

## **Indagine conoscitiva a cura del gruppo di studio AIRO GI.**

### **“ci siamo anche noi ..... le vie biliari”**

Le neoplasie delle vie biliari sono rare e rappresentano il 3-4% circa delle neoplasie dell'apparato gastroenterico. L'incidenza, associata alla bassa percentuale di pazienti resecati, alla rarità di studi prospettici pubblicati e alla eterogeneità dei pazienti arruolati per sede di neoplasia, giustificano l'assenza di evidenze e le controversie nell'ambito dell'approccio terapeutico ottimale di tale neoplasia.

Nonostante queste difficoltà, nel 2012 il gruppo di studio AIRO “Neoplasie Gastrointestinali” ha pubblicato e successivamente aggiornato nel 2014, le Linee guida della società per il trattamento radioterapico dei tumori gastrointestinali, includendo anche il trattamento delle neoplasie delle vie biliari.

Il gruppo di lavoro si propone di fotografare, tramite un questionario conoscitivo (32 domande), la realtà italiana riguardo al ruolo della radioterapia nel trattamento multidisciplinare delle neoplasie delle vie biliari (intraepatiche, extraepatiche e della colecisti) nell'ambito di un processo che possa portare alla reale definizione della pratica quotidiana, ad una potenziale verifica dell'applicazione delle linee guida GI e alla stesura di protocolli di trattamento condivisi.

Vi saremmo grati se riusciste a compilare il questionario entro il **1 Settembre 2015** ed inviarlo ai seguenti indirizzi:

[kiralupis@libero.it](mailto:kiralupis@libero.it), [mattiafosti@gmail.com](mailto:mattiafosti@gmail.com), [lcavatta@hotmail.com](mailto:lcavatta@hotmail.com).

Fiduciosi nella vostra collaborazione

Il Gruppo di Studio AIRO Tumori Gastrointestinali

## Dati generali.

1) Centro di Radioterapia (indicare 1=pubblico; 2=privato; 3=privato convenzionato; 4=universitario):

2) Affluiscono presso la tua Struttura pazienti affetti da neoplasia delle vie biliari (Si/No):

3) Esiste presso la tua Struttura Sanitaria un gruppo di lavoro multidisciplinare per il trattamento dei pazienti affetti da neoplasia delle vie biliari (Si/No)?

4) Componenti del gruppo (Si/No):

Anatomopatologo \_\_\_\_\_

Chirurgo \_\_\_\_\_

Gastroenterologo \_\_\_\_\_

Oncologo Medico \_\_\_\_\_

Oncologo Radioterapista \_\_\_\_\_

Radiologo \_\_\_\_\_

Radiologo interventista \_\_\_\_\_

Altro (specificare) \_\_\_\_\_

5) Indica le principali motivazioni qualora la figura dell'oncologo radioterapista non rientrasse nell'elenco dei partecipanti al gruppo multidisciplinare o il trattamento radioterapico non venisse considerato opzione terapeutica proponibile presso la tua UO (più risposte possibili, indicare le 3 motivazioni più frequenti numerandole progressivamente da 1 [la più importante] a 3 [la meno importante]):

mancata indicazione in linee guida nazionali o internazionali :

linee guida interne :

mancanza di oncologo radioterapista dedicato:

mancanza di tecnologia adatta al trattamento di tale distretto:

mancanza di esperienza nel trattamento di tale distretto:

altro (specificare) \_\_\_\_\_

6) All'interno della tua Unità Operativa di Radioterapia affluiscono per valutazione pazienti affetti da neoplasia delle vie biliari indipendentemente dalla esistenza di un gruppo multidisciplinare e dalla partecipazione ad esso dell'oncologo radioterapista (Si/No)? (es. pazienti inviati da singolo specialista - oncologo medico, chirurgo- o pazienti sintomatici per trattamento palliativo)

Si:  NO:

**Trattamento radioterapico.**

**(da compilare solo se nella tua UO vengono effettuati trattamenti radioterapici per neoplasie delle vie biliari)**

**7)** Indica l'anno di inizio dei trattamenti radioterapici ed il numero totale di pazienti trattati presso la tua UO

Anno di inizio trattamenti |\_\_\_\_\_

N° totale di pazienti trattati da questa data <5 |\_\_| 5-10 |\_\_| > 10 |\_\_| > 20 |\_\_| > 30 |\_\_| > 50 |\_\_|

**NB Tra i pazienti trattati, quanti affetti da neoplasia delle vie biliari intraepatiche? \_\_\_\_\_**

**8)** Indica il numero di pazienti trattati con radioterapia presso la tua UO nell'ultimo anno (2014)

N° di pazienti trattati nell'ultimo anno <5 |\_\_| >5 ≤ 10 |\_\_| > 10 |\_\_|

**9)** I pazienti trattati presso la tua UO rientrano in progetti di studio monoistituzionali o cooperativi nazionali?  
Se SI in che percentuale?

NO: |\_\_|      Si: |\_\_|      Percentuale \_\_\_\_\_

**10)** Indica l'intento con cui vengono trattati presso la tua UO

Intento radicale/adiuvante |\_\_|

Intento palliativo |\_\_|

Intento sia radicale/adiuvante che palliativo (secondo il caso clinico) |\_\_|

**11)** Che tipo di trattamento esegui presso la tua UO nella malattia resecabile?

**Via biliare intraepatica**

Se Chirurgia R0 e N- follow-up |\_\_|

Radioterapia post-operatoria se (possibili risposte multiple):

- R1 |\_\_|
- R2 |\_\_|
- N+ |\_\_|
- Mai |\_\_|
- Altro \_\_\_\_\_

Chemioterapia post-operatoria:

- Esclusiva |\_\_|
- Sequenziale e concomitante la RT |\_\_|
- Concomitante |\_\_|

Se si quando e quale schema? \_\_\_\_\_

### **Via biliare extraepatica**

Se Chirurgia R0 e N- follow-up

Radioterapia post-operatoria se (possibili risposte multiple):

- R1
- R2
- N+
- Mai
- Altro \_\_\_\_\_

Chemioterapia post-operatoria:

- Esclusiva
- Sequenziale e concomitante la RT
- Concomitante

Se si quando e quale schema? \_\_\_\_\_

### **Colecisti**

Se Chirurgia R0 e N- follow-up

Radioterapia post-operatoria se (possibili risposte multiple):

- R1
- R2
- N+
- Mai
- Altro \_\_\_\_\_

Chemioterapia post-operatoria:

- Esclusiva
- Sequenziale e concomitante la RT
- Concomitante

Se si quando e quale schema? \_\_\_\_\_

**12) Che tipo di trattamento esegui presso la tua UO nella malattia non resecabile?**

### **Via biliare intraepatica**

Radioterapia (possibili risposte multiple):

- Esclusiva
- Mai
- Altro \_\_\_\_\_

Chemioterapia:

- Esclusiva
- Sequenziale e concomitante la RT
- Concomitante

Se si quando e quale schema? \_\_\_\_\_

### **Via biliare extraepatica**

Radioterapia (possibili risposte multiple) in base al contesto clinico:

- RTE esclusiva
- RTE + brachiterapia
- Brachiterapia esclusiva
- Mai
- Altro \_\_\_\_\_

Chemioterapia:

- Esclusiva
- Sequenziale e concomitante la RT
- Concomitante

Se si quando e quale schema? \_\_\_\_\_

### **Colecisti**

Radioterapia (possibili risposte multiple) in base al contesto clinico:

- RTE esclusiva
- Mai
- Altro \_\_\_\_\_

Chemioterapia:

- Esclusiva
- Sequenziale e concomitante la RT
- Concomitante

Se si quando e quale schema? \_\_\_\_\_

**13) Quale workflow viene tipicamente seguito presso la tua UO per la definizione dei volumi di RT (indicare la procedura standard)?**

Esecuzione di imaging diagnostico (TC e/o RM mdc) in posizione di trattamento e fusione con TC di simulazione eseguita senza mdc

Esecuzione di imaging diagnostico (TC e/o RM mdc) non in posizione di trattamento e fusione con TC di simulazione eseguita senza mdc

Esecuzione di TC di simulazione senza mdc

Esecuzione di TC di simulazione 4D senza mdc

**Percentuale di utilizzo RM** \_\_\_\_\_

**14) Indica il volume clinico di trattamento (CTV) tipicamente delineato presso la tua UO**

**SE (ipofrazionamento) stereotassi:**

**Vie biliari intraepatiche**

GTV + margine  $\leq 5$  mm = CTV |\_\_|

GTV + margine  $>5 \leq 10$  mm = CTV |\_\_|

GTV=CTV |\_\_|

Altro (specificare) \_\_\_\_\_

**Vie biliari extraepatiche**

GTV + margine  $\leq 5$  mm = CTV |\_\_|

GTV + margine  $>5 \leq 10$  mm = CTV |\_\_|

GTV=CTV |\_\_|

Altro (specificare) \_\_\_\_\_

**Colecisti**

GTV + margine  $\leq 5$  mm = CTV |\_\_|

GTV + margine  $>5 \leq 10$  mm = CTV |\_\_|

GTV=CTV |\_\_|

Altro (specificare) \_\_\_\_\_

**Se frazionamento convenzionale:**

**via biliare intraepatica**

Definito secondo linee-guida: NO |\_\_| SI |\_\_|; e se SI

- Istituzionale |\_\_|
- Nazionali (definire quale) |\_\_| \_\_\_\_\_
- Internazionali (definire quali) |\_\_| \_\_\_\_\_

Definito in base al contesto clinico |\_\_|

Altro \_\_\_\_\_

**via biliare extraepatica**

Definito secondo linee-guida: NO |\_\_| SI |\_\_|; e se SI

- Istituzionale |\_\_|
- Nazionali (definire quale) |\_\_| \_\_\_\_\_

- Internazionali (definire quali) |\_| \_\_\_\_\_

Definito in base al contesto clinico |\_|

Altro \_\_\_\_\_

### **Colecisti**

Definito secondo linee-guida: NO |\_| SI |\_|; e se SI

- Istituzionale |\_|
- Nazionali (definire quale) |\_| \_\_\_\_\_
- Internazionali (definire quali) |\_| \_\_\_\_\_

Definito in base al contesto clinico |\_|

Altro \_\_\_\_\_

**15) Indica il margine CTV-PTV (isotropico o anisotropico) tipicamente adottato presso la tua UO**

### **Via biliare intraepatica**

Frazionamento convenzionale: margine mm \_\_\_\_\_

Ipfrazionamento: margine mm \_\_\_\_\_

Altro (specificare) \_\_\_\_\_

### **Via biliare extraepatica**

Frazionamento convenzionale: margine mm \_\_\_\_\_

Ipfrazionamento: margine mm \_\_\_\_\_

Altro (specificare) \_\_\_\_\_

### **Colecisti**

Frazionamento convenzionale: margine mm \_\_\_\_\_

Ipfrazionamento: margine mm \_\_\_\_\_

Altro (specificare) \_\_\_\_\_

**16) Indica il tipo di frazionamento tipicamente adottato presso la tua UO**

### **Vie biliari intraepatiche**

Frazionamento convenzionale |\_|

Ipfrazionamento (stereotassi)

SIB

Altro (specificare) \_\_\_\_\_

### **Vie biliari extraepatiche**

Frazionamento convenzionale

Ipfrazionamento (stereotassi)

SIB

Altro (specificare) \_\_\_\_\_

### **Colecisti**

Frazionamento convenzionale

Ipfrazionamento (stereotassi)

SIB

Altro (specificare) \_\_\_\_\_

17) Indica la dose di prescrizione totale e frazionamento tipicamente utilizzati presso la tua UO per un trattamento ad intento radicale o adiuvante (siglando rispettivamente con lettera maiuscola R o A)

### **Via biliare intraepatica** (frazionamento convenzionale)

Dose totale 50-54 Gy

Dose totale > 54 Gy ≤ 60 Gy

Dose totale > 60 Gy

Eventuali commenti

---

### **Vie biliare extraepatica**, frazionamento convenzionale

Dose totale 50-54 Gy

Dose totale > 54 Gy ≤ 60 Gy

Dose totale > 60 Gy

Eventuali commenti \_\_\_\_\_

**Colecisti**, frazionamento convenzionale

Dose totale 50-54 Gy

Dose totale > 54 Gy ≤ 60 Gy

Dose totale > 60 Gy

Eventuali commenti \_\_\_\_\_

**Via biliare intraepatica**, Stereotassi (indicare schedule di frazionamento più frequentemente adottate)

Numero di sedute  Dose per seduta

Numero di sedute  Dose per seduta

Numero di sedute  Dose per seduta

Eventuali commenti

---

**Via biliare extraepatica**, Stereotassi (indicare schedule di frazionamento più frequentemente adottate)

Numero di sedute  Dose per seduta

Numero di sedute  Dose per seduta

Numero di sedute  Dose per seduta

Eventuali commenti

---

**Colecisti**, Stereotassi (indicare schedule di frazionamento più frequentemente adottate)

Numero di sedute  Dose per seduta

Numero di sedute  Dose per seduta

Numero di sedute  Dose per seduta

Eventuali commenti

---

**18)** Indica dose totale e frazionamento tipicamente adottati presso la tua UO per un trattamento ad intento puramente sintomatico (palliazione)

**Via biliare intraepatica**

Numero di sedute | dose per seduta

**Via biliare extraepatica**

Numero di sedute | dose per seduta

**Colecisti**

Numero di sedute | dose per seduta

**19)** Indica la tecnica di trattamento tipicamente adottata presso la tua UO (più risposte possibili, indicare con 1 e 2 le tecniche più frequentemente adottate)

**Via biliare intraepatica**

Tecnica 3D statica con fasci multipli coplanari o non coplanari

Tecnica 3D cinetica con fasci multipli coplanari o non coplanari

Tecnica ad intensità modulata (statica, volumetrica) con fasci/archi coplanari o non coplanari

Tomoterapia

Tecnica robotizzata (Cyber-knife)

Altro (specificare) \_\_\_\_\_

**Via biliare extraepatica**

Tecnica 3D statica con fasci multipli coplanari o non coplanari

Tecnica 3D cinetica con fasci multipli coplanari o non coplanari

Tecnica ad intensità modulata (statica, volumetrica) con fasci/archi coplanari o non coplanari

Tomoterapia

Tecnica robotizzata (Cyber-knife)

Altro (specificare) \_\_\_\_\_

**Colecisti**

Tecnica 3D statica con fasci multipli coplanari o non coplanari

Tecnica 3D cinetica con fasci multipli coplanari o non coplanari

Tecnica ad intensità modulata (statica, volumetrica) con fasci/archi coplanari o non coplanari

Tomoterapia

Tecnica robotizzata (Cyber-knife)

Altro (specificare) \_\_\_\_\_

**20) Indica i limiti di dose per OAR adottati presso la tua UO**

Fegato |\_\_\_\_|

Reni |\_\_\_\_| (o se diversificati Rene destro |\_\_\_\_| Rene sinistro |\_\_\_\_| )

Intestino tenue |\_\_\_\_|

Midollo spinale |\_\_\_\_|

Stomaco |\_\_\_\_|

Duodeno |\_\_\_\_|

Digiuno |\_\_\_\_|

Altro (specificare) \_\_\_\_\_

### Brachiterapia

**21) utilizzi BT nella tua struttura per il trattamento delle vie biliari extraepatiche?**

SI |\_\_| NO |\_\_|      Se SI, HDR |\_\_| o LDR |\_\_|

**22) Quanti pazienti hai trattato (indicare il periodo) ?** \_\_\_\_\_

**23) Quando effettui BT (possibili risposte multiple)?**

Palliazione |\_\_|

Esclusivo |\_\_|

Sovradosaggio dopo RTE |\_\_|

**24) Modalità di trattamento BT: via ERCP o PTC?** \_\_\_\_\_

**25) Usi protesi:**

NO |\_\_|      SI |\_\_|

Tipo protesi \_\_\_\_\_

Timing posizionamento protesi rispetto BT:

\_\_\_\_\_

**26) Planning: 2D \_\_\_\_\_ 3D \_\_\_\_\_ (specificare %)**

**27) Volumi di trattamento e prescrizione della dose:**

GTV con margine cranio-caudale di 1-2cm |\_\_|; GTV con margine cranio-caudale inferiore a 1cm |\_\_|

Prescrizione a 1cm dalla sorgente ; Prescrizione a < 1cm dalla sorgente

Altro \_\_\_\_\_

**28)** Quanti pazienti trattati con:

intento palliativo esclusivo \_\_\_\_\_

intento radicale (in associazione a RTE) \_\_\_\_\_

**29)** Dose e frazionamento impiegato:

Palliazione \_\_\_\_\_

In associazione a RTE \_\_\_\_\_

**30)** Dopo il trattamento, il paziente entra in un programma di follow-up?

SI  NO

**31)** Se SI, di che tipo?

Non intensivo

Intensivo

Specifica tipo esami per ogni tipo di follow-up effettuato

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**32)** Saresti interessato a partecipare a progetti di studio sia retrospettivi (“pooled analysis”) che prospettici?

SI  NO

Commenti \_\_\_\_\_