

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia
Arcispedale Santa Maria Nuova
Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia

RUOLO DELLA REIRRADIAZIONE NEI TUMORI DELLA TESTA E DEL COLLO: L'ESPERIENZA DEL POLICLINICO DI MODENA

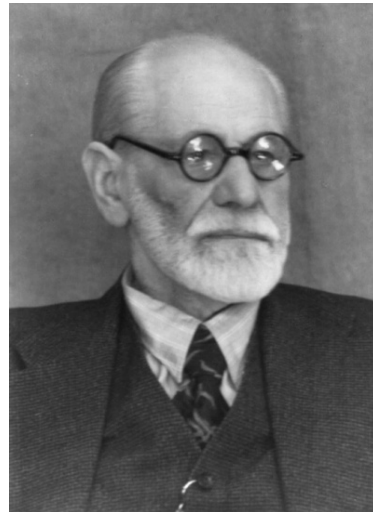
ERCOLE MAZZEO

P. Barbieri, M. Parmiggiani, L. Rubino, B. Lanfranchi, E. D' Angelo, G. De Marco, E. Turco,
M. Lamin Laroussi, F. Bertoni

U.O. RADIOTERAPIA - AOU POLICLINICO DI MODENA

BACKGROUND

Sigmund Freud



1856 - 1939

1923

DIAGNOSI DI CARCINOMA
DEL CAVO ORALE

33 INTERVENTI CHIRURGICI

**ALMENO 3 TRATTAMENTI
RADIANTI CON VARIE
MODALITA'**

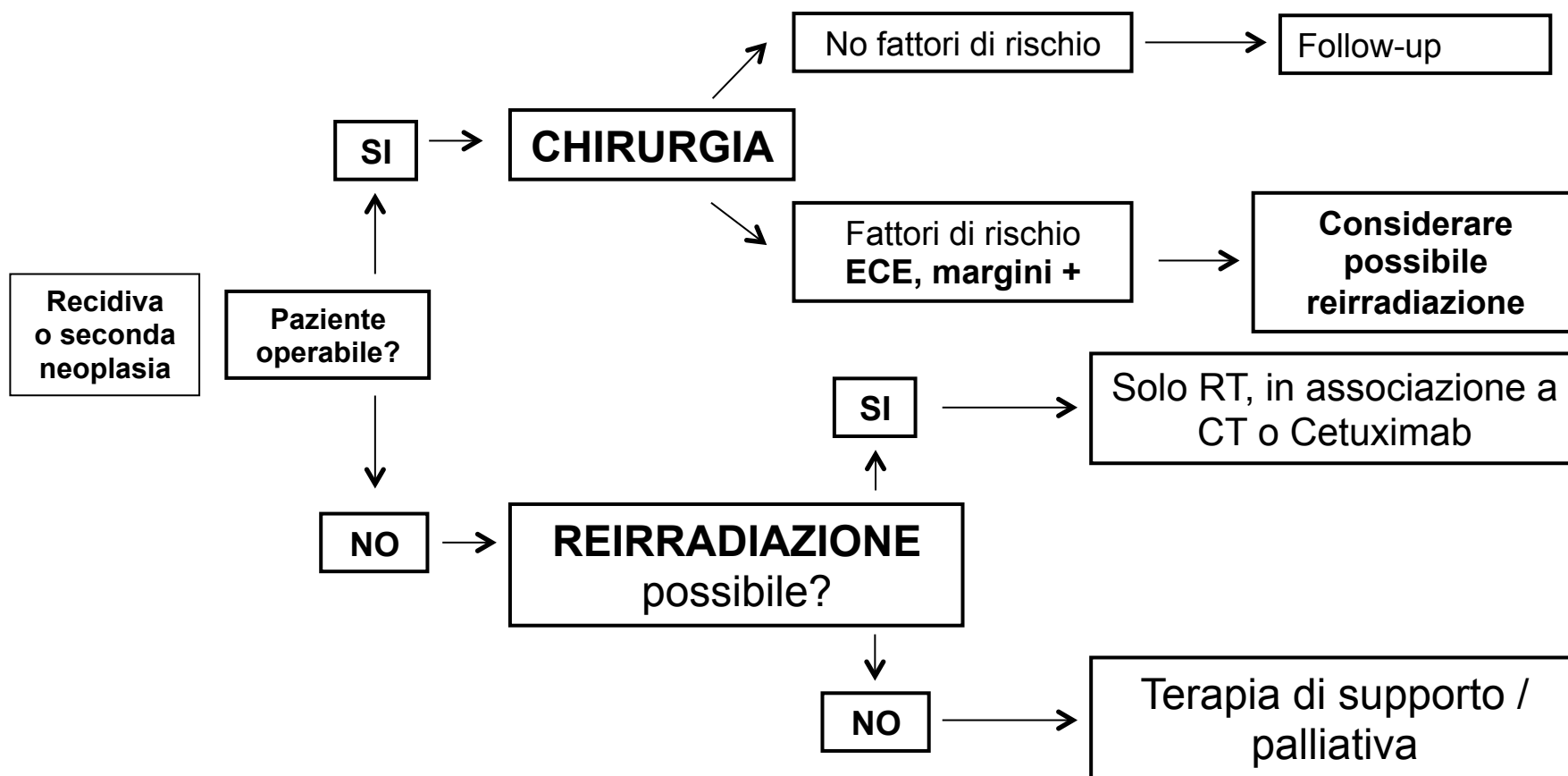
1939

MORTE A LONDRA

BACKGROUND

- I tassi di **ricidiva loco-regionale** nei pazienti con neoplasie del distretto testa-collo, dopo trattamento primario, sono elevati (**dal 20 al 57%**).
- I pazienti che non sviluppano recidiva loco-regionale o a distanza hanno un rischio del **25% a 5 anni** di sviluppare un **secondo tumore** del distretto testa-collo.

BACKGROUND



BACKGROUND

- **L'approccio chirurgico** rimane la prima opzione terapeutica ove proponibile
- **I dati di efficacia** della reirradiazione con sola RT o in regimi combinati derivano da **studi retrospettivi o di fase II**
- Ruolo non ancora chiaro dei farmaci **anti-EGFR (Erbix)** *GORTEC – trial*
- **Scale di valutazione** della tossicità spesso **non adeguate** alle più recenti classificazioni CTCAE

CONSIDERAZIONI DA FARE

- **Legate al paziente:**
 - Assenza di gravi tossicità tardive relative al I trattamento
 - Buon performance status
 - Prognosi migliore per secondo tumore rispetto a recidiva
 - Possibilità di eseguire chirurgia (debulking?)
 - Prognosi migliore per nasofaringe e laringe
 - Tumori con volumi ridotti (< 30 cm³)

CONSIDERAZIONI DA FARE

- **Legate alle dosi e ai volumi:**
 - Aree irradiate con dosi > 60-70 Gy maggior rischio di complicanze
 - Dosi superiori a 60 Gy consentono un miglior controllo locale
 - Se possibile non superare la dose di 50 Gy al midollo (nessun caso di mielopatia riportata per dosi \leq 60 Gy, BED 120 Gy₂)
 - Il volume da irradiare deve essere confinato alla sola sede di recidiva e/o letto chirurgico con margine di 1-2 cm
 - Accurata stadiazione e definizione dei volumi con metodiche di imaging (PET/TC, RMN)

CONSIDERAZIONI DA FARE

- **Legate alle tecniche radioterapiche**
 - La brachiterapia è probabilmente la miglior opzione ove applicabile
 - L'IMRT diventa spesso l'unica possibilità di ritrattamento per ridurre la dose agli OAR
 - L'IGRT permette di ridurre il margine per l'errore di setup
 - La tecnica stereotassica può essere un'alternativa aumentando il rischio di effetti collaterali anche gravi

COMPLICANZE

- Necrosi cerebrale (lobo temporale)
- Fistola faringo-cutanea
- Fibrosi palatale
- Trisma (9-24%)
- Fibrosi dei tessuti molli
- Condronecrosi
- Mieliti (descritte raramente)
- Osteonecrosi mandibolare (5-16%)
- **Emorragia carotidea (2,6% su 1554 pazienti)**

ESPERIENZA DI MODENA

- Periodo
 - Novembre 2006 - Maggio 2013
- Caratteristiche
 - 29 pazienti consecutivi
 - 24 uomini
 - 5 donne
 - Età mediana 62 anni (range 37 – 87)

ESPERIENZA DI MODENA

Localizzazione tumore primitivo	N° pazienti	%
Rinofaringe	10	34
Laringe	9	31
Orofaringe	6	22
Fosse nasali	2	7
Cavo orale	1	3
LNH anello del Waldeyer	1	3

Istologia tumore primitivo	N° pazienti	%
Carcinoma squamocellulare	22	76
Carcinoma indifferenziato	5	17
Altro*	2	7

* Carcinoma adenoidocistico

* LNH

ESPERIENZA DI MODENA

Altri trattamenti oltre RT per tumore primitivo	N° pazienti	%
Chirurgia	7	24
Chemioterapia	10*	34

Radioterapia per primo tumore	Gy	DS
Dose media	63,4	8,27

**Primo trattamento
radiante**

TEMPO MEDIO: 2,9 anni ± 3,16 DS

REIRRADIAZIONE

* 1 paziente Eribitux

ESPERIENZA DI MODENA

Ripresa di malattia	N° pazienti	%
Recidive	20	69
Secondi tumori	9	31
Localizzazione recidiva/secondo tumore	N° pazienti	%
Orofaringe	7	24
Rinofaringe	6	21
Linfonodi latero-cervicali	6	21
Laringe	3	10
Cavità nasali	2	7
Base cranica	2	7
Lingua	2	7
Parotide	1	3
Trattamento oltre a RT per la recidiva	N° pazienti	%
Chirurgia prima di reirradiazione	7	24
Cetuximab in associazione a RT	8	28

ESPERIENZA DI MODENA

Caratteristiche radioterapia reirradiazione		± DS
Dose media	56,9 Gy	10
Dose media cumulativa (1° RT + reirradiazione)	120 Gy	13
Dose media per frazione*	1,6 Gy	0,44

Tecniche di radioterapia per reirradiazione	N° pazienti	%
TOMOTHERAPY	18	62
IMRT	7	25
VMAT	1	3
3D-CRT	2	7
BRACHITERAPIA**	1	3

VOLUME TARGET: SEDE DI RECIDIVA/LETTO CHIRURGICO CON MARGINE***

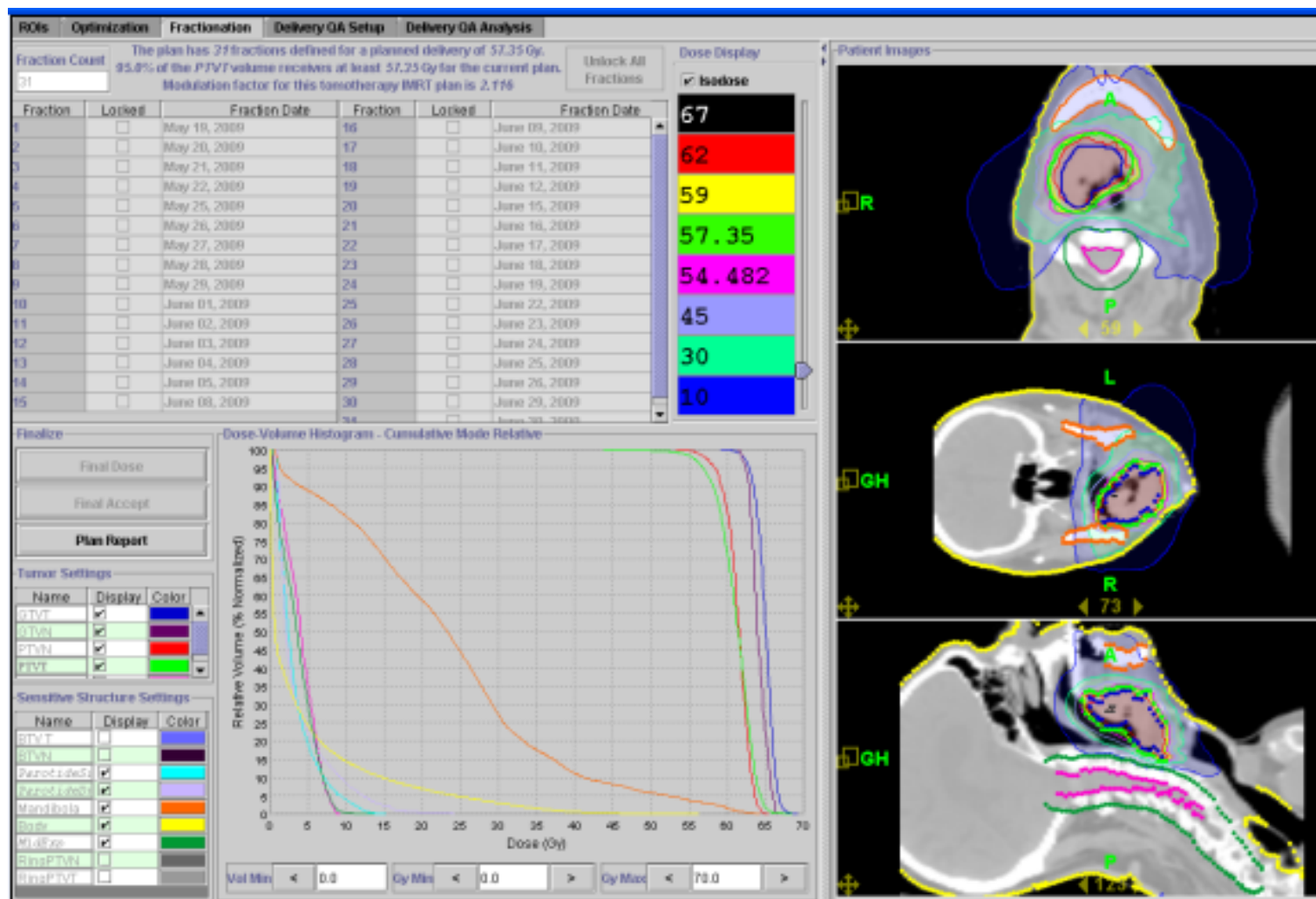
*11 pazienti BID

**30 Gy, 0.5 cm

*** In 2 pazienti con recidiva linfonodale da Ca cordale anche emicollo a scopo profilattico

REIRRADIAZIONE CON TOMOTERAPIA

Recidiva orofaringe/ca squamo/pT1pN1



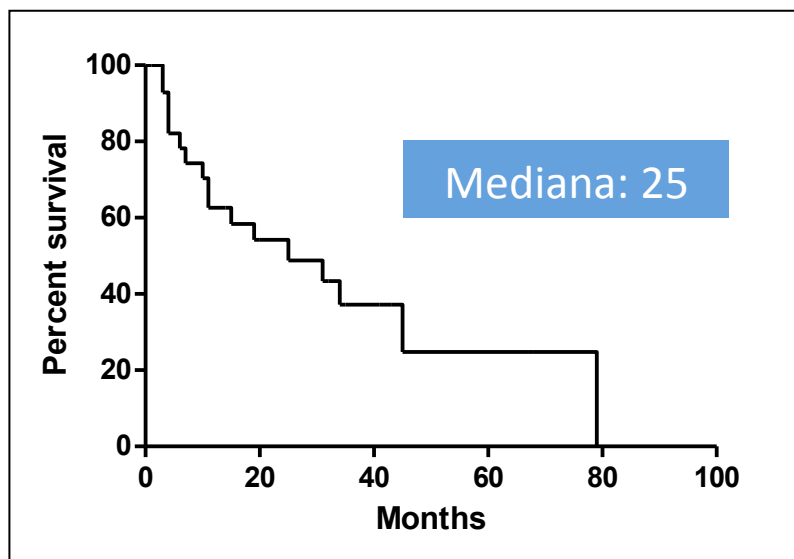
Precedente
chirurgia e RT
2Gy → 62 Gy

8 anni

IMRT/IGRT
62Gy in 30 fz, su
BTV T e N
(2,06 Gy/fz die)

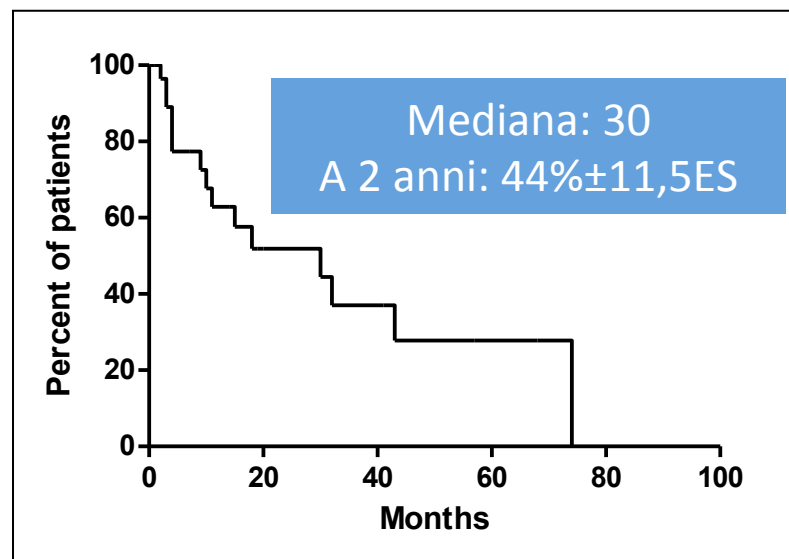
ESPERIENZA DI MODENA

Overall survival



**OS mediana dati di letteratura
(range: 6 – 27,6)**


Controllo locale



**Controllo locale a 2 anni dati di
letteratura (range: 15,8% – 64%)**

ESPERIENZA DI MODENA

- **Tossicità**

- Nessuna tossicità acuta > G2 per cute, saliva, laringe, faringe, in 2 pazienti (7%) mucosite G3
 - 1 paziente (3%): emorragia carotidea
 - 1 paziente (3%): osteonecrosi mandibolare
 - 2 pazienti (7%): trisma severo
 - 1 paziente (3%): posizionamento di PEG per disfagia grave
- 

CONCLUSIONI

- La reirradiazione rimane una **possibile opzione terapeutica** qualora la chirurgia non possa essere attuata o anche nel setting post-operatorio in casi selezionati
 - Le possibili **complicanze anche gravi** di questi trattamenti devono essere prese in considerazione rendendo edotto il paziente, da ciò la necessità di selezionare pazienti motivati
 - Le **nuove tecnologie** hanno di fatto aperto nuovi scenari (p.es. stereo body)
 - Sarebbe utile «**mettere insieme le forze**» per produrre dati su casistiche più omogenee (protocolli di ricerca nazionali?)
- 