



In seguito all'incontro del 11 aprile u.s. con i referenti Gic neuro-oncologico si riassume quanto segue:

Erano presenti i referenti delle seguenti Aziende:

AOU San Luigi Orbassano  
AO Cuneo  
AO OIRM/S. Anna di Torino  
AUSL AO  
ASL TO1  
ASL TO4  
ASL TO5  
AOU San Giovanni Battista di Torino

Si affronta il 1° punto all'ordine del giorno: metastasi al sistema nervoso centrale.

Si segnala l'esistenza di linee guida regionali presenti sul sito: [www.reteoncologica.it](http://www.reteoncologica.it) che, sebbene redatte nel dicembre 2008, rimangono valide nelle loro principali indicazioni.

Risulta dalla discussione che nella pratica clinica non vi sono ancora univoche scelte nel ricorso al trattamento stereotassico, così come vi è un diverso atteggiamento circa l'utilità della radioterapia panencefalica adiuvante dopo metastasectomia.

Si pone l'attenzione sulla recente letteratura che non ha dimostrato un aumento di sopravvivenza con tale trattamento radiante, mentre vi è un possibile peggioramento della qualità di vita legato soprattutto ai disturbi cognitivi.

Anche nel caso di un'ulteriore recidiva encefalica non vi è una indicazione certa per l'uso della radioterapia adiuvante dopo la seconda metastasectomia.

Potrebbe dunque valer la pena, data questa incertezza, eseguire uno studio osservazionale sul rischio di recidiva dopo metastasectomia non seguita da radioterapia soprattutto nel carcinoma della mammella che per la sua responsività e la lunga sopravvivenza presenta un conseguente maggior rischio sia di ricadute sia di danni cerebrali tardivi.

Meno problematico pare invece il non ricorso alla radioterapia adiuvante dopo asportazione di metastasi encefaliche di carcinoma del polmone, di carcinoma renale e di melanoma.

In tutti i casi è però un quesito interessante la valutazione dell'efficacia di una radioterapia focale sull'area della metastasi, dopo la sua asportazione chirurgica o stereotassica.

Si sottolinea che il valore aggiunto di una rete consisterebbe proprio nel poter effettuare con facilità la registrazione di queste particolari situazioni cliniche ed impostare studi osservazionali.

Si valuterà la possibilità, offerta da un sistema informatico tipo EPICLIN per registrare i pazienti con metastasi encefaliche ed in particolare attivare un registro regionale di tutte le metastasi al sistema nervoso centrale dovute a tumori rari.

Si decide di affidare al Prof. Soffietti il compito della stesura di un questionario da inviare alle strutture di oncologia e radioterapia per valutare gli attuali percorsi adottati in presenza di metastasi cerebrali e la disponibilità a partecipare a studi osservazionali.

Relativamente al 2° punto all'ordine del giorno la dott.ssa Rudà riferisce che la registrazione sistematica delle meningiti carcinomatose ha portato a identificare in breve tempo 68 casi.

Potrebbe essere utile proseguire nella segnalazione dei nuovi casi per completare un importante studio epidemiologico di incidenza di tale situazione clinica, poca studiata in letteratura.

È interessante sempre a questo proposito lo studio in corso presso l'AOU San Giovanni Battista di Torino che si propone di valutare con esami biomolecolari eseguiti su cellule di carcinoma della mammella se esistano indicatori predittivi di carcinomatosi meningea.

Per quanto riguarda il 3° punto all'ordine del giorno, relativo alle sindromi neurologiche paraneoplastiche, si propone di integrare le linee guida regionali con un capitolo ad esse dedicato.  
Si individuerà a chi affidare la ricerca bibliografica per un update sull'argomento.

Circa il 4° punto all'ordine del giorno, relativo alla neurotossicità indotta dai trattamenti, si è discusso se possa essere utile individuare le indicazioni per un percorso diagnostico condiviso a livello regionale.

L'esame elettromiografico pare sia attualmente prescritto in momenti e con indicazioni diverse, non sempre è svolto in modo qualitativamente soddisfacente, spesso non è inserito in un corretto percorso condiviso con il neurologo quale naturale prosecuzione di un accurato esame clinico, non è chiaro se possa costituire un predittivo allarme dello sviluppo di una grave situazione clinica meritevole di una interruzione immediata e definitiva dei trattamenti neurotossici o rivesta solo il ruolo confermativo di un danno già presente.

Non esistono studi che portino a scelte terapeutiche certe per prevenire il danno, ridurne la gravità, impedire l'evoluzione.

Vi sono indicazioni più codificate circa il comportamento da adottare al momento dell'insorgenza del rischio di neurotossicità nei protocolli previsti in oncologia pediatrica, soprattutto relativamente agli alcaloidi della vinca e ai derivati del platino.

Si concorda sul notevole peggioramento della qualità di vita dei pazienti che incorrono nella neurotossicità e che tale problema non sia stato sufficientemente approfondito.

Si propone di costituire a livello di rete un gruppo di studio su tale importante argomento individuando alcuni neurofisiologi e oncologi a cui affidare il compito.

Pare anche utile che, analogamente a quanto si è richiesto alle oncologie, si richieda ad ogni struttura di neurologia di individuare un neurologo di riferimento per i problemi dei pazienti oncologici.