

INTEGRATE 7.0

QUALI ‘REGOLE’ NELLA GESTIONE INTEGRATA DELLA NEOPLASIA POLMONARE?

GAMES

VERONA

13-14 OTTOBRE 2025

SITUAZIONE CLINICA EMBLEMATICA 1

NSCLC stadio III EGFR mutato: TKI in adiuvante o in mantenimento?

Presenter: P. Borghetti

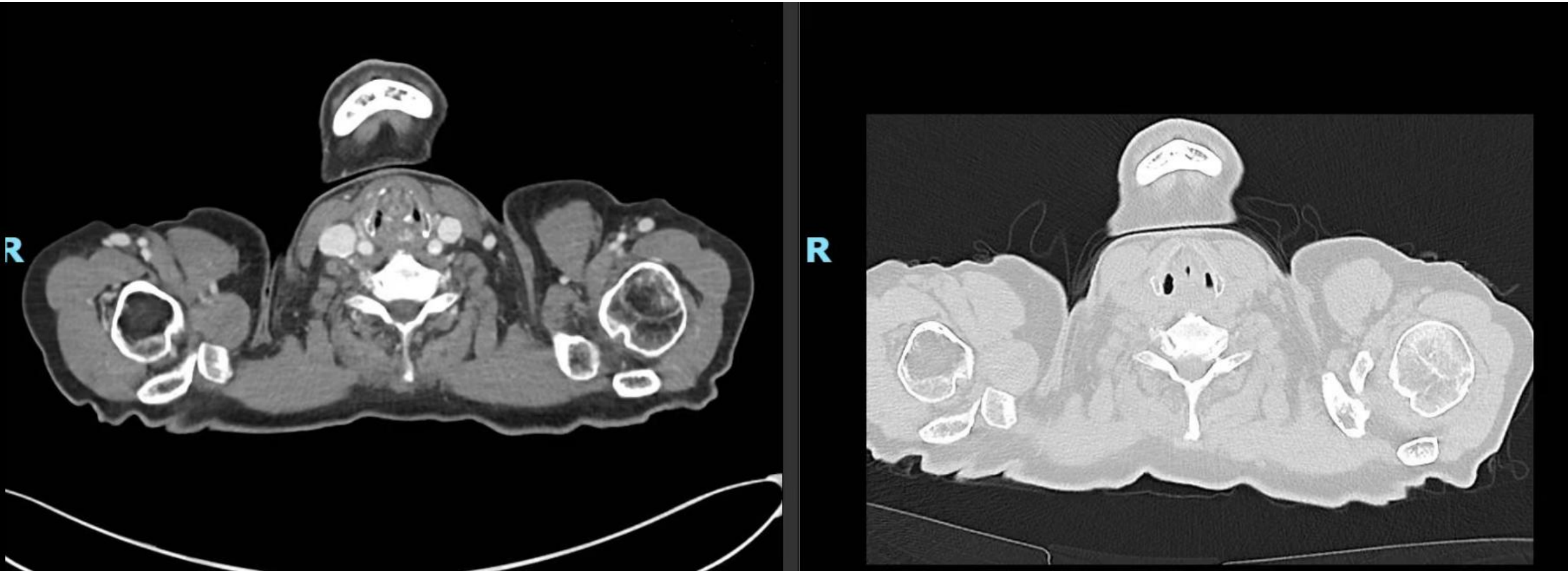
SC Radioterapia – ASST Spedali Civili di Brescia

Anamnesi Oncologica

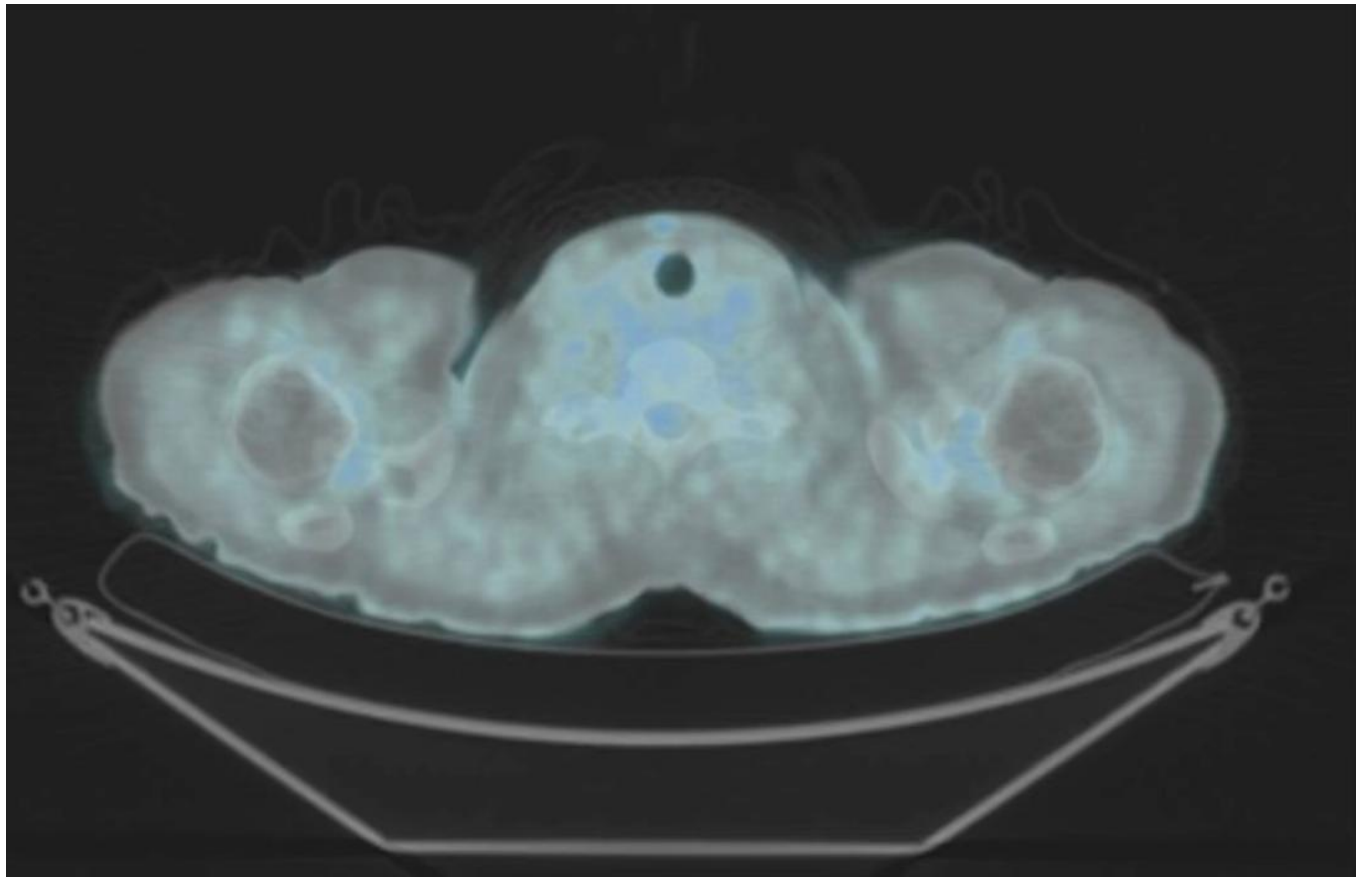
- Donna, 66 anni, PS 0. Anamnesi patologica remota muta. Mai fumatrice.
- 11/11/2024 esegue RX torace, per episodio di minimo emoftoe, che documenta un ampliamento dell'ilo destro, meritevole di approfondimento TC.
- 4/12/24 TC Staging che descrive **formazione solida al LID di 4,1x3,8 cm a margini spiculati caratterizzata da disomogenea impregnazione post contrastografica come da fenomeni necrotico-colliquativi** nel contesto, sospetta per lesione neoplastica. Tale **lesione ingloba e occlude la diramazione segmentaria bronchiale per l'apicale del LID e posteriormente contatta ampiamente la pleura costale paravertebrale**. Cranialmente prende **contatto con pala superiore della grande scissura**. Medialmente in continuità con ulteriore componente tissutale di verosimile natura **linfoadenopatica in sede ilare destra e in adiacenza alla diramazione lobare per il LM**. Nel segmento apicale del LID due micronoduli uno GG 5mm e uno solido di 4mm.
- 7/1/2025 PET-TC che conferma come ipermetabolica la **lesione al LID, adenopatie patologiche in 10R, 7, 4R**.
- 8/1/2025 broncoscopia con campionamento ecoendoscopico su **4R, 7, 11R e T polmonare al LID**: EI tutti i campioni sono positivi per: **Adenocarcinoma polmonare** Gx del lobo inferiore destro, si stadia **cT2b N2b M0 (IIIB 9 Ed. TNM)**, **EGFR mutato (p.Glu746_Ala750del), PDL1 2%.**



TC con mdc 04/12/2024



PET-TC con 18 fdg 17/01/2025



Quesito 1

Come giudicheresti questo caso?

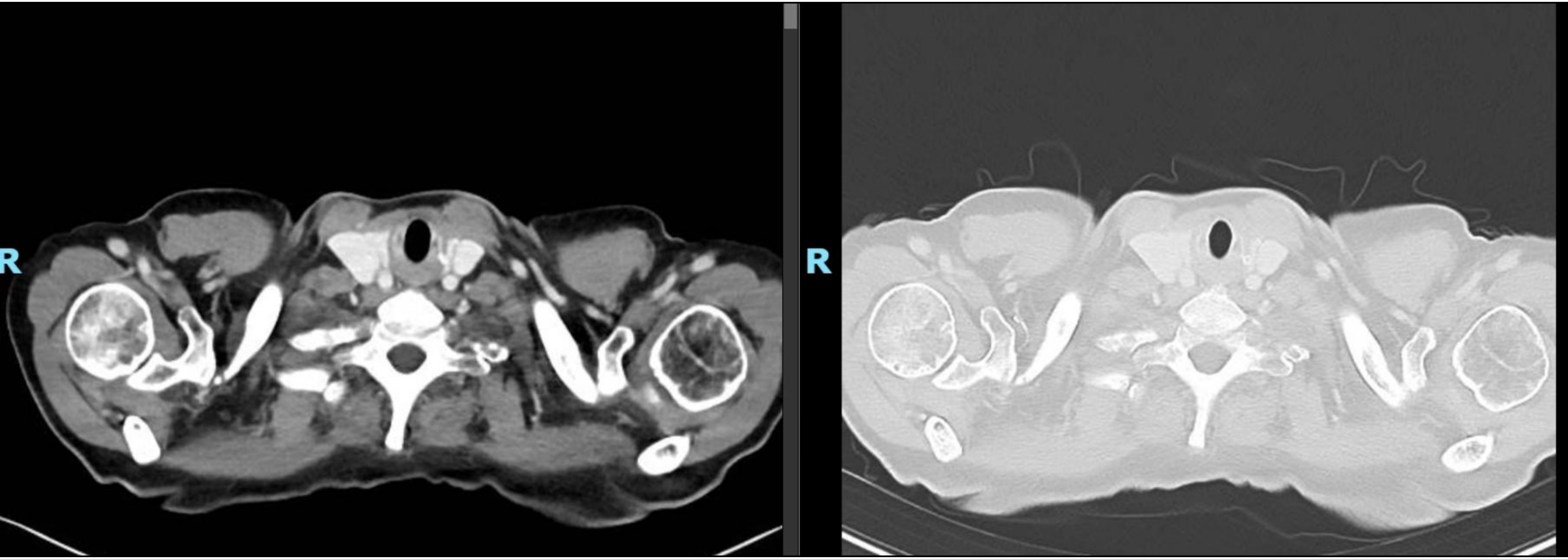
1) “resectable” (upfront)
2) “unresectable” (per rischio pneumonectomia dx)
3) “unresectable” (per N2 multistazione non bulky)
4) “borderline resectable”

Decisione MDT e Rivalutazione del caso

- 15/1/2025 discusso il caso in **MDT con indicazione a RT-CHT concomitante (N2 multistazione)**
- La paziente esprime la volontà di sottoporsi al trattamento ma di poter chiedere **secondo parere**.
- **Ridiscusso il caso con la collega Chirurgo Toracico (MDT locale)**: chirurgia tecnicamente fattibile, la paziente era stata valutata non resecabile per la presenza di N2 multistazione. Al momento della discussione non era disponibile l'informazione su NGS. Considerata la possibilità di variare la strategia terapeutica si rivede il caso e si concorda per nuova TC per una migliore e più aggiornata definizione del quadro clinico

- 11/02/2025 TC […**Incremento dimensionale della nota formazione solida nel segmento apicale del LID (47x28 mm vs 38 x 26 mm nel piano assiale)**, la quale occlude la diramazione segmentaria bronchiale per apicale dell'LID e determina effetto retraente sulla pala superiore della scissura, con ampio contatto con la pleura a livello della doccia costovertebrale con tessuto adiposo sottopleurico tuttora riconoscibile. (…) **Non più riconoscibili i due micronoduli** nel segmento apicale del LID e la area di aumentata densità parenchimale nel segmento laterale del LM segnalati nel precedente esame (…) **Invariate per numero e dimensioni le adenopatie ilo-mediastiniche**, in particolare in sede ilare inferiore dx (9mm), precarenale (17mm) e alla finestra aorto polmonare (16.5mm) (…)

TC con mdc 11/02/2025



Quesito 2

Posto che la paziente è operabile dal punto di vista internistico e funzionale e potrebbe sopportare una pneumonectomia destra, ritieni opportuno:

1) tentare una bilobectomia (con un rischio medio-basso di pneumonectomia destra)

2) escludere chirurgia (perché N2 multistazione)

3) escludere chirurgia (perché EGFR mutata)

4) non saprei

Quesito 3

Ritieni opportuno proporre:

1) chemioterapia pre-operatoria (per malattia “ resectable” o borderline-resectable”)

2) chemio-immunoterapia pre-operatoria (per malattia “ resectable” o borderline-resectable”)

3) nessun trattamento di induzione, chirurgia upfront seguita da adiuvante (chemioterapia + osimertinib)

4) chemio-radioterapia concomitante seguita da mantenimento (osimertinib EAP)

Trattamento

- La paziente riceve ***second opinion*** **chirurgica senza indicazione a chirurgia per la presenza di N2 multistazione e bilobectomia destra (senza poter escludere con certezza la pneumonectomia destra)**

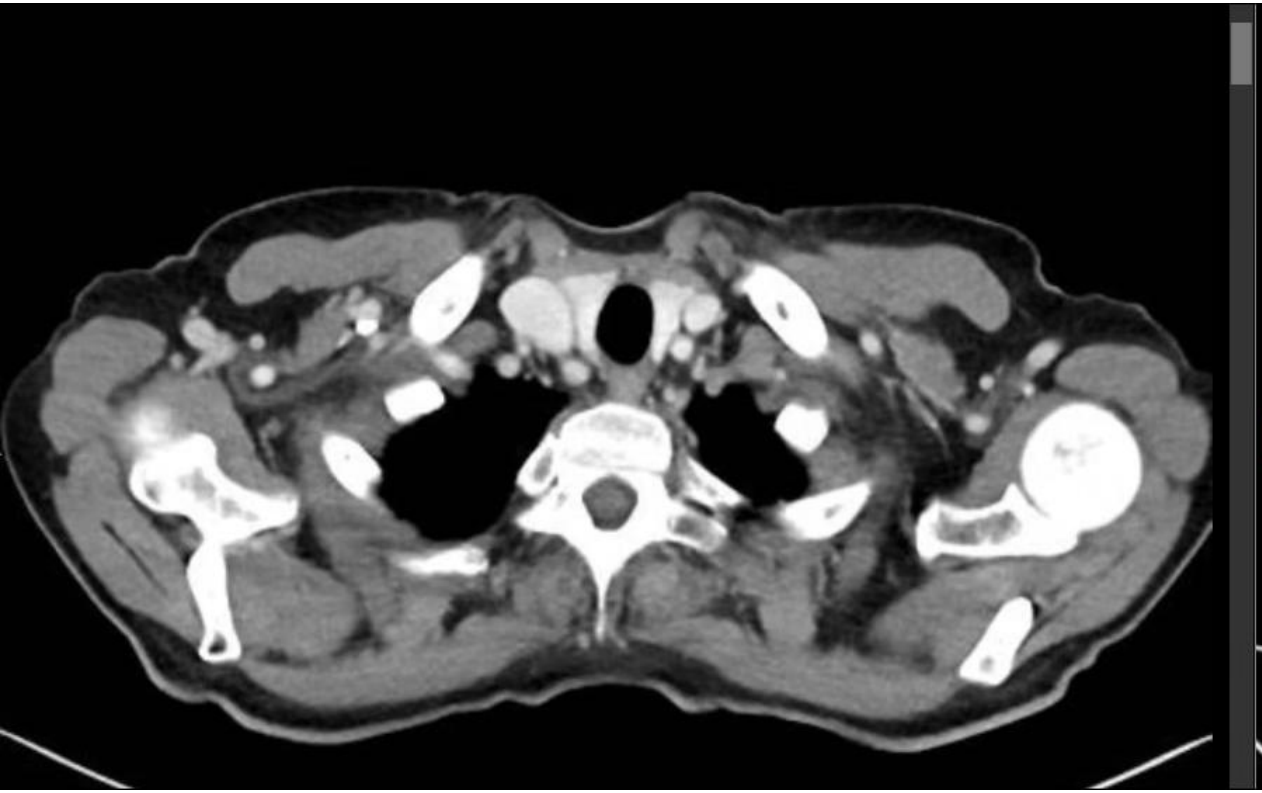
- CHT con Carboplatino + Paclitaxel dal 24/02/2025 (eseguiti 3 cicli)

- Dal 17/03 al 30/4/2025 VMAT-IGRT (RT concomitante dal 2° ciclo) a titolo radicale a livello delle sedi cliniche di malattia (LID, ilo destro 7 e 4R), dose 2/60 Gy

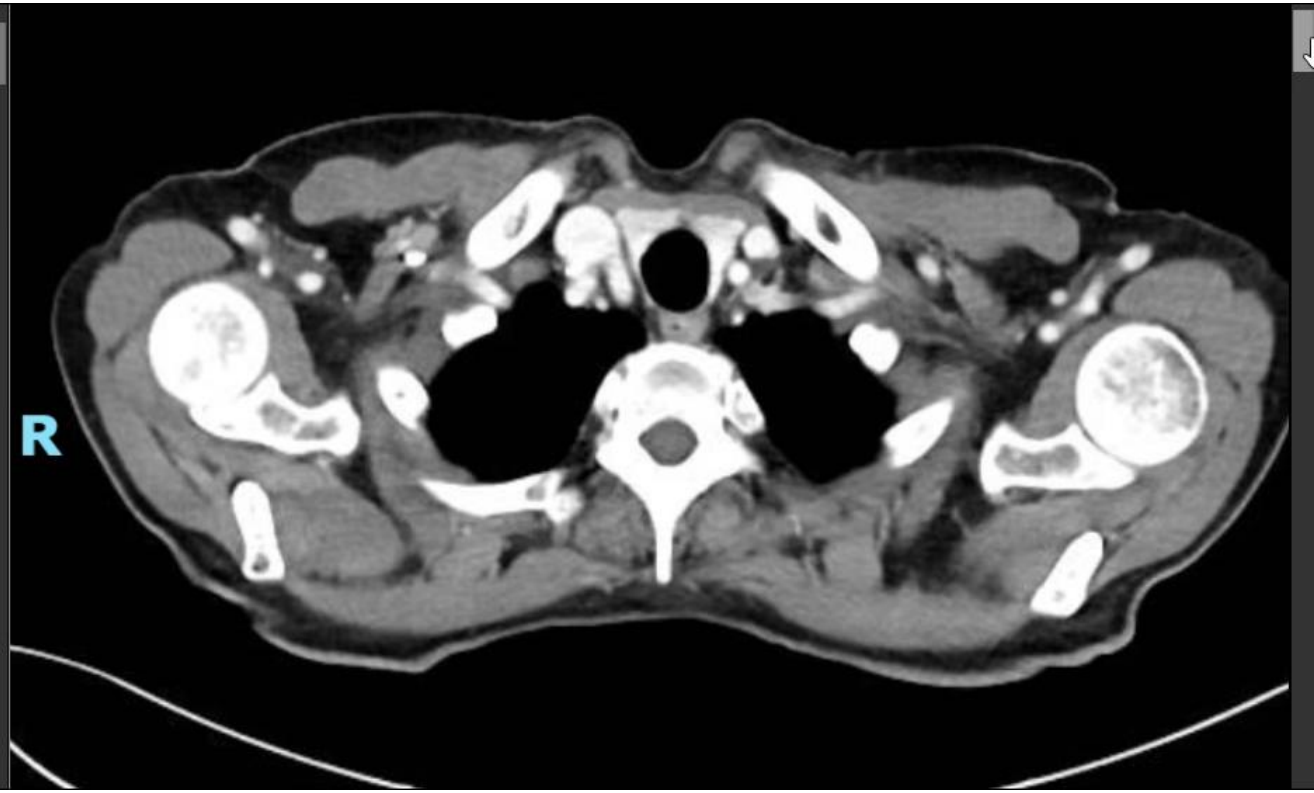
- Trattamento ben tollerato, ad eccezione di neutropenia non febbrile G4 (260 Neutrofili, 1510 leucociti) risolta con fattori di crescita granulocitari ed esofagite G2 trattata con sintomatici e risolta in 10 giorni. Non polmonite.

- TC STAGING (…) Torace: ridotta da 45 a 32 mm la lesione nel segmento apicale del lobo inferiore dx. Non comparsa di lesioni secondarie. Non versamento pleurico. Non adenopatie. Invariato il resto. (…)

TC con mdc PRE RT-CHT



TC con mdc POST RT-CHT



Mantenimento

29/05/2025 Valutazione ambulatoriale Congiunta Oncologia-Radioterapia

La paziente si presenta per rivalutazione clinica dopo radiochemioterapia per Adenocarcinoma polmonare Gx del lobo inferiore destro, cT2b(R2C2)cN2(R2C2)M0, EGFR mutato (p.Glu746_Ala750del), PDL1 tps 2%
Risposta parziale alla TC di restaging
Buone condizoni generali , PS 0, asintomatica.
Obiettività nei limiti.
ECG nei limiti.

Si dà corso a terapia con **osimertinib nell'ambito del EAP LAURA**

02/09/2025 TC restaging: ulteriore risposta
Sta bene, PS 0. Solo incremento CPK G2, risolto con sospensione osimertinib per una settimana.