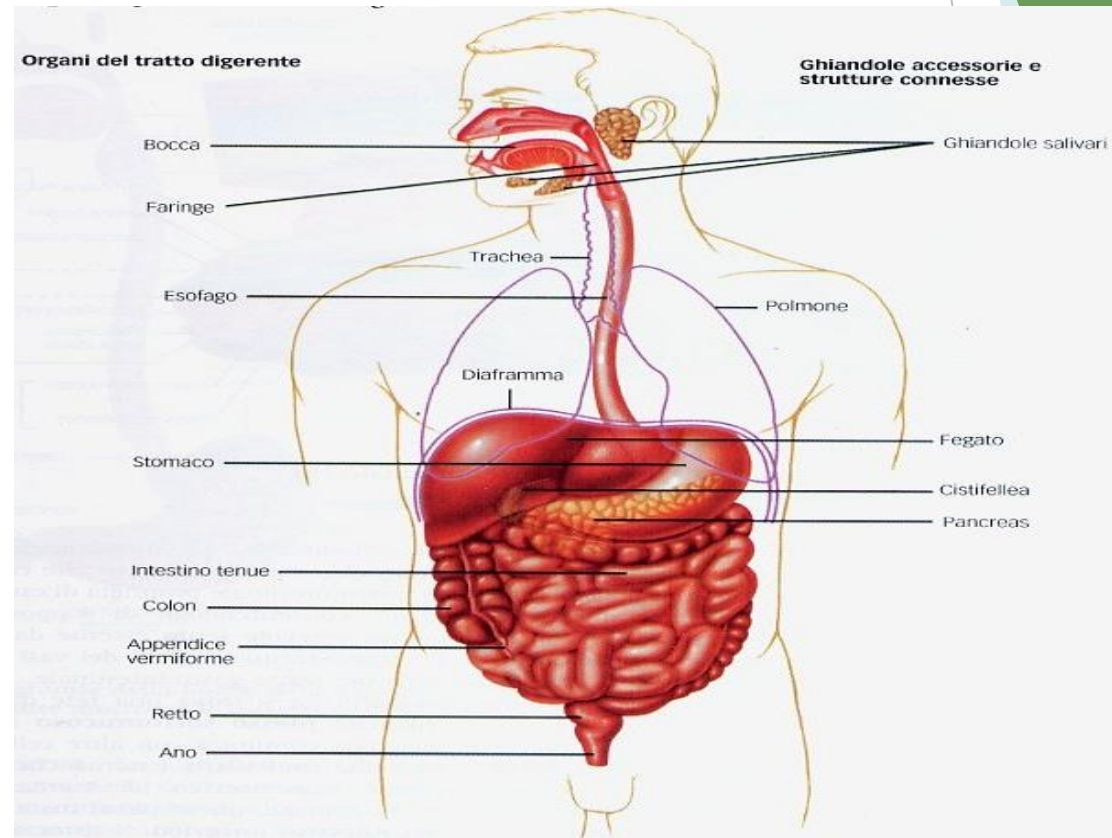
Leonardo De Luca

*Direttore U.O.C. Gastroenterologia
Ospedale del Mare - ASL Napoli 1 Centro*

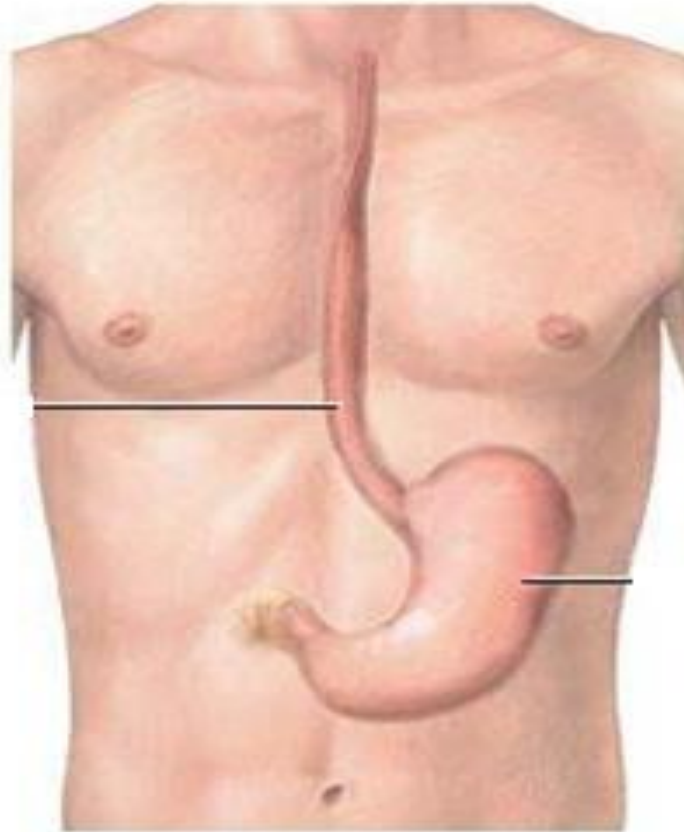


“Quale percorso diagnostico per il paziente oncologico: l’endoscopia”

Per ogni organo si riportano in maniera schematica i campi di intervento di competenza endoscopica



Patologia neoplastica esofagea



Patologia neoplastica esofagea

- ▶ Il tumore dell'esofago occupa l'ottavo posto nella classifica dei tumori più comuni (analisi su 185 paesi)
- ▶ Nel 2020 in Italia sono stati registrati 2.400 nuove diagnosi di tumore dell'esofago

Si stima che i decessi sono stati nello stesso anno 1.900.

La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi resta ancora molto bassa: va dal 12% nei maschi al 17% nelle donne.

Patologia neoplastica esofagea

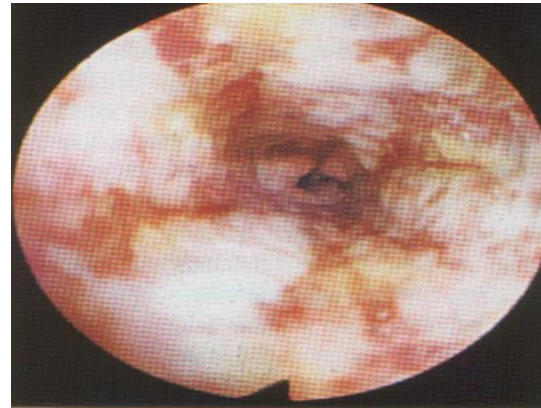
- ▶ Nel 70% dei casi le neoplasie dell'esofago sono rappresentate dal **carcinoma squamocellulare**. Tra i fattori di rischio:

Fumo

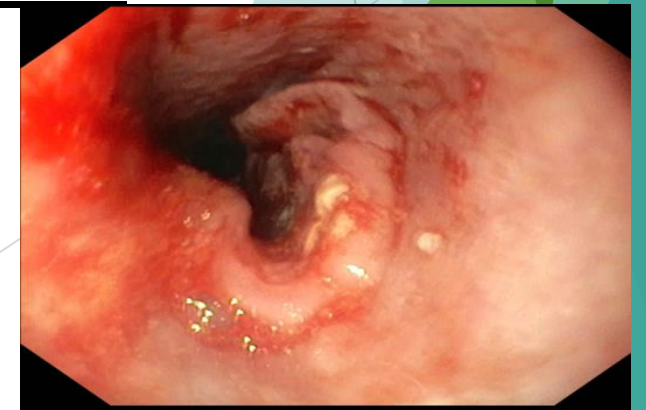
Consumo di alcol

Esofagite da caustici

Acalasia



- ▶ Nel 30% dei casi la neoplasia esofagea è un **adenocarcinoma** che di solito insorge su Esofago di Barrett (E.B.)



Patologia neoplastica esofagea

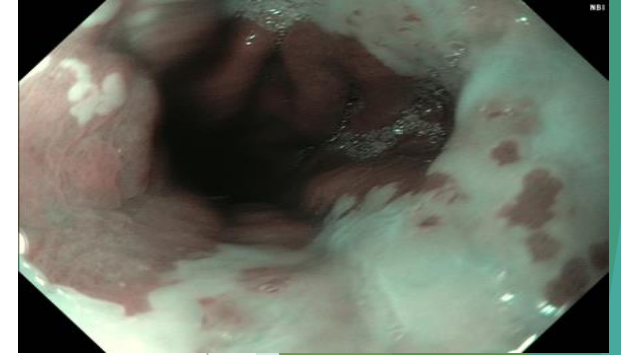
- L'esofago di Barrett = trasformazione della mucosa pavimentosa dell'esofago in mucosa cilindrica (metaplasia intestinale) causata dal reflusso g-e di materiale acido e di succo biliare.

Non sono oggi previsti esami di screening estesi a tutta la popolazione che permettano di diagnosticare forme tumorali iniziali nei pazienti asintomatici



Gestione endoscopica dell'Esófago di Barrett: position statement della Società Europea di Endoscopia Gastrointestinale (ESGE)

- ▶ Per la sorveglianza dell'EB è raccomandata l'endoscopia con strumenti «ad alta definizione».
- ▶ **Tutte le anomalie visibili**, indipendentemente dal grado di displasia, **devono essere asportate mediante tecniche di resezione endoscopica** al fine di ottenere una ottimale stadiazione istopatologica.
- ▶ Se al controllo istopatologico viene confermata la diagnosi di displasia di basso grado, è indicata la **radiofrequenza preceduta o meno da resezione endoscopica**



Patologia neoplastica esofagea

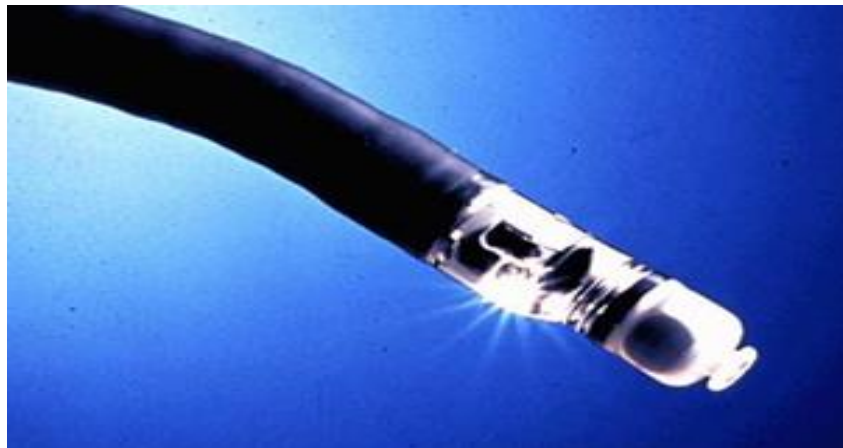
Stadiazione endoscopica (esofago-stomaco-retto, etc)

L'ecoendoscopia (EUS) consente di determinare:

la profondità dell'infiltrazione parietale (T)

la presenza di linfonodi locoregionali (N)

ev. interessamento delle strutture anatomiche adiacenti



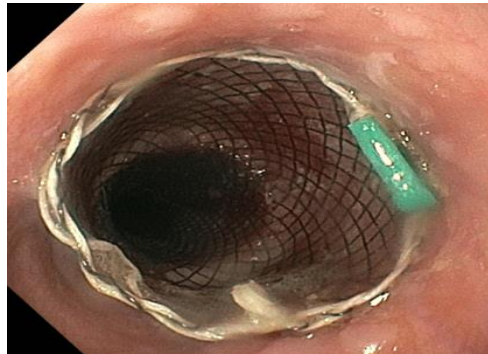
Patologia neoplastica esofagea

Nelle forme di malattia in fase avanzata in cui non è proponibile né il trattamento chirurgico né quello radio-chemioterapico, questi pazienti possono trarre beneficio da cure di supporto che consentono una adeguata alimentazione ed idratazione, volti a preservare la qualità di vita residua.

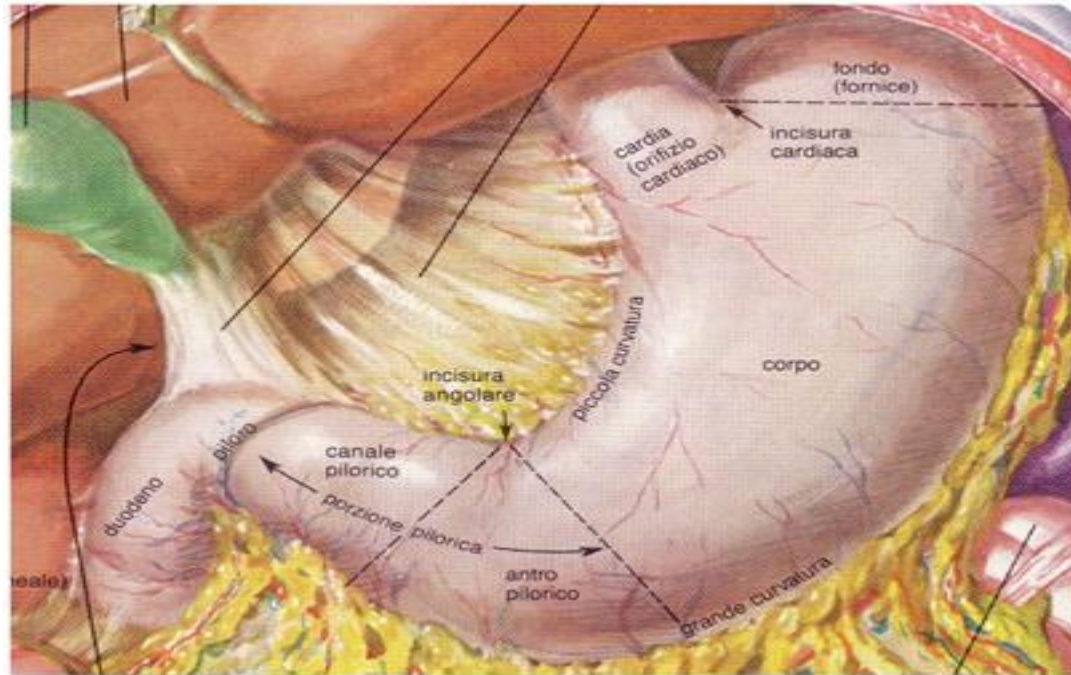
Interventi endoscopici palliativi:

Posizionamento di protesi autoespandibili

Sonde nutrizionali: Sondino naso-gastrico, Posizionamento di PEG



Patologia neoplastica gastrica



La neoplasia gastrica è la seconda causa di morte preceduta solo dal cancro del polmone.

Patologia neoplastica gastrica

- ▶ In Italia: **Incidenza nel 2022: 14.700 nuove diagnosi**
Mortalità nel 2021: 8.500 decessi
(2022 non disponibili)
- ▶ Anche per la neoplasia gastrica non esistono nel nostro paese indicazioni per effettuare programmi di prevenzione mediante screening sulla popolazione generale.

Patologia neoplastica gastrica

Le lesioni gastriche a rischio sono:

Polipo gastrico adenomatoso o adenoma

Ulcera gastrica

Resezione gastrica per condizione benigna

Gastrite cronica atrofica

Patologia neoplastica gastrica

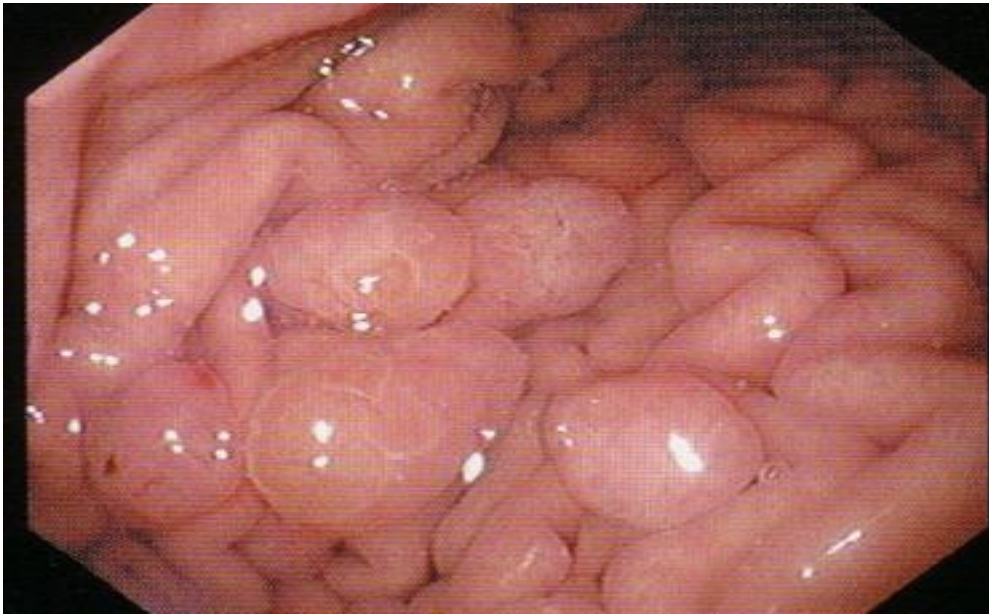
1) Polipi gastrici

Solo i **polipi adenomatosi** presentano un rischio di trasformazione maligna che aumenta con l'aumentare delle loro dimensioni

- Tali lesioni devono essere rimosse mediante **resezione endoscopica** (polipectomia, mucosectomia, ESD)

Tutti gli altri polipi gastrici non adenomatosi (iperplastici) non richiedono sorveglianza

Patologia neoplastica gastrica



Patologia neoplastica gastrica

2) Ulcera gastrica

Su ogni lesione ulcerativa gastrica bisogna effettuare biopsie multiple (almeno 4/6).

- In caso di displasia di alto grado procedere a stadiazione ed eventuale intervento chirurgico
- In caso di displasia di basso grado o di negatività eseguire EGDS di controllo con biopsie dopo 4-6 settimane di terapia antiulcera



Patologia neoplastica gastrica



Patologia neoplastica gastrica

3) Resezione gastrica per patologia benigna

In base a studi retrospettivi e autoptici, lo stomaco resecato per ulcera peptica gastrica o duodenale è considerato una condizione a rischio per tumore gastrico

- la frequenza di tumore è dal 2 all' 8.7%.
- un controllo endoscopico/bioptico è raccomandato dopo 15 anni dalla resezione

Patologia neoplastica gastrica

4) Gastrite cronica atrofica

La GCA può presentare con il progredire del tempo una **metaplasia intestinale (m.i.)** ed una displasia per cui è raccomandata la **SORVEGLIANZA** endoscopico-bioptica:

- ✓ GCA con m.i. senza displasia controllo ogni 5 anni
- ✓ GCA con m.i. con displasia di basso grado controllo a 6 mesi
- ✓ GCA con m.i. con displasia di alto grado controllo immediato e trattamento chirurgico.

Patologia neoplastica gastrica

Nei tumori gastrici la stadiazione (TNM)
- come per l'esofago - si avvale di:

ECOENDOSCOPIA:

infiltrazione parietale (T),

valutazione dei linfonodi locoregionali (N),

ev. interessamento strutture anatomiche adiacenti



Patologia neoplastica gastrica

TRATTAMENTO endoscopico palliativo:

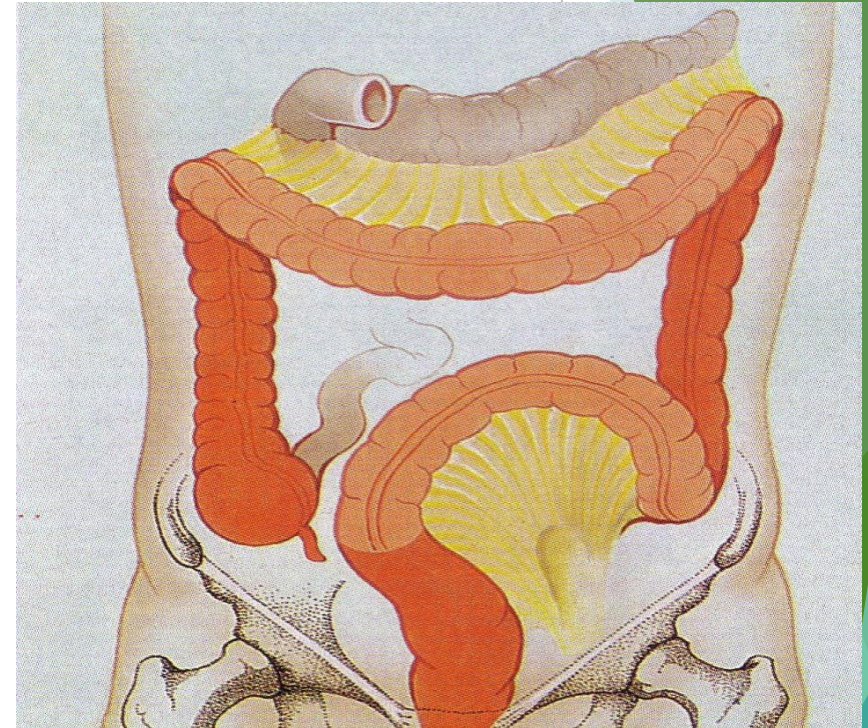
Laser-terapia perendoscopica

Gastroenteroanastomosi EUS guidata



Patologia neoplastica del colon-retto

Il carcinoma del colon retto (CCR) è la terza causa di morte per cancro nel mondo e la sua incidenza è inferiore solo a quella del cancro del polmone e della mammella



Patologia neoplastica del colon-retto

L'incidenza di CCR in Italia nel 2022 è stimata di circa 48.100 nuove diagnosi, con una mortalità di 21.700 decessi nel 2021 (dati del 2022 non disponibili)

I fattori di rischio per il CCR sono:

Fattori dietetici e geografici



MICI



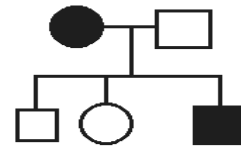
Età



Adenoma



Fattori genetici



Pregresso carcinoma colorettaie



Patologia neoplastica del colon-retto

► Nelle MICI

Nella RCU è accertato il carattere precanceroso in quanto l'insorgenza della displasia costituisce un reperto abbastanza frequente nella malattia di lunga durata, nel M. di Crohn è una rara evenienza

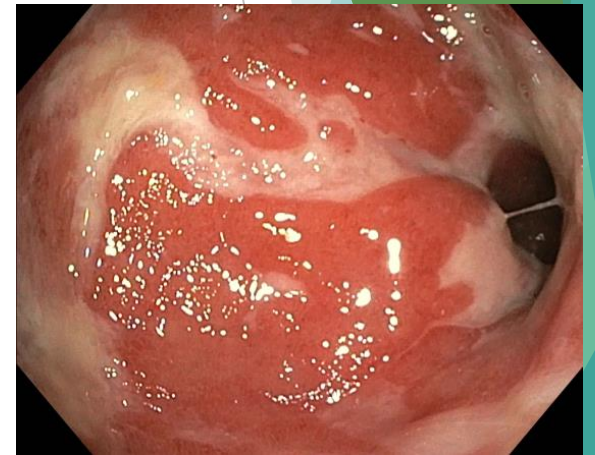
Il rischio di degenerazione neoplastica, variabile per durata ed estensione della malattia è qualificabile nel 5-40% per la RCU e 6-20% per il MC. La variabilità dipende dalla durata e dalla estensione della malattia

Patologia neoplastica del colon-retto

L'endoscopia rappresenta la metodica di scelta nella sorveglianza neoplastica delle MICI, in quanto permette l'esecuzione di prelievi biotici multipli lungo tutti i tratti esplorati. **La sorveglianza** (colonscopia di qualità ad alta definizione) **è di fondamentale importanza nella RCU. Il timing** più accettato per la RCU è il seguente:

Colonscopia dopo 8 anni dalla diagnosi

- ▶ **Pazienti a basso rischio:** colite che interessa < 50% del colon oppure pancolite con infiammazione endoscopico/istologica di grado lieve. **Colonscopia ogni 5 anni**
- ▶ **Pazienti a rischio intermedio:** Pancolite con infiammazione endoscopico-istologica di grado moderato oppure familiari di I grado con CCR < 50 anni - **Colonscopia ogni 2-3 anni**
- ▶ **Pazienti ad alto rischio:** Colite estesa con infiammazione endoscopico-istologica severa oppure familiari di I grado con CCR < 50 anni, PSC, Stenosi o displasia nei precedenti 5 anni - **Colonscopia ogni anno**



Patologia neoplastica del colon-retto

Polipi adenomatosi

La presenza nella stessa lesione di diversi gradi di displasia fino all'adenocarcinoma invasivo dimostra l'esistenza della **sequenza adenoma-displasia-carcinoma**

Da ciò si evince che la più efficace metodica per l'attuazione della prevenzione del CCR sia la asportazione endoscopica ed il successivo controllo endoscopico

Patologia neoplastica del colon-retto

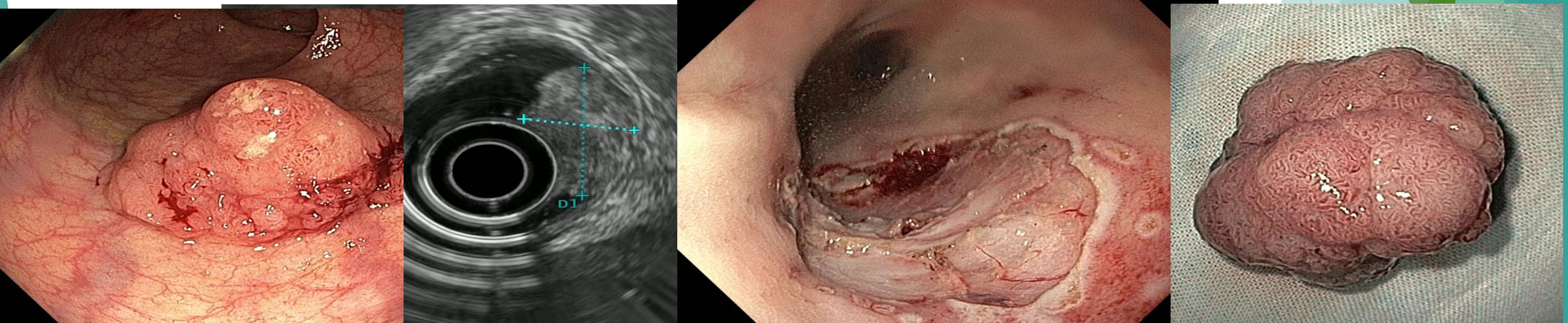
- ▶ La POLIPECTOMIA endoscopica è necessaria per asportare il polipo ed interrompere la sequenza polipo-cancro, sia per effettuare un'analisi istologica che determini le caratteristiche di benignità o potenziale malignità del polipo.
- ▶ In alcuni casi la rimozione dei polipi può essere effettuata mediante mucosectomia o dissezione sottomucosa (ESD)

Patologia neoplastica del colon-retto

► Polipectomia



► Mucosectomia



Patologia neoplastica del colon-retto: lo screening

- ▶ Per la prevenzione del CCR è raccomandato un programma di screening perché:
 - è una patologia che colpisce maschi e femmine in egual misura con una elevata incidenza di mortalità e morbidità
 - i diversi tests di screening utilizzati sono relativamente semplici da eseguire
 - la rimozione endoscopica dei polipi adenomatosi riduce l'incidenza del CCR e la diagnosi precoce di questo tumore ne riduce la mortalità
 - il rapporto costo/beneficio e l'incidenza minima di effetti collaterale ne giustificano ampiamente l'utilizzazione di massa

Patologia neoplastica del colon-retto: lo screening

- ▶ In base ai dati di incidenza e prevalenza del CCR è stato stabilito che lo screening degli individui a rischio generico deve cominciare con la ricerca del SOF dall'età di 50 anni e deve essere effettuata ogni 2 anni fino all'età di 74 anni (poiché la trasformazione adenoma-tumore è valutata in circa 10 anni)
- ▶ La positività al SOF indica l'esecuzione di una colonscopia con una sensibilità di circa il 95%
- ▶ Il test ideale di screening è la colonscopia anche se più costosa e con un rischio di complicanze maggiori rispetto alle altre metodiche.

Screening dei tumori del colon-retto

ASL NAPOLI 1 Centro

Il kit per effettuare presso il proprio domicilio il test per la ricerca del sangue occulto nelle feci può essere ritirato:

a) presso gli ambulatori dedicati allo screening del colon retto dei diversi distretti sanitari:

- DS 24: Via Chiatamone 33
- DS 25: Via Winspeare 67
- DS 26: Via Canonico Scherillo 12, tel. 081/254 8379
- DS 27: Via San Gennaro ad Antignano 42
- DS 28: Viale della Resistenza 25
- DS 29: Corso Amedeo di Savoia 220
- DS 30: Vico Valente 31
- DS 31: Via Vespucci 9
- DS 32: Via Fratelli Grimm 178
- DS 33: Piazza Nazionale 9

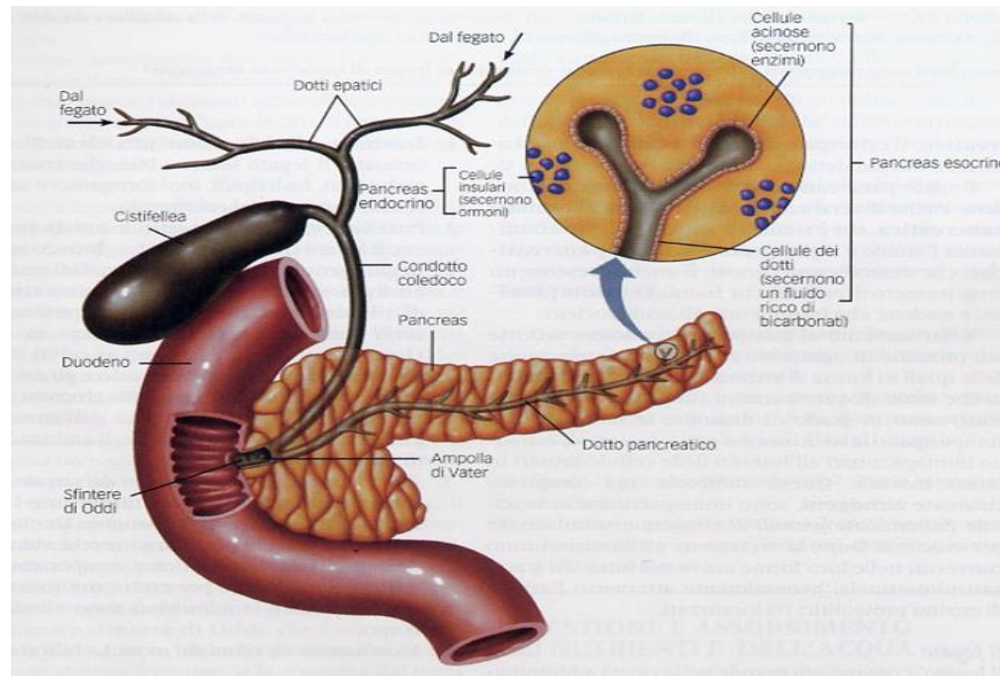
b) presso il proprio Medico di Medicina Generale, se aderente

c) presso una delle farmacie cittadine aderenti.

L'esame di approfondimento (colonscopia) potrà essere effettuato, all'interno del programma di screening e a **titolo completamente gratuito e senza ricetta alcuna**, presso i Servizi di Endoscopia del P.O.

Pellegrini, P.O. Loreto Mare, PSI Napoli Est e Presidio San Gennaro. *

Patologia neoplastica bilio-pancreatica



Le neoplasie del pancreas si collocano tra quelle a prognosi peggiore e rappresentano la 4 causa di morte per neoplasia

Patologia neoplastica bilio-pancreatica

L'incidenza del tumore pancreatico nel 2022 è stata stimata di circa 14.500 nuove diagnosi

La mortalità nel 2021 è stata di 12.900
(2022 non disponibile)

La prognosi è più favorevole per le neoplasie dell'ampolla di Vater

Patologia neoplastica bilio-pancreatica

Lesioni precancerose:

Cistoadenoma pancreatico mucinoso

Papilloma biliare

Adenoma delle vie biliari e della papilla di Vater

Colangite sclerosante primitiva

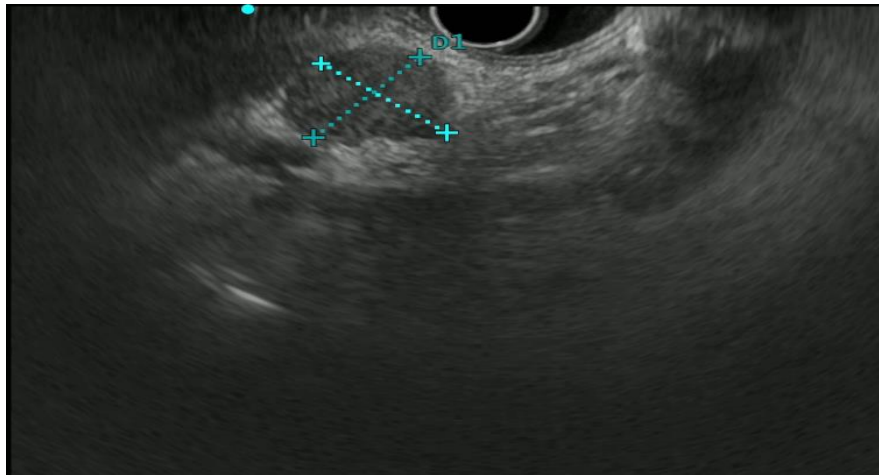
IPMN dotto principale

Patologia neoplastica bilio-pancreatica

Diagnosi

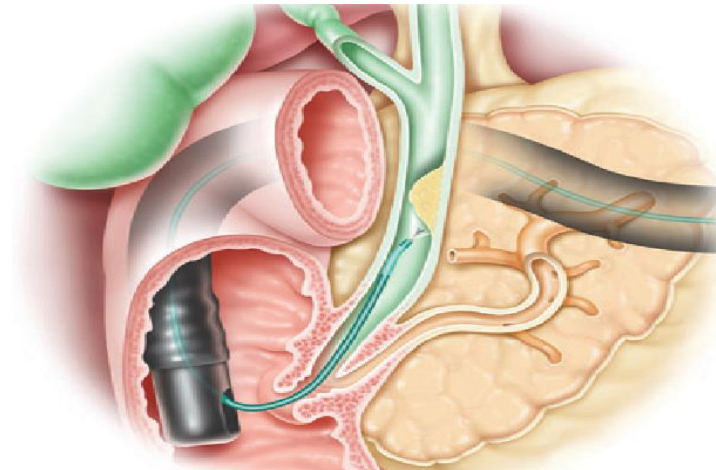
Ecografia addome superiore offre la possibilità di eseguire prelievi isto/citologici mediante aspirazione di masse pancreatiche con ago sottile

EUS con prelievi bioptici (FNAB)



Patologia neoplastica bilio-pancreatica

- ▶ L'ERCP ha oggi un ruolo di seconda linea **nella diagnosi** ed è limitato ai casi in cui le tecniche sopracitate non siano esaustive
- ▶ Anche l'ERCP consente di effettuare prelievi isto/citologici intraduttali o ampollari per la diagnosi definitiva senza rischio di disseminazione neoplastica (accuratezza diagnostica 36-46%)
- ▶ Con il colangioscopio si possono effettuare biopsie mirate a livello delle stenosi indeterminate delle vie biliari (accuratezza diagnostica > 88%)



Patologia neoplastica bilio-pancreatica

Stadiazione

L'ecoendoscopia: Tecnica sofisticata che consente di stadiare loco-regionalmente la lesione riconoscendo i casi di non resecabilità per l'infiltrazione neoplastica dell'asse mesenterico-portale

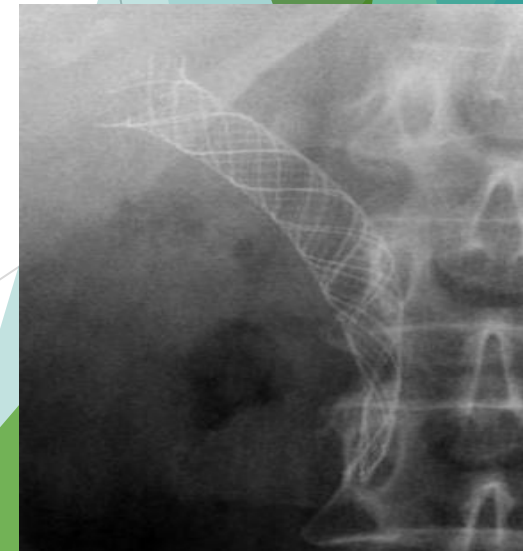
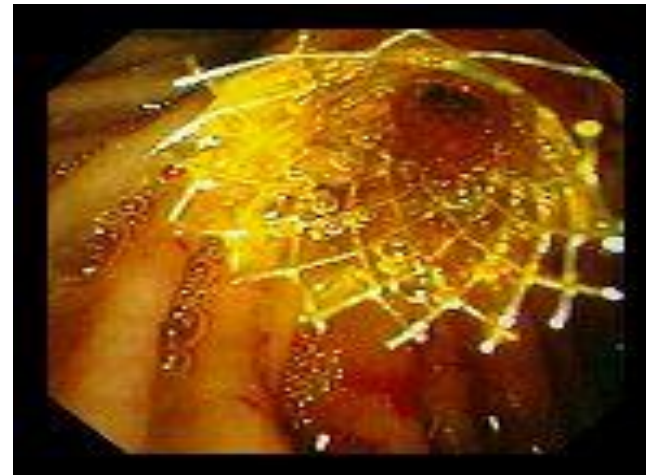
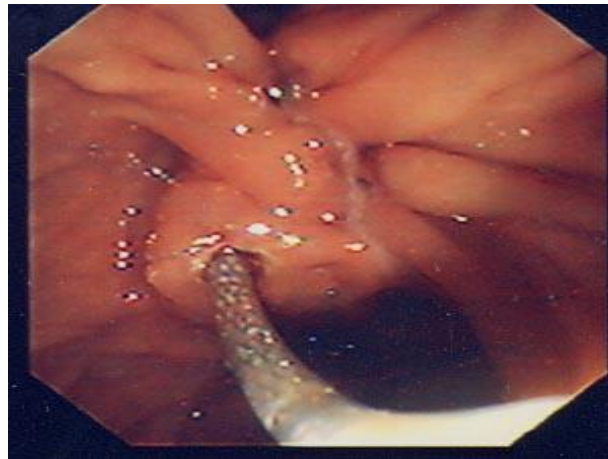


Patologia neoplastica bilio-pancreatica

Terapia

La tecnica terapeutica d'elezione è la chirurgia radicale
Essa è possibile nel 25-30% dei casi.

- ▶ La decompressione definitiva mediante endoprotesi posizionata durante l'ERCP **è il trattamento palliativo di prima scelta**





GRAZIE

