



FONDAZIONE  
POLIAMBULANZA  
Istituto Ospedaliero

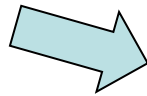
I sessione: **EVOLUZIONE E LIMITI  
DEI PERCORSI ONCOLOGICI STANDARD**

# Il punto di vista del Radioterapista

Mario Bignardi  
U.O. Radioterapia Oncologica  
Fondazione Poliambulanza, Brescia

Dopo chirurgia radicale, tassi elevati di R1 (15-30%) e di recidive locali (30-40%)

RT attiva come  
terapia locale



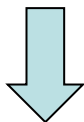
Integrazione in trattamento  
multimodale ?



Quando e come ?

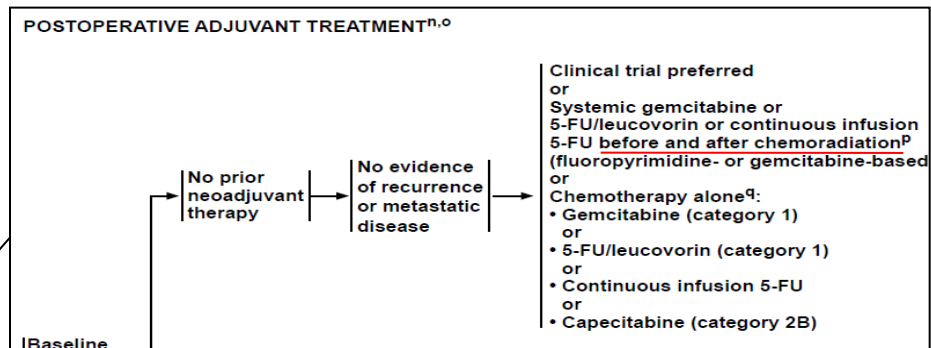
Piano A:  
*dopo la chirurgia*

Se resecato, e fit in tempi adeguati



Possibile integrazione di RT  
in strategia adiuvante

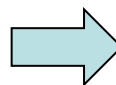
NCCN 2016



ESMO 2015

- Adjuvant treatment is done with either gemcitabine or 5-FU folinic acid [I, A]
- No chemoradiation should be given to patients after surgery except in clinical trials [I, E]

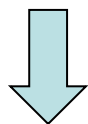
RT solo in casi  
selezionati ?



non sicura evidenza di vantaggi  
specifici per R1, N+ o altri fattori

## Piano B: *prima della chirurgia*

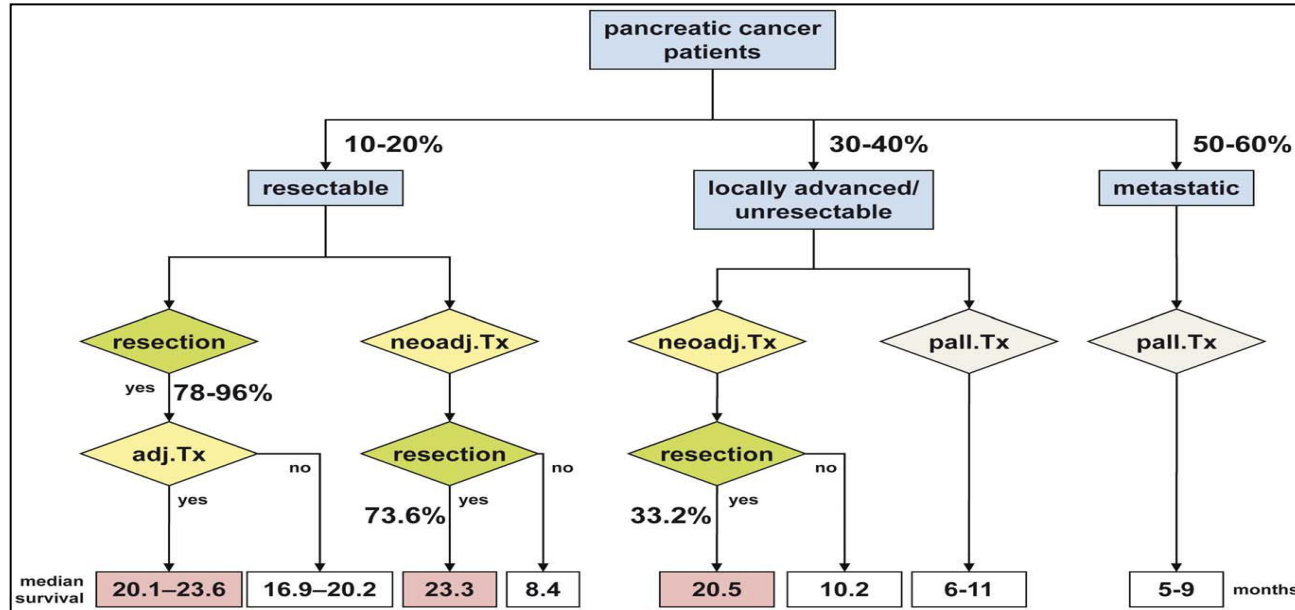
Se ittero risolto e ottenuta  
conferma bioptica



Possibile integrazione di RT  
in strategia neoadiuvante

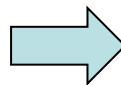
NCCN 2016:  
indicazione a Neoad. ammessa in  
casi resecabili ma ad alto rischio  
(CA19.9, volume T, volume N, calo  
ponderale, dolore)

ESMO 2015:  
Indicazione a Neoad. non prevista  
per resecabili



Gilles 2010

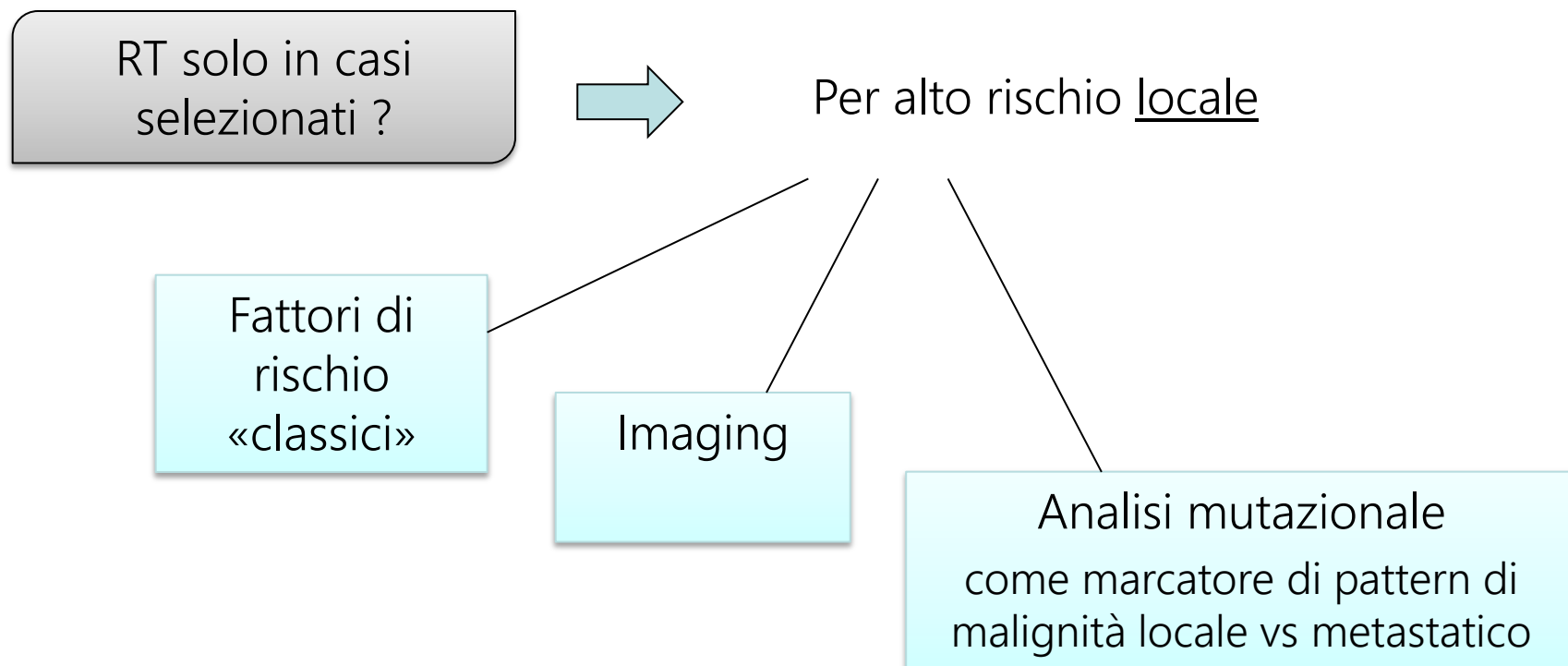
Integrazione di RT:  
Vantaggi incerti  
rispetto a sola CHT



Verosimile miglior tasso di resezioni R0



Tossicità può interferire con CHT e/o chirurgia



*E nel caso clinico in questione ?*