Di seguito un resoconto dell’esame della letteratura scientifica internazionale in ambito radioterapia oncologica per il tratto gastrointestinale nei mesi Agosto ottobre 2016

**Retto**

* http://www.thegreenjournal.com/article/S0167-8140(16)31213-0/fulltext da non perdere le linee guida internazionali di contornamento del tumore del retto redatte dal gruppo guidato dal prof Valentini e pubblicate sul green journal.
* <http://www.redjournal.org/article/S0360-3016(16)00332-1/fulltext> Il gruppo della Washington Universit, Missouri, ha presentato i dati positivi sulla QOL relativi al protocollo di trattamento short course + chemioterapia secondo schema MFolofox6 in neoadiuvante (dati prelimianri sull’outcome clinico pubblicati nel 2014 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4028157/>)
* http://ascopubs.org/doi/full/10.1200/JCO.2016.67.6049 JCO pubblica i risultati dello studio francese di fase III Greccar6 (7 vs 11 settimane di intervallo tra rtcht neoadiuvante e chirurgia nel retto, endpoint Pcr) in cui, contrariamente a quanto riportato da altri studi, non viene riscontrata un’associazione tra il prolungamento del tempo alla chirurgia e la risposta patologica completa.
* http://www.croh-online.com/article/S1040-8428(16)30141-X/fulltext una sistematic review su utilizzo ed efficacia di procedure endoscopiche nel trattamento dei tumori colon rettali iniziali.

**Pancreas**

* http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/0284186X.2016.1197419 un articolo del gruppo del Globocan che stima che il numero delle morti da tumore del pancreas andrà a superare quello delle morti da tumore al seno in Europa a partire dal 2017.
* http://www.redjournal.org/article/S0360-3016(16)30184-5/pdf analisi quantitativa di imaging PET nel tumore del pancreas condotta dalla Stanford University allo scopo di trovare caratteristiche (features) prognosticamente comparabili o superiori ai dati di imaging tradizionali
* http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0360301616302024: Università di Atlanta, risultato di uno studio di fase I sull’utilizzo di SBRT 3 frazioni con SIB su margini posteriore in pancreas borderline resectable dopo CHT secondo schema folfirinox. Dose più alta testata senza raggiungere tossicità limite: 36 Gy su PTV tumore (no linfonodi) -45 Gy su margine posteriore
* https://ro-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13014-016-0714-7 studio di università cinese che ha ricostruito un ipotetico CTV postoperatorio fondendo sulla TC di un paziente tutte le sedi di recidiva locoregionale riscontrate in 83 pazienti non sottoposti a radioterapia (adiuvante o neoaudiuvante).
* http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cncr.30117/full Analisi retrospettiva della casistica dell’MD Anderson sugli schemi di radioterapia (associati a CHT) utilizzati in preoperatoria (30 Gy in 10 FRAZIONI vs 50.4 Gy in 28 frazioni)
* http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cncr.30163/full analisi retrospettiva (>10000 pz)condotta dall’Università di Penn State sull’influenza sulla sopravvivenza della chemioterapia ritardata (> 12 settimane dall’intervento): non differenze significative rispetto al timing standard, l’utilizzo della cht (sia all’interno delle 12 settimane dall’intevento che oltre) migliora significativamente la sopravvivenza rispetto alla sola chirurgia.

**Note di tecnica**

http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/0284186X.2016.1203460 un editoriale su Acta oncologica sul concetto ed i possibili utilizzi dell’ Adaptive radiotherapy” per i tumori della pelvi.