



Filo diretto con...

SETTEMBRE 2007

Anno
1

Numero
1

LA DIVISIONE DI ONCOLOGIA PEDIATRICA DEL
POLICLINICO UNIVERSITARIO "A. GEMELLI"

Cari amici, perché questo "filo diretto" con la Divisione di Oncologia Pediatrica? Perché sentiamo la necessità di stabilire un contatto con le molte persone che sono vicini ai bambini che curiamo ed alle loro famiglie. Vogliamo inoltre informare delle nostre attività tutti quelli che sostengono la Divisione con affettuoso e costante impegno. Utilizzeremo questo "filo" anche per informare dei progressi che la medicina compie nel difficile campo dell'oncologia. Vi aggiorneremo sulle novità terapeutiche e sulle iniziative volte ad aiutare concretamente i nostri pazienti e le loro famiglie (vedi biglietti scontati dell'Airone). Ci proponiamo di inviarvi il "filo diretto" ogni due mesi sia sotto forma cartacea che per via elettronica che è possibile richiedere inviando una e-mail alla nostra segreteria. Cordiali saluti,

Prof. Riccardo Riccardi

Primario della Divisione di Oncologia Pediatrica Policlinico A. Gemelli—Roma

5 per Mille

Sostieni la ricerca in oncologia pediatrica destinando il 5 per mille dell'IRPEF alla **FONDAZIONE PER L'ONCOLOGIA PEDIATRICA**.

Come?: Firma nel riquadro "Finanziamento agli enti della ricerca scientifica e delle Università" e indica il C.F. della Fondazione: **971076680585**

La Fondazione per l'Oncologia Pediatrica, costituita nel 1994 su iniziativa della Banca d'Italia, finanzia e promuove la ricerca scientifica nel campo dei tumori pediatrici presso la Divisione di Oncologia Pediatrica del Policlinico A. Gemelli.

Ha creato i laboratori di ricerca della nostra Divisione attrezzandoli con le più moderne apparecchiature e ne ha finanziato il funzionamento con borse di studio e contratti per i ricercatori e l'acquisto del materiale di consumo.

Ha permesso di ristrutturare il reparto di degenza ed il Day Hospital della Divisione per rendere gli ambienti più confortevoli ed accoglienti.

Ha supportato l'ospitalità e l'assistenza alle famiglie dei bambini in cura presso la Divisione di Oncologia Pediatrica, provenienti da altre regioni, soprattutto dal Sud Italia.

Ha favorito l'aggiornamento scientifico degli oncologi pediatri supportando corsi di aggiornamento e masters in collaborazione con la Scuola Europea di Oncologia (ESO).

Con la dichiarazione IRPEF del 2006, **3398** contribuenti hanno indicato la Fondazione per l'Oncologia Pediatrica come destinatario del loro 5 per mille.

Grazie Mille

News in oncologia pediatrica

Cambiano i criteri prognostici nel Neuroblastoma



Uno degli obiettivi degli studi condotti nell'ambito dell'oncologia pediatrica, e non solo, è quello di riuscire ad identificare fattori di malattia che possono predire, con sufficiente affidabilità, la prognosi di una determinata malattia. Nell'ambito oncologico in particolare, la previsione di una prognosi favorevole *ab initio* consente di intraprendere schemi di trattamento meno intensivi rispetto a quelli adottati nei casi ad alto rischio. Tutto ciò si traduce in un decorso di malattia complicato da una minore morbilità e mortalità legate al trattamento stesso.

Tradizionalmente, nella maggior parte degli studi indirizzati a comporre una stratificazione del rischio, il limite d'età utilizzato per definire per tale variabile una migliore o peggiore prognosi è stato quello di 365 giorni di vita. I bambini affetti da Neuroblastoma con malat-

tia disseminata ma con età inferiore ad un anno, infatti, vengono tuttora classificati come stadio 4S (S:Special), contraddistinto da una prognosi più favorevole. In realtà, un recente studio ha analizzato i dati di 3666 pazienti affetti da Neuroblastoma suggerendo che questo limite d'età potrebbe essere troppo basso e che anche un'età superiore (15-18 mesi) potrebbe essere ancora sufficiente per la definizione di una buona prognosi e quindi per attuare anche in questo gruppo un trattamento meno intensivo con risultati favorevoli. La stratificazione del rischio della Children's Oncology Group è stata rivista proprio alla luce di queste novità e studi futuri potranno confermare la sicurezza e l'efficacia di trattamenti meno intensivi in bambini d'età compresa tra 12 e 18 mesi di vita con malattia disseminata localmente o a distanza (Stadio 3 o 4).

London WB et al. J Clin Oncol 2005;23:6459-65

Nuovi farmaci e nuovi protocolli

Cos'è l'ITCC Ogni nuovo composto antitumorale, con davvero poche eccezioni, inizia la sua valutazione clinica con studi di fase I e II a partire dagli adulti. Solo dopo alcuni anni gli stessi farmaci saranno disponibili per eseguire le stesse valutazioni nella popolazione pediatrica. Nel campo dell'Oncologia Pediatrica la nostra Unità Operativa di Oncologia Pediatrica promuove la ricerca pre-clinica e la sperimentazione clinica di nuovi composti antitumorali in collaborazione con i più importanti centri europei (tra i principali l'Institut Gustave Roussy, il Birmingham Children's Hospital

NHS, l'University Hospital Munster, l'Emma Children's Hospital of Amsterdam). Da questa collaborazione internazionale è nato il Consorzio europeo Innovative Therapies for Children with Cancer (ITCC). Il consorzio ITCC si propone di svolgere valutazioni precliniche di nuovi composti antitumorali, di condurre studi internazionali di fase I e II di nuovi preparati antineoplastici, di sviluppare la ricerca traslazionale nell'ambito degli studi clinici e di migliorare le metodologie di sviluppo di nuovi farmaci. Al fine di raggiungere tali obiettivi,

l'ITCC ha cercato di estendere il network clinico esistente attraverso l'identificazione di centri clinici qualificati in grado di gestire e condurre studi clinici di fase I e II in ottemperanza agli adempimenti della nuova Direttiva Europea sugli studi clinici e in conformità alla regole della Good Clinical Practice. La Divisione di Oncologia Pediatrica è un Centro ITCC e coordina alcuni degli studi ITCC in Italia.



Target therapy *Cosa vuol dire*

Negli ultimi 20 anni si è assistito ad un'esplosione delle conoscenze nel campo della biologia tumorale. Per la prima volta i ricercatori hanno avuto a disposizione una serie di tecniche sempre più sofisticate per studiare i geni, i loro prodotti proteici, i vari aspetti del ciclo cellulare. Grazie all'identificazione di molecole che interagiscono con un difetto specifico l'approccio alla farmacologia antineoplastica è radicalmente cambiato, passando da una farmacologia basata sulla malattia ad una terapia trasversale guidata sul difetto molecolare.

Questi concetti farmacologici sono alla base di quella che viene definita *target therapy*, l'utilizzo cioè di farmaci che agiscono su recettori cellulari specifici. L'azione "bersaglio" del farmaco risparmia le cellule normali dell'organismo dall'azione dei farmaci, con un miglioramento quindi del profilo di tollerabilità del trattamento stesso, a tutto vantaggio del paziente e della sua qualità di vita.

I recettori per i fattori di crescita e le vie di trasduzione del segnale intracellulare rappresentano il bersaglio della maggior parte dei nuovi farmaci antineoplastici. L'azione di queste molecole è specifica e ciò le rende potenzialmente più efficaci e meno tossiche. Lo "spettro d'azione" è però limitato a quei particolari sottogruppi di neoplasie che dipendono da specifiche alterazioni molecolari.

Un esempio ne è l'Imatinib, conosciuto con il nome di Glivec o Gleevec la cui introduzione nella pratica clinica ha modificato sensibilmente l'algoritmo terapeutico nella Leucemia Mieloide Cronica. Il farmaco, inibitore della BCR-ABL tirosinchinasi, rappresenta infatti la terapia di scelta nei pazienti con LMC di nuova diagnosi, anche nei pazienti che precedentemente erano considerati candidati al trapianto di cellule ematopoietiche allogeniche.

Un altro esempio è quello dell'inibitore dell'EGF-R (Recettore del fattore di crescita dell'epidermide) o Tarceva. Tarceva (Erlotinib) è stato approvato dall'Unione Europea (EU) per il trattamento dei pazienti con tumore al polmone, non responsivi alla chemioterapia, e con tale indicazione rientra tra i farmaci rimborsabili da parte del SSN. Tarceva ha migliorato la sopravvivenza del 42,5%, oltre a migliorare i sintomi della malattia e la qualità della vita nei pazienti con tumore polmonare non-a-piccole cellule (NSCLC), la più comune forma di tumore al polmone.

Menzioniamo, infine, l'Avastin®, anticorpo umanizzato inibitore del VEGF e inibitore della neoangiogenesi, recentemente approvato dalla FDA americana per il trattamento del carcinoma del colon-retto metastatico.



Notizie dal mondo

Continuing declines in cancer mortality in the European Union

All'interno dei 24 Paesi della comunità europea è stato istituito un registro epidemiologico che raccoglie i dati sull'incidenza e la mortalità dei tumori. Dai dati ottenuti nel periodo 1980-2002 emerge che tra gli uomini il numero di morti per tumore si è ridotto da 191 a 167/100 000. Tra la popolazione femminile la mortalità per tumore ha mostrato un declino da 108 a 95 su 100 000 nello stesso periodo. In particolar modo questi miglioramenti derivano dagli eccellenti risultati ottenuti dal trattamento dei tumori al seno e del colon-retto.

Nel 2002 il tumore polmonare ha raggiunto e superato i tumori intestinali in termini di causa di morte per patologia oncologica. Nella popolazione maschile, però, la mortalità per tumore polmonare è chiaramente in declino rendendo ragione del 40% della riduzione totale. Questa tendenza non è confermata invece nella popolazione di sesso femminile dove il numero di morti per tumore polmonare sembra aumentato dell'8%. Questo trend sembra verosimilmente legato alla riduzione dell'abitudine al fumo da parte degli uomini nelle ultime decadi e quindi del declino del numero di tumori correlati al tabacco.

Gli autori dello studio concludono che, nonostante la crescita persistente del numero di casi di tumori polmonari tra le donne, i dati disponibili sulla mortalità nella malattia oncologica nei paesi della Comunità Europea sono incoraggianti. Si ipotizza infatti che dal 2000 al 2015 la mortalità potrebbe ridursi di un ulteriore 11%.

F Levi, F Lucchini, E Negri et. al *Ann Oncol March 2007, 18:593-*

In Europa diminuisce il numero di morti per tumore!

Con Air One biglietto agevolato per volare al Gemelli di Roma



È la nuova tariffa, frutto dell'accordo tra il policlinico universitario e l'Air One, riservata ai pazienti che decidono di partire in aereo per curarsi al Gemelli. La compagnia aerea ha riservato inoltre una tariffa agevolata anche al familiare o a chi accompagna il paziente. Basta contattare l'agenzia Triremis di Roma allo 06-35451172 oppure il call center Air One al numero 199 20 70 80 comunicando il codice di prenotazione rilasciato dal Policlinico Gemelli e inviando un certificato medico con richiesta di ricovero ospedaliero.

Hanno collaborato a questo numero:

Giuseppe Barone, Mirella Oddi, Agostino Mazza.

Contatti: Segreteria Divisione di Oncologia Pediatrica

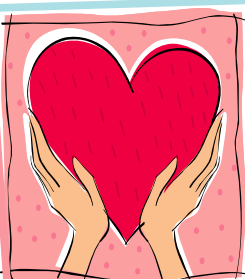
Policlinico Universitario "A. Gemelli"

Largo A. Gemelli, 8, 00168, Roma

Tel. 06 3058203 — Fax 06 3052751

E-mail: oncologiapediatrica@rm.unicatt.it

Website: www.neuroncologia.it



Carlotta e Paolo Buongiorno
Ezio Bassotti
Ivano e Gianni Modafferi
Studio Marisa Mongelli
Paola Fiocca
Lucy D'Agostino
Silvia Riccardi

Grazie a: