



**Fondazione SIRM**

**Presidente**

Roberto Grassi

**Consiglieri**

Francesca Coppola

Emanuele Neri

Enrico Pofi

Carmelo Privitera

**Comitato Tecnico Scientifico**

**Area Radiologica**

Carlo Catalano

Gianpaolo Carrafiello

Emanuele Neri

Vincenza Granata

**Area Economica-Legale**

Giuseppe Turchetti

Michele Karaboue

Giovanni Pasceri

**Comitato Editoriale**

Domenico Albano

Andrea Agostini

Salvatore Alessio Angileri

Massimo Benenati

Federico Bruno

Gianvito Candita

Michaela Cellina

Diletta Cozzi

Chiara Floridi

Giuliana Giacobbe

Roberta Grassi

Pasquale Guerriero

Giuseppe Micci

Pierpaolo Palumbo

Silvia Pradella

## Quesiti al medico radiologo. Tumore esofageo

Definire la sede (esofago cervicale, restringimenti sovraortico, retro-aortico, inter-aortico-bronchiale, retro-bronchiale, interbronchiale, retro-cardiaco, sovra diaframmatico, sottodiaframmatico, cardiace);

Descrivere l'aspetto della lesione che varia a seconda dell'istotipo (SC vs AC) e dello stadio (forme precoci vs forme avanzate);

E' bene estendere l'esame TC anche al collo e valutare con attenzione il parenchima polmonare per l'alta incidenza di neoplasie primitive sincrone in cavità orale, faringe e laringe.

E' bene valutare all'indagine baritata con attenzione l'intero corpo esofageo per la possibilità di riscontrare lesioni esofagee sincrone a distanza ("skip lesions"), per diffusione linfatica sottomucosa

Va posta attenzione ad escludere un'eventuale invasione tracheo-bronchiale e della pleura mediastinica destra nelle neoplasie esofagee del terzo medio o superiore che preclude il solo accesso chirurgico per via addominale

La sede precisa del cardias riveste particolare importanza perché, rispetto all'epicentro della lesione, le lesioni che risalgono di oltre 5 cm sono considerate esofagee altrimenti gastriche

Se dalla anamnesi è stata condotta una ablazione laser vanno escluse con certezza fistole e fissurazioni

Nei tumori del III superiore deve essere esclusa l'infiltrazione del nervo ricorrente sinistro, più vicino al decorso esofageo

Descrivere con precisione il limite prossimale e distale della lesione che condiziona il volume di resezione viscerale

Se è presente una protesi va documentata la sede distale della protesi che può trovarsi in spazio vuoto, dopo la GE, con conseguente rischio di caduta della protesi stessa

Nei controlli dopo posizionamento di protesi va escluso che tessuto esuberante in sede prossimale ostruisca il lume della protesi, anche se non è agevole differenziare fra tessuto neoplastico e tessuto reattivo ipertrofico

*Prof. Roberto Grassi, 1 Gennaio 2022*

**Fondazione SIRM**

