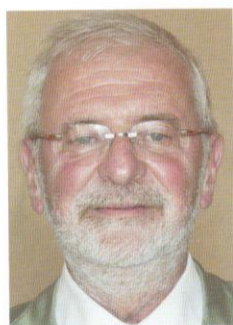


Linfoma di Hodgkin: guarire di più, guarire meglio

di **Giulio Andrea Zanazzo**



Giulio Andrea Zanazzo

Direttore f.f. Emato Oncologia IRCCS Burlo Garofolo Trieste

È noto anche ai non addetti ai lavori che anno dopo anno aumentano le possibilità di guarire da un tumore esordito in età pediatrica. Bisogna intendersi come definiamo la guarigione: nella maggior parte dei casi dichiariamo guarito il bambino che non ripresenta più segni di malattia a distanza di 3 anni dalla sospensione di ogni terapia.

In Italia sono 1200 i bambini che ogni anno guariscono da un tumore; questo significa che tra i giovani adulti che vivono nella nostra comunità, uno su 400 è un guarito da un tumore infantile.

Se mano a mano che ci si allontana dalla fine della terapia la probabilità che la malattia possa ricomparsa tende allo zero, viceversa aumenta progressivamente il rischio che compaiano gli effetti tardivi del trattamento, che rappresentano il prezzo, a volte oneroso, da pagare per la guarigione.

La probabilità e l'intensità degli effetti tardivi dipendono dall'età del bambino alla terapia, dal tipo di tumore e dal tipo di trattamento ricevuto.

Tra i trattamenti che causano gravi effetti tardivi sempre più viene messa sotto accusa la terapia radiante. È un'arma molto efficace per controllare localmente svariati tipi di tumore in alternativa o in associazione con la chirurgia, non presenta importanti complicanze nel brevissimo termine e quindi è ben tollerata, è facile da erogare. Ma è dimostrato inequivocabilmente che il suo impiego si associa ad un'alta percentuale di effetti tardivi. Questo è ovviamente più evidente nei bambini perché ogni interferenza nell'età dell'accrescimento può determinare effetti più vistosi.

Nel linfoma di Hodgkin ad esempio, i protocolli utilizzati fino ad oggi prevedevano dosi consistenti di terapia radiante sulle sedi del linfoma. Grazie a questa strategia si sono raggiunti ottimi risultati in termini di guarigione. Ma oggi ci rendiamo conto che il 25% dei guariti a 20 anni dalla fine della terapia ha presentato almeno un effetto tardivo grave e che questa percentuale sale progressivamente negli anni successivi; soprattutto abbiamo capito che l'uso della terapia radiante ne è la causa principale. Per questo i pediatri hanno modificato la strategia di lotta, ponendosi un duplice obiettivo: guarire una percentuale sempre più elevata di malati e contemporaneamente ridurre gli effetti tardivi. Detto in altri termini, guarire di più (o almeno altrettanto) e guarire meglio.

Questa strategia trova oggi applicazione in un nuovo protocollo terapeutico che riduce la necessità della terapia radiante grazie all'aumento del carico della chemioterapia.

Una esperienza pilota in Germania ha dimostrato che questa alternativa consente di ottenere gli stessi risultati della strategia tradizionale evitando di somministrare la terapia radiante all'80% dei bambini. Per capire la portata del cambiamento sottolineo che sino ad ora l'80% dei bambini veniva invece irradiato a dosi più o meno elevate.

Questa linea che si è dimostrata vincente in Germania viene ora proposta ad una platea vastissima di malati, non limitata alle principali nazioni europee ma estesa anche ad Israele, Australia e Nuova Zelanda.

Confermare che la nuova strategia garantisce quantomeno le stesse percentuali di guarigione richiederà pochi anni, viceversa per verificare l'attesa diminuzione degli effetti tardivi dovremo attendere qualche decennio.

Questo innovativo protocollo, che porta la sigla EuroNet PHL-C2, è coordinato in Italia dal dottor

Maurizio Mascarin, responsabile del Gruppo di Studio dell'AIEOP per il linfoma di Hodgkin.

Il dottor Mascarin è ben conosciuto nella nostra Regione: formatosi come pediatra presso l'onco ematologia del Burlo, si è poi trasferito nel reparto di radioterapia del CRO di Aviano, continuando a seguire anche nella nuova veste professionale i bambini oncologici e in particolare gli adolescenti/giovani adulti.

Nella lunga e faticosa incubazione di questo protocollo, caratterizzato da elevata complessità scientifica e tecnologica, ha dovuto affrontare molteplici problemi di natura organizzativa, autorizzativa, telematica e finanziaria. Tra questi ultimi un rilevante problema era rappresentato dai costi della piattaforma informatica necessaria alla centralizzazione in tempo reale delle immagini PET di tutti i pazienti italiani, pilastro metodologico fondamentale per la rigosità dello studio e la validità dei risultati.

In mancanza della copertura della spesa da parte d'un Ente istituzionale, AGMEN FVG ha accettato la richiesta d'aiuto del dottor Mascarin, deliberando a questo scopo lo stanziamento di 30.000 euro. Una decisione che risponde pienamente alla missione dell'Associazione di collaborare al miglioramento della prognosi dei bambini con cancro, senza limitarsi a quelli della nostra Regione.

Per questo, quando il protocollo EuroNet PHL-C2 viene presentato nelle varie sedi, nella pagina dedicata agli sponsor, accanto ai loghi di Istituzioni famose, è con orgoglio che vediamo quello familiare dell'AGMEN FVG, quel nido di sofferenza attorno al quale si mobilitano i volontari per aiutare, consolare ed essere al fianco del bambino e della famiglia; è per questo che una volta di più dobbiamo dire semplicemente, ma di cuore: grazie AGMEN.

