



# **La radiochemioterapia concomitante nel trattamento delle neoplasie polmonari non microcitoma localmente avanzate: criticità del trattamento e possibilità di incremento dell' indice terapeutico**

Ciccarelli S. \*, Trevisan F. \*, Baushi L. \*, Pandini S. \*, Ghirardelli P. \*, Foscarini F. \*, Bardoscia L. \*, Greco D. \*,  
Frassine F. \*, Baiguini A. \*, Borghetti P. \*, Buglione M. \*

*Istituto del Radio "O. Alberti", Spedali Civili di Brescia –  
Cattedra di Radioterapia, Università degli Studi di Brescia*





# Introduzione

- Lo standard terapeutico delle neoplasie polmonari non a piccole cellule localmente avanzate (LA-NSCLC) è l'associazione di **radioterapia** a dosi elevate ( $\geq 60$  Gy) e di **chemioterapia** concomitante (Sali di Platino, taxani o entrambi) - CCRT

*Crinò L. et al., Annals of Oncology 2010*

- Ampia eterogeneità di casi
- Rilevante tossicità acuta e cronica
- Importanza della selezione dei pazienti (KPS, età, patologie associate, volumi di trattamento)



**Periodo di analisi: 2004 – 2014**

**Casistica: 67 LA-NSCLC → 20 CCRT**

**Durata mediana follow-up 13 mesi**

**Range: 2-112**

**Outcomes:**

Sopravvivenza globale (OS)

Sopravvivenza libera da progressione (PFS)

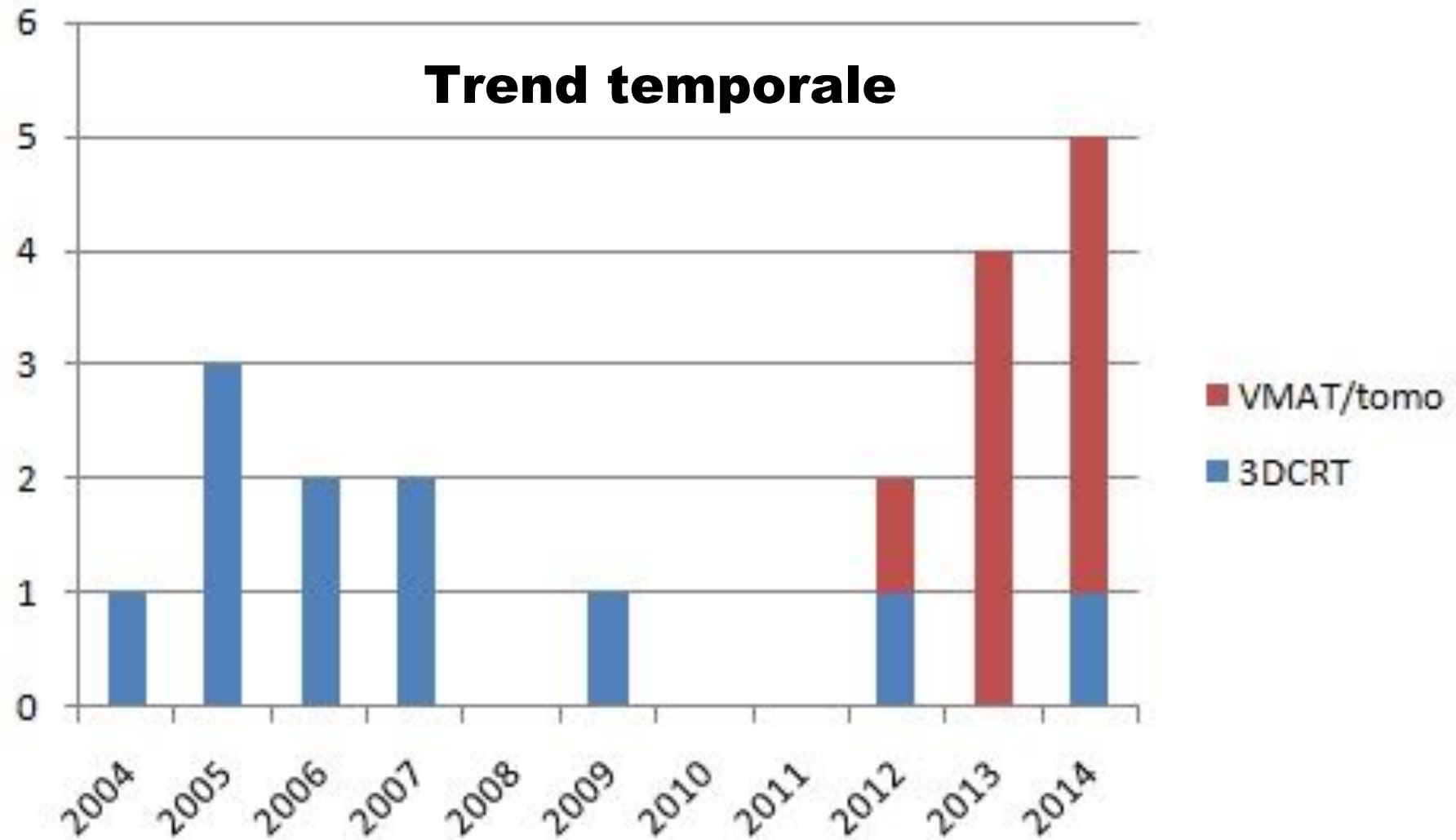
Tossicità acuta e tardiva ematologica, polmonare, esofagea  
e cardiaca scala CTCAEv3.0

# Analisi descrittiva - casistica

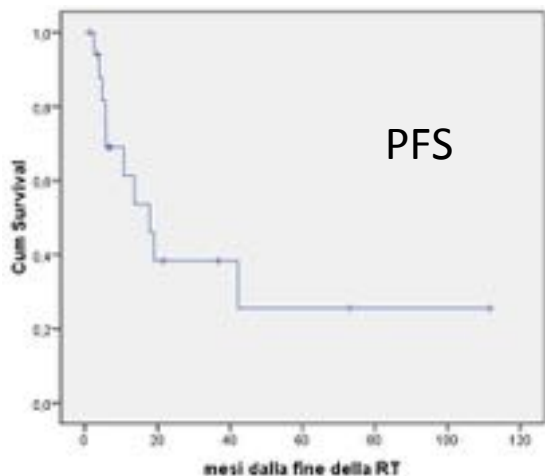
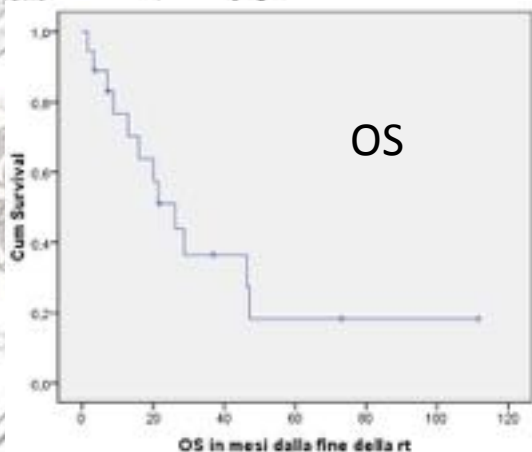
		Frequenza (%)
<b>Età</b>	≤65aa	11 (55%)
	>65aa	9 (45%)
<b>Sesso</b>	M	16 (80%)
	F	4 (20%)
<b>IK</b>	<80	2 (10%)
	≥80	18 (90%)
<b>Stadio</b>	IIIA	12 (60%)
	IIIB	8 (40%)
<b>Istologia</b>	Adeno	7 (35%)
	Squamo	11 (55%)
	Altro	2 (10%)
<b>Grading</b>	G2	3 (15%)
	G3	4 (20%)
	Gx	13 (65%)

		Frequenza (%)
<b>Dose RT</b>	≤60Gy	5 (25%)
	>60Gy	15 (75%)
<b>Tecnica</b>	3DCRT	11 (55%)
	VMAT	6 (30%)
	TOMO	3 (15%)
<b>Schema Cht</b>	taxotere sett	15 (75%)
	taxolo+carbo	5 (25%)
<b>N° cicli</b>	≤5	10 (50%)
	>5	10 (50%)
<b>Dose Taxani</b>	≤240mg	12 (60%)
	>240mg	8 (40%)

# Analisi descrittiva - risultati



## Analisi descrittiva - sopravvivenze



- OS mediana 26 mesi, OS a 2 anni 51%
- PFS mediana 18 mesi, PFS a 2 anni 38%
- Recidive: 50.1%
  - Locali: 38.9%
  - Distanza: 11.2%
- Persistenza: 11.1%
- Mortalità a chiusura del follow-up: 66.7%

Non correlazioni tra OS/PFS e variabili clinico-terapeutiche analizzate

# Analisi descrittiva – Tossicità

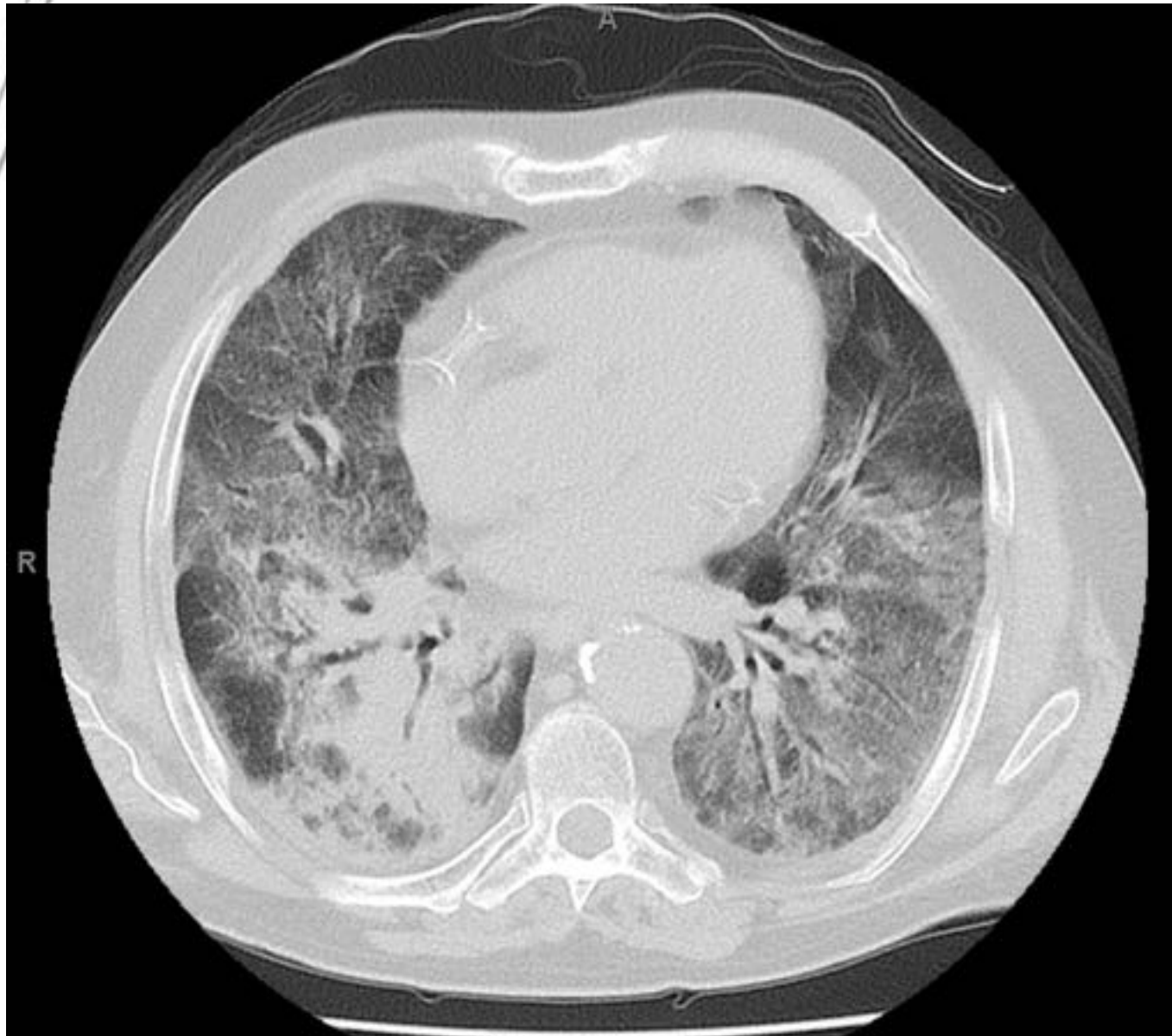
TOX ACUTA	Frequenza	
	G0-G2	G3-G5
Ematologica	19 (95%)	1 (5%)
Renale	20 (100%)	0 (0%)
Epatica	20 (100%)	0 (0%)
Polmonare	19 (95%)	1 (5%)
Esofagea	16 (80%)	4 (20%)
Cardiaca	19 (95%)	1 (5%)

TOX TARDIVA	Frequenza	
	G0-G2	G3
Polmonare	16 (94.1%)	1 (5.9%)
Esofagea	17 (100%)	0 (0%)
Cardiaca	17 (100%)	0 (0%)

**-1 pz deceduto per  
tossicità acuta  
polmonare**

**-1 pz deceduto per  
tossicità acuta  
cardiaca**

# Analisi descrittiva – Tossicità



Medicina  
LA  
U  
Medici Civili  
scuola



# Conclusioni

- **Trattamento standard:** la radiochemioterapia concomitante nei pazienti con NSCLC in stadio IIIA non resecabile e in stadio IIIB è superiore alla RT esclusiva ed al trattamento sequenziale.
  - **Dosi di trattamento:** dose minima è 60 Gy normofrazionata.
- 
- **Schemi chemioterapici:** non è ancora stata identificata l'associazione farmacologica ideale (cisplatino/etoposide o carboplatino/paclitaxel)

*Rodrigues G. et al., Practical radiation Oncology 2015*

*Auperin A et al., J Clin Oncol 2010*

*Crinò L. et al., Annals of Oncology 2010*

## Conclusioni

• **Tuttavia l'attuazione del trattamento combinato in pratica clinica risulta complessa!!!**

- **Selezione del paziente**
- **Associazione con chemioterapia**
- **Tossicità del trattamento radiante**

- **Per migliorare l'indice terapeutico le possibilità sono:**
  - **Ottimizzare la chemioterapia in pz selezionati (giovane età, non comorbilità)**
  - **Utilizzare tecniche/tecnologie in grado di offrire la miglior copertura del target a fronte del miglior risparmio degli OAR**

*Grazie per l'attenzione*