



Associazione Italiana
di Ematologia ed
Oncologia Pediatrica

AIEOP

Affiliata alla S.I.P.

fo luto

XXI Congresso Nazionale

X Congresso Infermieristico

101



Pisa
16-18 giugno 1994

TUMORI A CELLULE GERMINALI IN ETÀ PEDIATRICA RISULTATI DEL PROTOCOLLO AIEOP - TCG 91

M. LO CURTO, G. PROVENZANO, S. BAGNULO, G. BERNINI, G. CECCHETTO, B. DE BERNARDI, E. DE GRAZIA, T. DE LAURENTIS, S. DI BENEDETTO, M. DI PACE; M.T. DI TULLIO, A.M. FAGNANI, L. FELICI, M. LO CASCIO, S. LO PICCOLO, P. MACCHIA, F. MASSOLO, N. SANTORO, F. SIRACUSA, P. TAMARO, R. TARGHETTA

Gruppo Cooperativo Nazionale AIEOP - TCG 91

Dal 1° gennaio 1991 è stato attivato un Protocollo Nazionale di diagnosi a cura dei TCG in età pediatrica. Fino al 31 dicembre 1993, sono stati registrati 88 pts., osservati in 15 Centri AIEOP. L'età dei pts. alla diagnosi era compresa fra la nascita e 14 anni, mediana 5,4 anni.

TRATTAMENTO

Teratoma (T) maturo: solo chirurgia (ch); *T immaturo testicolare, extratesticolare grado I*: solo ch.; *extratesticolare grado II, III*: ch. + 4 cicli (c) VAC; *TCGMNS testicolare st. I*: solo ch.; *extratesticolare st. I, tutte le sedi st. II*: ch. + 2 c JE/IVA; *st. III a, b* (resecabile): ch. + 3 c JE/IVA + 2nd look ch.; se residui maligni: 1 c JE/IVA; *st. III c* (non resecabile), *IV*: biopsia + 2 c JE/IVA; se risposta: ch. + 2 c JE/IVA; se non risposta: 2 c JE/IVA + ch. se possibile, + 2 c JE/IVA. *Seminoma st. I gonadico*: solo ch.; *st. II*: ch. + RT; *st. III, IV ed extragonadico*: stesso trattamento dei TCGMNS.

RISULTATI

Teratoma maturo: 46 pts.; 23 maschi, 23 femmine. Sede del tumore: s.c. 24, testicolo 19, ovaio 4, collo 3, mediastino 3, retroperitoneo 2, occhio 1. Resezione chirurgica completa è stata eseguita in 44/46 casi; un pt. con teratoma s.c. neonatale, ha presentato recidiva locale maligna 6 mesi dopo l'intervento, eseguito senza coccigeotomia: in atto si trova in RC a + 14 mesi, dopo un secondo intervento chirurgico e 2 cicli di CT. Gli altri pts. sono liberi da malattia, con un periodo di osservazione da 4 a 32 m., mediana 12 m.

Teratoma immaturo: 13 pts.; 5 maschi, 8 femmine; grado istologico: II dieci, III tre; sede del tumore: ovaio 5, s.c. 3, testicolo 3, collo 1, cavo orale 1. Resezione chirurgica completa: 13/13 casi. Due ptsd. hanno presentato recidiva locale (in un caso di tipo maturo, nell'altro di tipo maligno): entrambi sono vivi senza malattia dopo 4 e 14 m. dall'intervento, seguito da CT nel tumore maligno. Gli altri pts. sono vivi senza malattia, con un periodo di osservazione da 5 a 29 m., mediana 24 m.

TCGMNS: 27 casi, compresi due casi di recidiva da t. maturo ed immaturo; due pts, non sono valutabili perché troppo recenti; dei 25 valutabili, uno, che aveva presentato alla nascita un tumore del collo inoperabile, è morto per sepsi durante il I ciclo di CT; un pt. con tumore s.c. è risultato resistente al trattamento ed è morto per progressione della malattia, 8 m. dopo la diagnosi; due pts., con tumore s.c. hanno presentato recidiva locale: uno è morto per progressione, nonostante un trattamento CT «di salvataggio», l'altro è perso al controllo. Gli altri venti (80%) sono vivi senza malattia, dopo un periodo di osservazione compreso fra 9 e 33 m., mediana 14 m.

Seminoma: 4 pts.: 1 maschio, 3 femmine; due sono persi al controllo, gli altri due sono vivi senza malattia dopo 5 e 6 mesi.

DISCUSSIONE

Le sedi più frequentemente osservate sono state il s.c. ed il testicolo. Più della metà dei casi era costituita da «forme non maligne»; rare sono state le forme seminomatose. È da rilevare la potenziale malignità dei teratomi, anche in caso di asportazione apparentemente completa: ciò giustifica l'indicazione ad una stretta e prolungata osservazione, oltre che per le forme maligne, anche per quelle «non maligne». Per quanto riguarda la terapia delle forme maligne, è da rilevarne la notevole tossicità in età neonatale. Inoltre, si deve sottolineare l'inefficacia del trattamento in 3/10 pts. con tumore s.c.: si ipotizza, quindi, in questi casi, l'eventuale adozione di uno schema terapeutico differenziato. Si rileva, infine, che i TCGMNS in sede testicolare, stadio I, presentano decorso favorevole, senza terapia adiuvante post-chirurgica.

TERAPIA D'ASSOCIAZIONE PER IL MEDULLOBLASTOMA OPERATO MODULATA SECONDO L'ETÀ DEL PAZIENTE E LO STADIO DELLA NEOPLASIA

G. CEFALO, L. ROTTOLI, E. BALLERINI, M. MASSIMINO, P. NAVARRIA, L. GANDOLA, M. SAVOJARDO*, J.D. TESORO TESS, C. SOLERO*, F. FOSSATI BELLANI

Istituto Nazionale Tumori, *Istituto Neurologico Besta, Milano

Allo scopo di ridurre i danni iatrogeni nei pz. di età < 10 anni e di migliorare la prognosi nei pz. di età > 10 anni considerati ad alto rischio (T_3 - T_4 secondo Chang, M+, exeresi della neoplasia < 90%), dal 1985 è stato iniziato un piano di cura che prevede una chemioterapia (CT) pre-radiante, iniziata entro 1 mese dalla chirurgia, con VCR 1,4 mg/mq + hdMTX 8 g/mq in infusione di 6 ore (+Prefolic) + MTX i.t. (10 mg/mq) somministrata nei giorni 1, 8, 22, 29. Per i pz. di età > 10 anni a basso rischio (T_1 - T_2 , M_0 , exeresi della neoplasia > 90%) la CT pre-radiante è consistita in VCR (giorni 4, 11) e MTX i.t. (giorni 1, 8, 15), come in una precedente serie di 34 pz. trattati da 1972 al 1980 (Cancer 54: 1956-1961, 1984). Dopo 2-3 settimane di intervallo la CT è stata seguita dal trattamento radiante sulle sedi e alle dosi indicate nella seguente tabella:

Età (anni)	Fossa posteriore	Nevrasse
<3	5400 cGy	-
3-10	5400 cGy	2000 cGy
>10	5400 cGy	3500 cGy

Dopo la RT è stata proseguita terapia con VCR (1,4 mg/mq ogni 3 settimane) e CCNU (80 mg/mq ogni 9 settimane) per un anno. Al gennaio 1994 sono valutabili 72 su 75 pz. consecutivi (3 esclusi per violazione di protocollo). Nella tabella è presentata la correlazione fra età, fattori prognostici e ricaduta della malattia:

Età (anni)	No. pz. M_0	No. pz. M+	Totale
<3	5 (3)		5 (3)
3-10	21 (8)	13 (10)	34 (18)
>10	<ul style="list-style-type: none"> • basso rischio 12 (5) • alto rischio 13 (2) 	8 (4)	12 (5) 21 (6)
Totale 51 (18)	21 (14)	72 (32)	

() pz ricaduti: intervallo mediano 15 mesi (range 1-71)

La sopravvivenza attuariale libera da malattia a 4 anni è del 48,6% per l'intera serie (FU mediano 47 mesi). Per i bambini di età compresa tra 3-10 anni è del 55% e 22%, rispettivamente, in assenza (M_0) o in presenza (M+) di malattia metastatica. Nei pz. di età > 10 anni è stata del 48% e del 63%, rispettivamente, per il gruppo a basso o ad alto rischio. Nei bambini di età < 10 anni la CT con VCR + hdMTX associata a dosi ridotte di RT sul nevrasse permette di conseguire nei pz. M_0 risultati analoghi a quelli di altri studi che prevedono RT a dosi standard, mentre i risultati raggiunti nei pz. M+ sono insoddisfacenti. Nei pz. di età > 10 anni, la CT con VCR + hdMTX combinata a RT a dosi standard ottiene nel gruppo ad alto rischio risultati analoghi al gruppo a basso rischio. È prematura una analisi delle sequele iatrogene.