



Associazione  
Italiana  
Radioterapia  
Oncologica

# XXIII CONGRESSO AIRO

Giardini Naxos - Taormina, 26-29 ottobre

Regione Siciliana - Assessorato Regionale dei Beni Culturali e dell'Identità Siciliana  
Dipartimento dei Beni Culturali e dell'Identità Siciliana  
Servizio Musei Interdisciplinare Regionale "A. Pepoli" Trapani



## LIBRO DEGLI ABSTRACTS

### SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Studio ER Congressi - Triumph Group  
Via Marconi 38 - 40122 Bologna  
Tel. 051 4210559 - Fax 051 4210174  
E-mail: [ercongressi@triumphgroup.it](mailto:ercongressi@triumphgroup.it)  
Web: [www.ercongressi.it](http://www.ercongressi.it)

### SEGRETERIA ALBERGHIERA

Viaggi Salvadori Srl  
Via Ugo Bassi, 13 - 40121 Bologna  
Tel. 051 263261 - Fax 051 224426  
E-mail: [airo@viaggisalvadori.it](mailto:airo@viaggisalvadori.it)  
Web: [www.viaggisalvadori.it](http://www.viaggisalvadori.it)

### SEGRETERIA AIRO

Via Farini 62 - 00185 Roma  
Tel./Fax 06 4741524  
E-mail: [segreteria@radioterapiaitalia.it](mailto:segreteria@radioterapiaitalia.it)  
Web: [www.radioterapiaitalia.it](http://www.radioterapiaitalia.it)



Associazione  
Italiana  
Radioterapia  
Oncologica

Inoltre, non sono stati registrati eventi cardiaci gravi in acuto e a 5 anni dal termine del trattamento.

**P140**  
**APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE NEL CARCINOMA DELLA VESCICA URINARIA: ESPERIENZA DELL'ISTITUTO EUROPEO DI ONCOLOGIA DI MILANO**

M.A. Gerardi<sup>1,5</sup>, B.A. Jereczek-Fossa<sup>1,5</sup>, D. Zerini<sup>1</sup>, C. Fodor<sup>1</sup>, M. Bonora<sup>1,5</sup>, A. Surgo<sup>1,5</sup>, F. Gherardi<sup>1</sup>, A. Vavassori<sup>1</sup>, A. Cecconi<sup>1</sup>, R. Cambria<sup>2</sup>, F. Cattani<sup>2</sup>, M. Cossu Rocca<sup>3</sup>, E. Verri<sup>3</sup>, G. Musi<sup>4</sup>, O. De Cobelli<sup>4,5</sup>, R. Orecchia<sup>1,5</sup>

<sup>1</sup>Divisione di Radioterapia; <sup>2</sup>Dipartimento di Fisica Medica; <sup>3</sup>Divisione di Oncologia Medica; <sup>4</sup>Divisione di Urologia Istituto Europeo di Oncologia; <sup>5</sup>Università degli Studi di Milano, Italia

Scopo: Analizzare fattibilità, tossicità (tox) e controllo oncologico dell'approccio multidisciplinare trimodale di preservazione d'organo nel carcinoma della vescica urinaria (CdV) non metastatico.

Materiali e Metodi: Criteri di inclusione di questo studio retrospettivo: pazienti (pz) con CdV M0 che hanno rifiutato la cistectomia; trattati con approccio trimodale (resezione vescicale transuretrale -TURVT-massimale, radiochemioterapia -RT/CT- e CT neoadiuvante o adiuvante) tra 6/2006 e 5/2013. Questo studio è stato notificato al Comitato Etico dell'Istituto Europeo di Oncologia, Milano.

Risultati: 12 pz hanno soddisfatto i criteri per questo studio (età media 62 anni). Lo stadio TNM includeva: T2N0M0 in 9 pz, T4N0M0 in 1 pz, T3bN2M0 in 1 pz, T3pN2M0 in 1 pz (dopo linfadenectomia). L'istologia: 10 pz con CdV a cellule transizionali (9 T2N0M0, 1 T4), 1 pz con CdV a piccole cellule, 1 pz con adenocarcinoma a cellule con castone. Lo schema standard di trattamento ha incluso massima TURVT (8 pz R0, 2 pz R1, 2 pz senza TURVT massimale per malattia localmente avanzata), seguita da RT (dose media alla vescica 52 Gy), concomitante a CT; successiva valutazione endoscopica, citologia urinaria e, in caso di non progressione, CT adiuvante. 2 pz hanno eseguito CT neoadiuvante, anziché quella adiuvante, di cui 1 pz con ca a piccole cellule e 1 pz per CdV localmente avanzato (T4). 8 pz hanno completato l'intero schema, 2 pz hanno concluso RT/CT ma CT adiuvante è ad oggi in corso. 1 pz ha terminato RT/CT ma, per la scarsa compliance, è stata persa per la CT adiuvante, 1 pz sta concludendo RT/CT. Follow-up (FU) medio è di 27 mesi nei pz che hanno completato l'intero trattamento. Tox acuta: 4 eventi GI G1, 1 G3, 6 eventi GU G1; 1 pz tox ematologica G3 (pz con mieloma multiplo concomitante). Nei 6 pz con FU > 6 mesi, non è riportata tox tardiva > G3. La risposta clinica in 8 pz (pz valutabili sono stati quelli che hanno completato l'intero trattamento e disponibili al FU) ha incluso: risposta completa, stabilità e progressione di malattia in 6 pz (75%), 1 pz (T4, 12.5%), 1 pz (adenocarcinoma, 12.5%), rispettivamente. Al momento dell'analisi dei dati (5/2013), 5 pz sono vivi senza evi-

denza di malattia, 2 pz sono deceduti, 2 pz sono stati persi al FU, 3 pz stanno concludendo il trattamento.

Conclusioni: Approccio trimodale che include massima TURVT, RT e CT per CdV muscolo-invasivo, in pz che rifiutano la cistectomia, è una buona e fattibile opzione terapeutica e risulta in un basso tasso di tox acuta e tardiva.

**P141**  
**TRATTAMENTO DEI TUMORI UROTELIALI INFILTRANTI DELLA VESCICA, CON CONSERVAZIONE D'ORGANO, NEI PAZIENTI ANZIANI.**

E.F. Rizzo, A. Scuderi, B. De Pasquale, R. Bevilacqua, R.L.E. Liardo, D. Marletta, G. Privitera, C. Spatola

U.O. Radiodiagnostica e Radioterapia Oncologica, AOU Policlinico-Vittorio Emanuele, Catania; U.O. Radiodiagnostica e Radioterapia Oncologica, PO Gaspare Rodolico, Catania, Italia

Scopo: Finalità dello studio è stata quella di valutare l'efficacia di un trattamento di chemioterapia di induzione (CT) + chemioterapia e radioterapia concomitante (CCRT) nei pazienti anziani (range 72-84 aa) "unfit", con urotelioma muscolo-invasivo, perseguendo la conservazione d'organo.

Materiali e Metodi: Tra marzo 2010 e dicembre 2011, sono stati arruolati 12 pazienti (range di età tra 72 e 84 aa) con urotelioma muscolo-invasivo della vescica, stadio T2-T3, G3. Nessuno con interventi pregressi di chirurgia addominale. Dieci non eleggibili per cistectomia radicale per comorbilità cardiologiche e/o metaboliche, due pz per rifiuto dell'opzione chirurgica. Il protocollo ha previsto 2 cicli di CT di induzione seguita, dopo ristadiazione, da CCRT. In relazione ai livelli pretrattamento di creatinemia, i pazienti sono stati randomizzati in 2 gruppi. Gruppo A (8 pz) con normali livelli di creatinemia in cui i due cicli di CT di induzione sono stati espletati con CDDP 60mg/mq d.1 e Gemcitabina 800 mg/mq d.1-8, e CDDP 40 mg/mq settimanale, concomitante alla RT (EBRT). Nel gruppo B (4 pz), con livelli di creatinemia > 1,5 mg/dl, i due cicli di CT di induzione sono stati espletati con Carboplatino AUC 5 d.1 e Gemcitabina 800 mg/mq d.1-8, e Carboplatino AUC 2 settimanale, concomitante alla RT (EBRT). La EBRT, in entrambi i gruppi, è stata eseguita con tecnica 3D CRT "whole pelvis" + boost (48 Gy + 18 Gy), con dose totale alla vescica di 66 Gy.

Risultati: Gli effetti collaterali sono stati valutati secondo la scala CTCAE 4.03. Tutti i pz durante la EBRT alla dose > 50 Gy hanno lamentato disturbi disurici, G1-G2. Due pz hanno sviluppato complicanze acute intestinali di grado lieve/moderato, G1-G2. Un paziente del gruppo A, per aumento dei valori plasmatici di creatinina (>1,9 mg/dL) dopo il primo ciclo di induzione, è transitato nel gruppo B. Ad un follow-up medio di 19 mesi, 10 pz non presentavano ripresa di malattia (locale e/o sistemica), in 2 pz si sono riscontrate mts linfonodali.

Conclusioni: Nel nostro studio si dimostra la fattibilità dei trattamenti integrati nei pazienti anziani (>72

aa) "unfit", consentendo la conservazione d'organo in una buona percentuale di casi. L'impiego di Carboplatino in sostituzione di CDDP comporta tassi di risposta sovrapponibili. L'EBRT, anche dopo chemioterapia di induzione, è caratterizzata da bassa incidenza di effetti collaterali, se attuata con regimi di frazionamento standard.

#### P142

### TRATTAMENTO CONSERVATIVO NEI PAZIENTI AFFETTI DA NEOPLASIA DELLA VESCICA

M. Santoro, T. Mingrone, O. Durante, E. Colonna, A. Pingitore, D. Pingitore, S. Molica

*Department of Hemato-Oncology, Hospital Pugliese-Ciaccio, Catanzaro, Italia*

**Purpose:** The optimal treatment of bladder cancer has been a subject of continuous controversy. In North America, as well as in Europe, the radical cystectomy as the standard option for invasive bladder cancer. In the western countries the elderly ones constitute the part of the population in more rapid growth and, insofar, the group to taller risk to develop a cancer. The elderly patients, because of the presence of concomitant pathologies, they set to the clinician particular problems and limitations in the therapeutic planning. Several groups have reported the value of combination of conservative surgery and radiochemotherapy or radical radiotherapy alone in patients affected by bladder cancer. In this study we have retrospectively analyzed the prognostic factors influencing survival and relapse free-survival after radiotherapy following transurethral resection (TURB) for bladder cancer.

**Methods:** Between May 2005 and December 2012, 43 patients with bladder cancer have been treated at the Department of Hemato-Oncology, Hospital Pugliese-Ciaccio, Catanzaro. Of these, 19 patients were treated with radiotherapy alone (RT) and nine with platin based radio-chemotherapy (RCT) after TURB. Overall survival (OS) and Relapse-Free Survival (RFS) were analyzed with the Kaplan and Meyer methods. Univariate analysis was performed for age, grade, R-status after initial TURB, T-category relevant to the endpoints initial response, survival and bladder preservation.

**Results:** Median age was 77 years (range 66-90 years), while the median follow-up is 41 months (range 5-63 months). All patients were treated with three-dimensional conformal therapy (3D-CRT). The total dose of radiotherapy ranged 5040 cGy to 6000 cGy. Complete remissions were achieved at 57% after RT and TURB. Toxicity was acceptable. Further significant prognostic factors were pT-category and R-status. For all patients survival was 31% after 2 years and 25% at 4 years, while the relapse-free survival rates were 19% and 15% at 2 and 4 years, respectively. In the univariate analysis the only significant factor for survival and relapse-free survival and bladder preservation was the R-status after initial TURB.

**Conclusions:** In conclusion, treatment of bladder cancer by TURB and RT alone is an alternative to pri-

mary cystectomy, for the elderly patients. Initial TURB is recommended to be as radical as possible.

#### P143

### IPOFRAZIONAMENTO ACCELERATO MEDIANTE TOMOTERAPIA COMBINATA A CHEMIOTERAPIA NEL TRATTAMENTO DEL TUMORE POLMONARE LOCALMENTE AVANZATO : STUDIO PROSPETTICO DI FASE II

D. Arpa<sup>1</sup>, E. Parisi<sup>1</sup>, A. Romeo<sup>1</sup>, A. Pepe<sup>1</sup>, G. Ghigi<sup>1</sup>, E. Neri<sup>1</sup>, B. Dipalma<sup>1</sup>, S.R. Bellia<sup>1</sup>, S. Micheletti<sup>1</sup>, F. Monti<sup>2</sup>, M. Burgio<sup>1</sup>, A. Sarnelli<sup>2</sup>, R. Polico<sup>1</sup>

*<sup>1</sup>Radiotherapy Unit, Istituto Scientifico Romagnolo per lo Studio e la Cura dei Tumori (I.R.S.T.), Meldola (FC), Italia; Department of Medical Oncology, Istituto Scientifico Romagnolo per lo Studio e la Cura dei Tumori (I.R.S.T.), Meldola (FC), Italia; <sup>2</sup>Medical Physics Unit, Italia*

**Obiettivo:** Scopo dello studio è valutare la fattibilità e la tossicità acuta dell'ipofrazionamento accelerato combinato con la chemioterapia "full dose" nel trattamento del tumore polmonare localmente avanzato.

**Materiali e Metodi:** Tra gennaio 2009 e ottobre 2011, sono stati arruolati 18 pazienti affetti da neoplasia polmonare localmente avanzata (15% IIIA e 81% IIIB). Il trial prevedeva la somministrazione di due cicli di chemioterapia di induzione (cisplatino 75 mg/m<sup>2</sup> + docetaxal uno ogni 21 giorni), seguiti a 15-19 giorni da un ciclo di RT con ipofrazionamento accelerato mediante tomoterapia. Alla fine della RT venivano somministrati ulteriori due cicli di consolidamento (PROTOCOLLO IRST 16.01). Per la stadiazione e nella fase di rivalutazione abbiamo utilizzato TC e PET/TC. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a broncoscopia prima della CT di induzione e dopo RT per valutare lo stato della malattia locale. Il piano di trattamento radioterapico è stato elaborato su immagini TC con mdc, acquisite in più fasi respiratorie a respiro libero. La dose prescritta è stata 30Gy in 5 frazioni alla isodose di riferimento del 60-70% con una disomogeneità della dose all'interno del Tumore fino a 40 Gy. La dose di prescrizione al volume linfonodale è stata 25 Gy in 5 frazioni con una disomogeneità fino a 37.5 Gy. I limiti di dose agli organi a rischio sono stati mantenuti ai livelli ottimali di tolleranza per ciascuno. La tossicità acuta registrata è stata valutata con scale di RTOG.

**Risultati:** Abbiamo seguito i nostri pazienti per un follow-up mediano di 20 mesi. La sopravvivenza globale mediana riportata era di 27 mesi. La sopravvivenza libera da malattia locale e da localizzazioni a distanza era rispettivamente del 56% e 58%. La sopravvivenza libera da metastasi era 30% ad un anno con un valore mediano di 9.7 mesi. Non si è verificata alcuna tossicità acuta di grado 3/4 legata alla RT.

**Conclusioni:** I nostri risultati preliminari dimostrano la fattibilità di un trattamento ipofrazionato intervallo a cicli di chemioterapia per il tumore polmonare localmente avanzato. L'uso della radioterapia guidata da immagini mediante Tomoterapia consente di erogare