

**LA GESTIONE MULTIDISCIPLINARE NELLA DIAGNOSI E NEL  
TRATTAMENTO DEI TUMORI DEL RETTO**  
PRESEZZO - SABATO 23 OTTOBRE 2018



**GRUPPO OSPEDALIERO  
SAN DONATO**

# **LA RADIOTERAPIA PREOPERATORIA**

**CORRADO ITALIA**

**RADIOTERAPIA POLICLINICO SAN PIETRO - POLICLINICO SAN MARCO**

# RT PREOPERATORIA

---

Radioterapia preoperatoria

Radio**chemio**terapia preoperatoria



# RT PREOPERATORIA: QUANDO?

## Pazienti con neoplasia del retto...



Dove si trova esattamente la neoplasia?

Misure in endoscopia

RM per maggior definizione  
(riflessione peritoneale)

Neoplasie rettali "alte", sede dubbia



# RT PREOPERATORIA: QUANDO?

---

## Pazienti con neoplasia T3-T4 o N+

Interessamento dei tessuti perirettali o di strutture anatomiche adiacenti

Interessamento dei linfonodi regionali

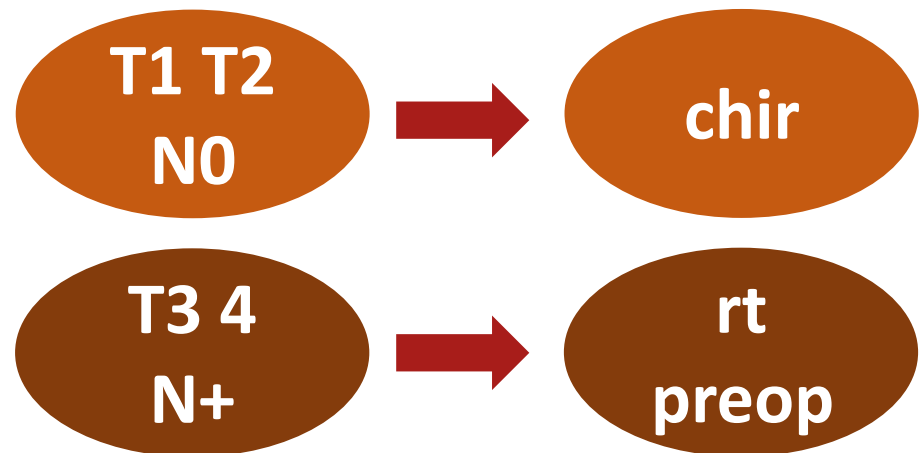
# RT PREOPERATORIA: QUANDO?

## Pazienti con neoplasia T3-T4 o N+

Interessamento dei tessuti perirettali o di strutture anatomiche adiacenti

Interessamento dei linfonodi regionali

**Stadiazione accurata!**  
**(TC, RM, ecoendo)**  
**60% dei pazienti**



# RT PREOPERATORIA O ANCHE POST?

Radiochemioterapia postoperatoria



ChT → ChT-RT → ChT

# RT PREOPERATORIA: PERCHE'?

---

**Tre buoni motivi...**



Riduzione del tasso di recidiva

Maggior possibilità di intervento conservativo

Migliore tollerabilità del trattamento

# RT PREOPERATORIA: PERCHE'?

---

## Evoluzione storica

**1980 - 1990** chirurgia, RT nei casi avanzati:  
*alto tasso di recidive, alto numero di Miles, alta tox,  
alto volume RT*

**1990 - 2000** interesse per neoadiuvante:  
*RT short course o long course, inizialmente no ChT*

**2000** → conferma RT preoperatoria  
*RT + ChT long course*



# RT PREOPERATORIA: PERCHE'?

## Conferme scientifiche: preop vs postop



**CAO/AIO/ARO 94 German trial (2012):** pro NAD 800 pts  
↓ *recidive locali (7% vs 10%)* ↔ *DFS, OS, FFDM*

**NSABP R 03 (2009):** pro NAD 267 pts  
↓ *recidive locali (24% vs 27%)* ↑ *DFS (65% vs 53%)*

**UK MRC C07 (2009):** pro NAD 1350 pts  
↓ *recidive locali (4% vs 11%)* ↑ *DFS (77% vs 71%)*

# RT PREOPERATORIA: PERCHE'?

---

## Conferme scientifiche: RT+ChT vs sola RT

**Cochrane review (2013): pro RT+ChT, 5 studi**

↓ *recidive locali (OR 0.39 vs 0.72)*      ↔ *DFS, OS*

# RT PREOPERATORIA: PERCHE'?

---

## Conferme scientifiche: sphincter preservation

### Risultati variabili

10 pubblicazioni 1999 - 2016

intervento conservativo ottenuto nel 15 - 78% dei casi

→ *media 53%*

# RT PREOPERATORIA: COME?

---

## Dosi e frazionamenti

Due schemi fondamentali

- 50.4 Gy in 28 frazioni (pelvi + boost retto-mesoretto)  
*con ChT fluoropirimidine e.v. o per os*
- 25 Gy in 5 frazioni (retto-mesoretto  $\pm$  pelvi)  
*principalmente senza ChT*

# RT PREOPERATORIA: COME?

---

Ristadiiazione dopo 4 - 6 settimane

TC, RM, endoscopia

Intervento dopo 6 - 8 settimane

# RT PREOPERATORIA: COME?

---

## Radiochemioterapia

Due schemi fondamentali in associazione a RT

- 5FU in infusione venosa continua  $225\text{mg}/\text{m}^2$  al giorno
- capecitabina  $825\text{mg}/\text{m}^2$  al giorno

# RT PREOPERATORIA: COME?

---

**Conferme scientifiche:  
5FU vs capecitabina**



**Hofheinz RD et al, Lancet Oncology (2012): 400 pts**  
*↔ recidive locali, DFS, OS, effetti collaterali*

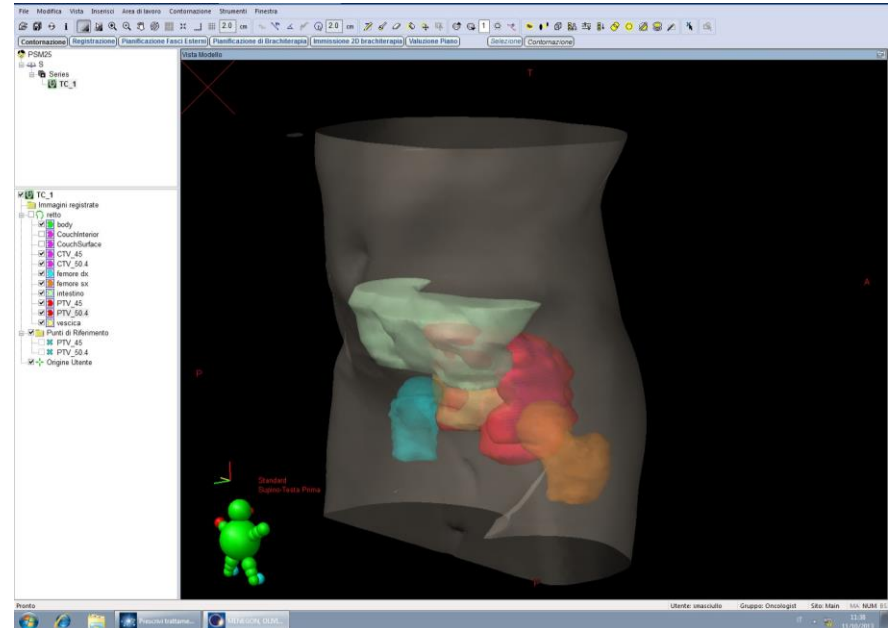
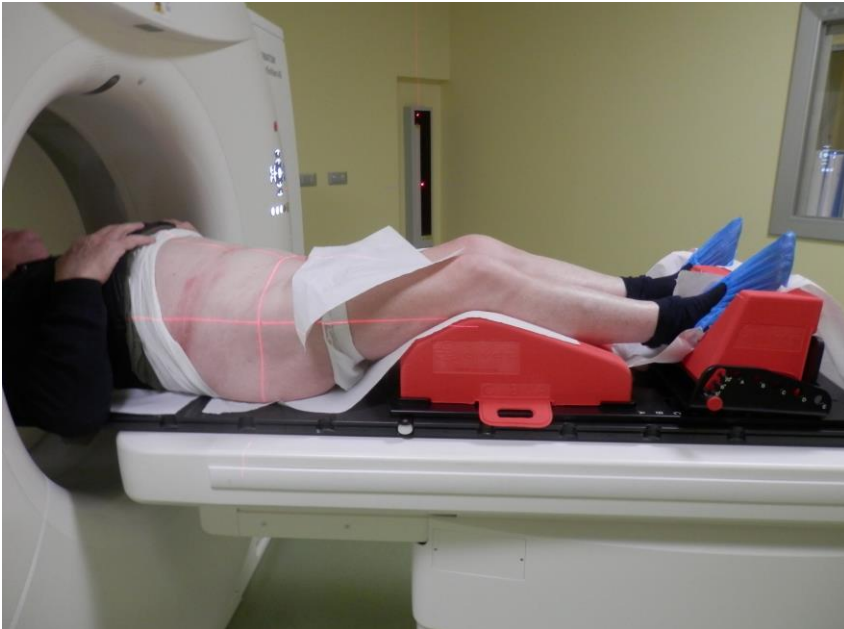
**Cochrane review (2017): 12000 pts, colorectal ca**  
*↔ DFS, OS, effetti collaterali qualitativamente diversi*

# RT PREOPERATORIA: COME?



GRUPPO OSPEDALIERO  
SAN DONATO

## Tecniche RT



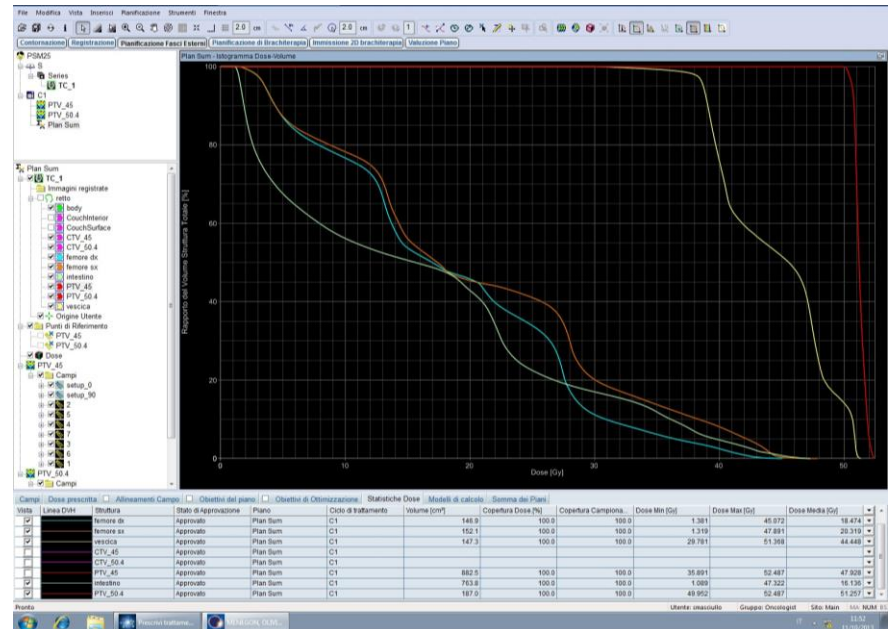
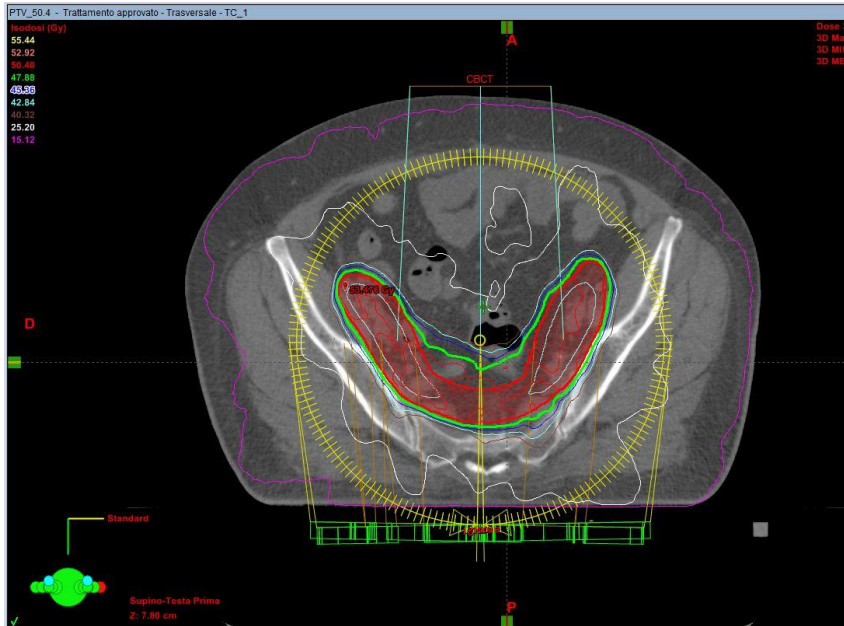


# RT PREOPERATORIA: COME?



GRUPPO OSPEDALIERO  
SAN DONATO

## Tecniche RT

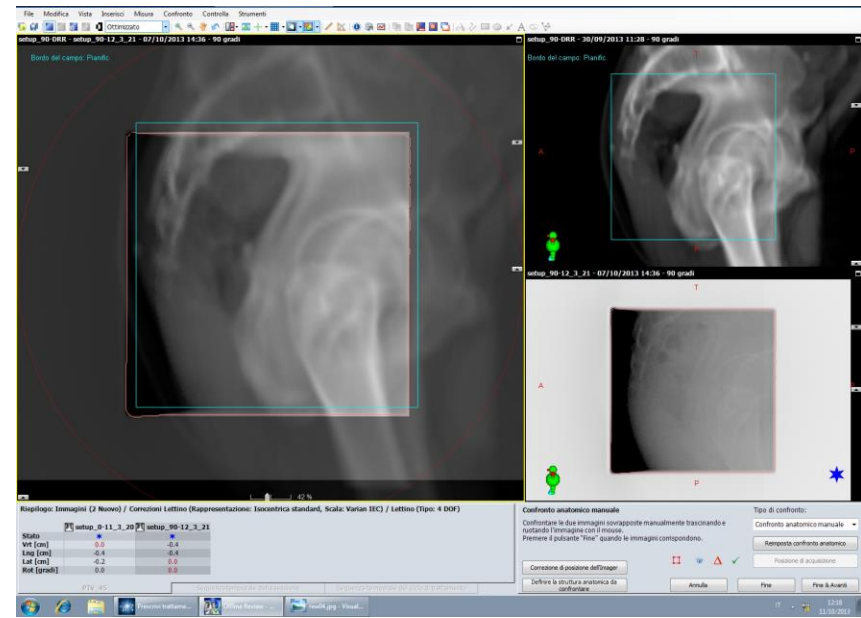
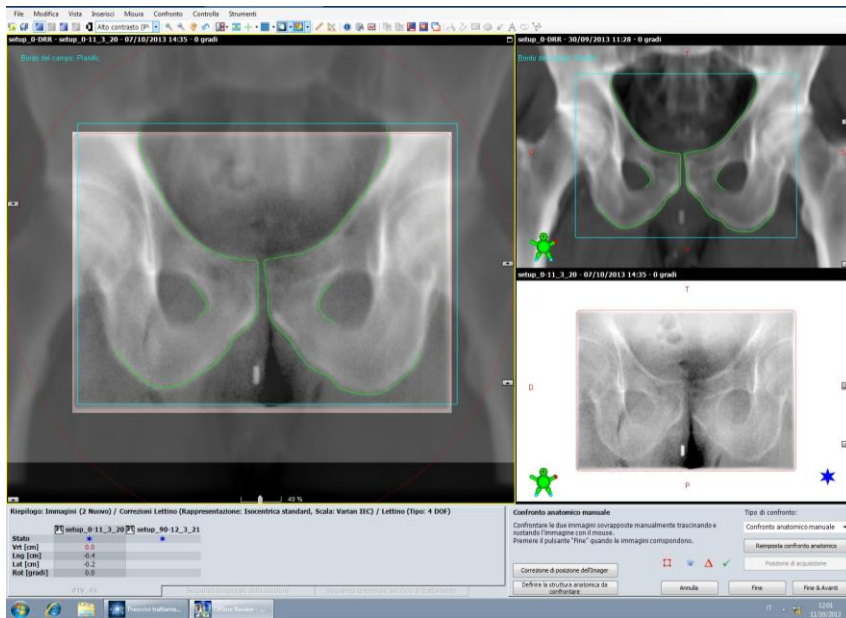


# RT PREOPERATORIA: COME?



GRUPPO OSPEDALIERO  
SAN DONATO

## Tecniche RT

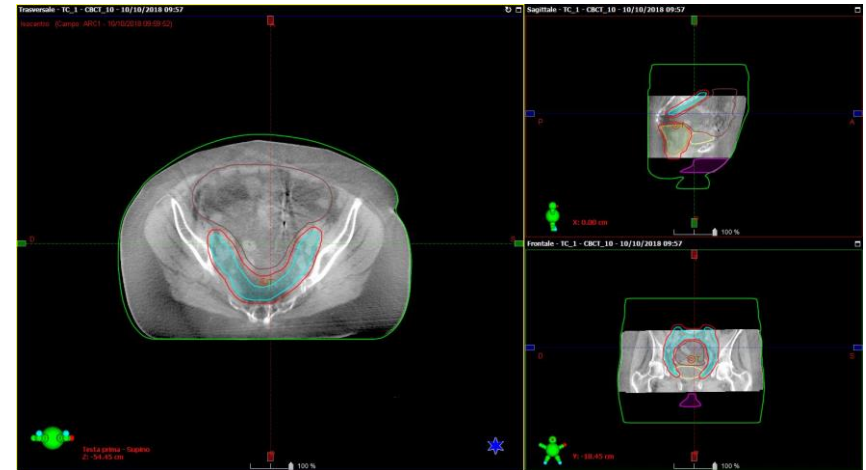
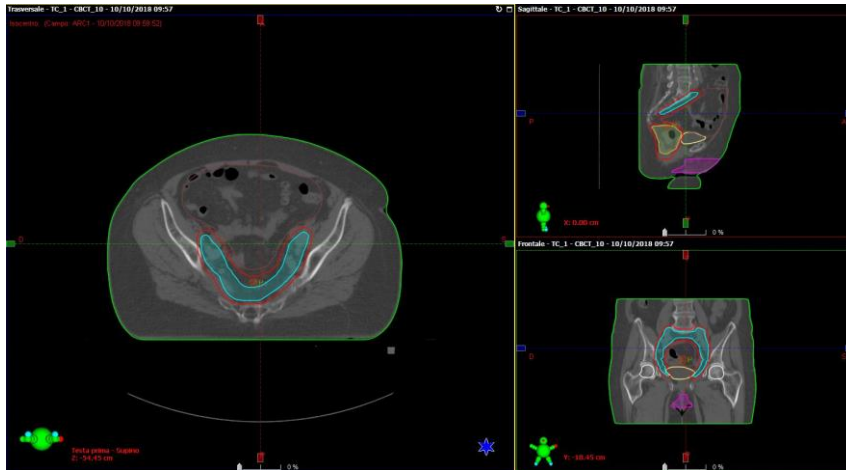


# RT PREOPERATORIA: COME?



GRUPPO OSPEDALIERO  
SAN DONATO

## Tecniche RT

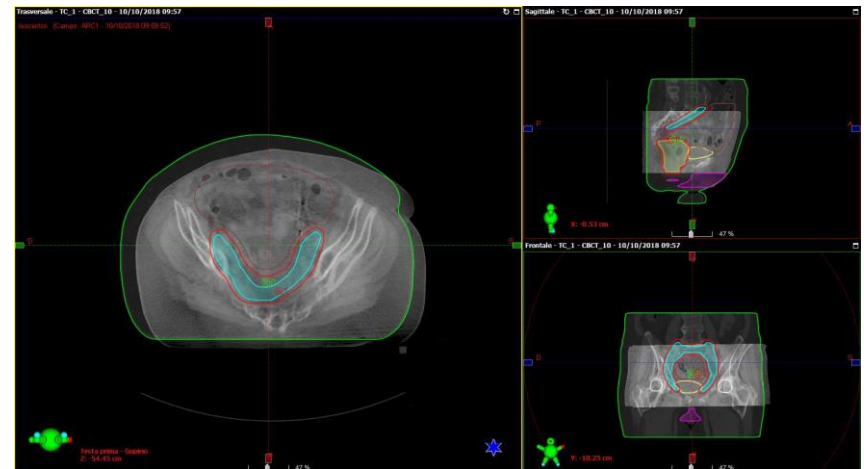
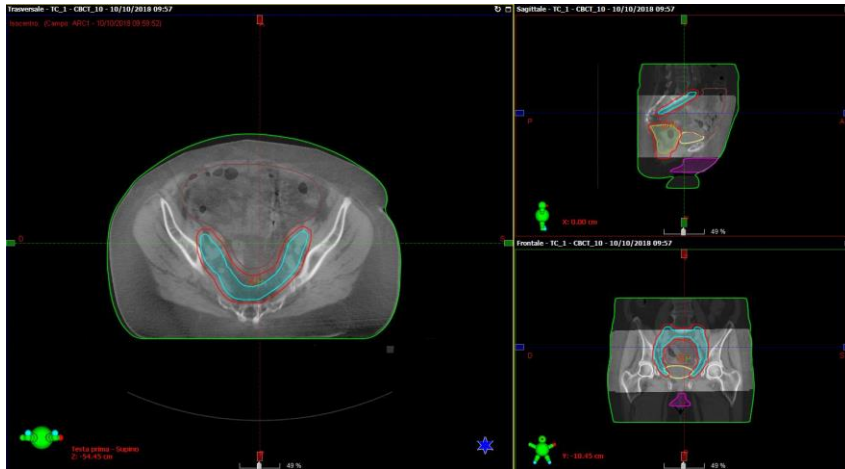


# RT PREOPERATORIA: COME?



GRUPPO OSPEDALIERO  
SAN DONATO

## Tecniche RT



## Effetti collaterali acuti

**cute-sottocute:** eritema, desquamazione secca e umida, ulcerazione, edema

**gastroenterico sup.:** inappetenza, nausea

**gastroenterico inf.:** tenesmo, diarrea, dolore, proctorragia

**genitourinario:** pollachiuria, nicturia, disuria, ematuria

## Effetti collaterali cronici

**cute-sottocute:** iperpigmentazione, atrofia, teleangectasie, edema, fibrosi

**gastroenterico:** tenesmo, mucorrea, diarrea, dolore, proctorragia, occlusione

**genitourinario:** pollachiuria, disuria, riduzione del volume vescicale, ematuria



# RT PREOPERATORIA



GRUPPO OSPEDALIERO  
SAN DONATO



# RT PREOPERATORIA: FUTURO

---

## Studi diagnostici

**Metilazione del DNA tumorale circolante**  
presente nel 20% dei pts candidabili a RT preop  
peggiore prognosi  
minore sensibilità a ChT

**Varianti geniche enzimi (DPD)**  
minor tolleranza alle fluoropirimidine

### **TC PET FDG**

pts responsivi o meno: eventuale intensificazione



## Intensificazione della dose RT

Attuali 45 Gy pelvi + 5.4 Gy = 50.4 Gy retto-mesoretto

→ 45 Gy pelvi, 55 Gy retto-mesoretto

→ 45 Gy pelvi, 52.5 Gy retto-mesoretto (boost b.i.d.)

→ 45 Gy pelvi, fino a 61.8 Gy (boost b.i.d.)

→ 41.4 Gy pelvi, 45.6 Gy retto (ipofrazionato)

# RT PREOPERATORIA: FUTURO

---

## Intensificazione della ChT

Attuali 5FU i.v.c. o capecitabina

→ aggiunta di oxaliplatino

→ ChT + ChT+RT (total NAD therapy): folfox o capox

# RT PREOPERATORIA: FUTURO

---

## Timing della chirurgia

Attuale standard 6-8 settimane

- dati controversi ma tendenza a superare le 8 wks
- probabilmente non più di 12 wks

## Esclusione della chirurgia

Assoluta importanza della valutazione post RT-ChT preop

- pazienti in RC: watch and wait
- recidive locoregionali 20-30%
- salvataggio 95%

***ipotesi promettente ma non validata***

## Limitazione della chirurgia

Assoluta importanza della valutazione post RT-ChT preop

- pazienti responsivi N-
- selezione attenta (dopo TEM recidive 15%)
- salvataggio 95%

***ipotesi promettente ma non validata***

# RT PREOPERATORIA



GRUPPO OSPEDALIERO  
SAN DONATO

