



Lions Clubs International



Distretto 108 - Ia1 — Luigi Tarricone, Governatore 2018-2019

LIONS CLUB SETTIMO TORINESE

Presidente
Giorgio Gatti
cell. 3387695767
mail: giorgioenrico.gatti@gmail.com

Segretario
Giuseppe LoCurto
cell. 3281743597
mail: giuseppe.locurto@gmail.com

**CONVEGNO : La prevenzione delle malattie tumorali
verso adolescenti e giovani**

Lunedì 15 aprile ore 18 presso la Sede della Formazione della Città della Salute in Via Rosmini 4*



Progetto Martina
Parliamo ai giovani dei tumori.
Lezioni contro il silenzio.



La malattia tumorale negli adolescenti, conoscerla e prevenirla

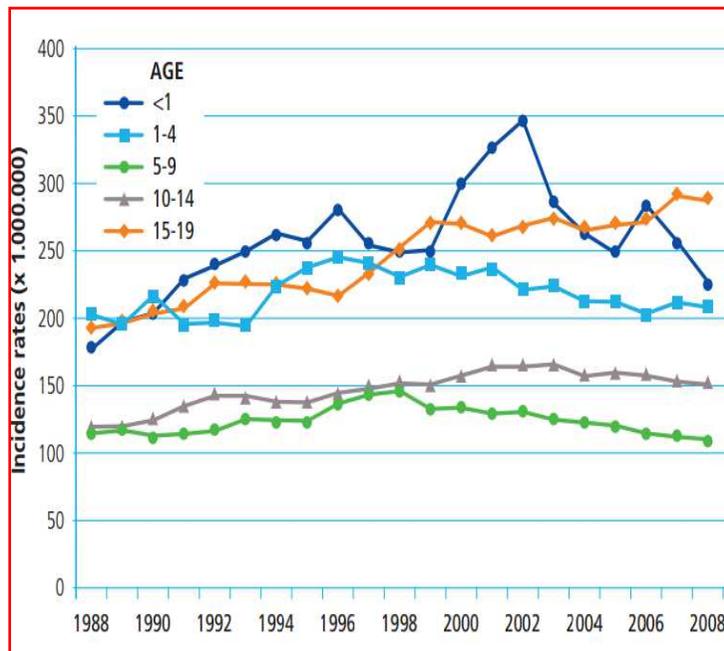
Prof.ssa Franca Fagioli
SC Oncologia Pediatrica
AOU Città della Salute e della Scienza di Torino

TUMORI IN ETA' PEDIATRICA

Entità **complesse e rare**, ma fra i più frequenti eventi gravi nel bambino

Dopo il primo anno di vita in Italia i tumori sono la prima causa di morte in assoluto, negli adolescenti i tumori sono la seconda causa di decesso dopo cause violente e incidenti

Ogni anno in Italia si ammalano di tumore circa 1400 bambini (90-95 in Piemonte) e 800 adolescenti (35 in Piemonte).



Trends di incidenza

0-14 anni

Picco intorno agli anni 2000, stabilizzazione nell'ultimo decennio

15-19 anni

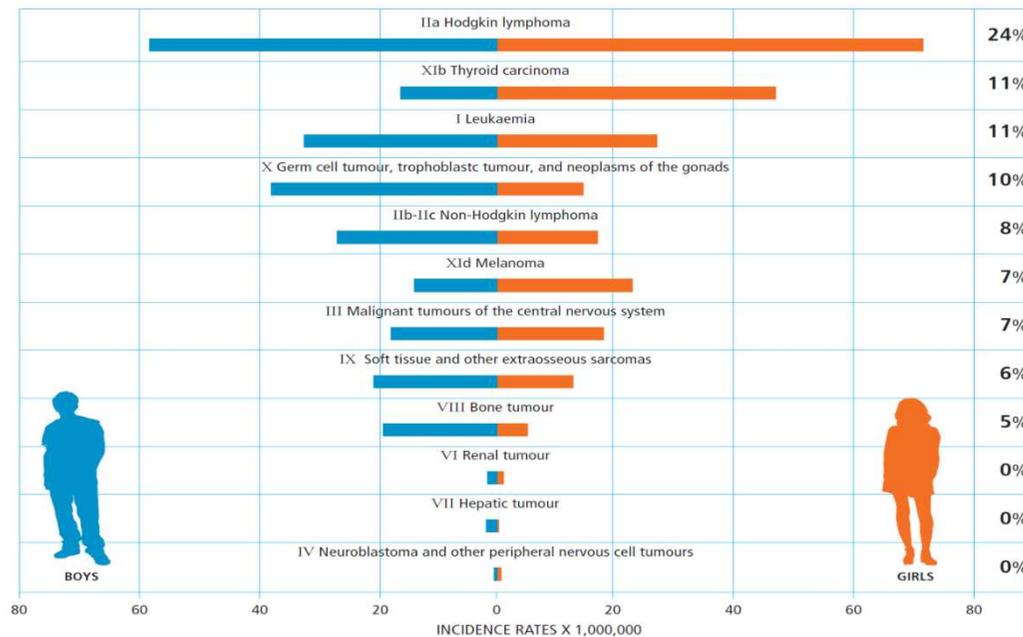
Progressivo aumento

ADOLESCENTI E TUMORI

I tumori degli adolescenti (15-19 anni) rappresentano lo 0,2% di tutti i tumori

L'incidenza dei tumori negli adolescenti è maggiore di quella registrata nei bambini di 0-14 anni (superiore al 30% rispetto all'incidenza tra i bambini al di sotto di 5 anni e quasi doppia rispetto ai bambini di età 5-9 e 10-14 anni)

I tumori degli adolescenti presentano caratteristiche biologiche e cliniche diverse dai tumori dell'adulto



SOPRAVVIVENZA A 5 ANNI PER PAZIENTI CON TUMORE IN ETÀ PEDIATRICA

La sopravvivenza globale a 5 anni dalla diagnosi, in aumento fin dagli anni Settanta, è ulteriormente migliorata ed è pari all'82% per i bambini e **all'86% per gli adolescenti** nel periodo 2003-2008

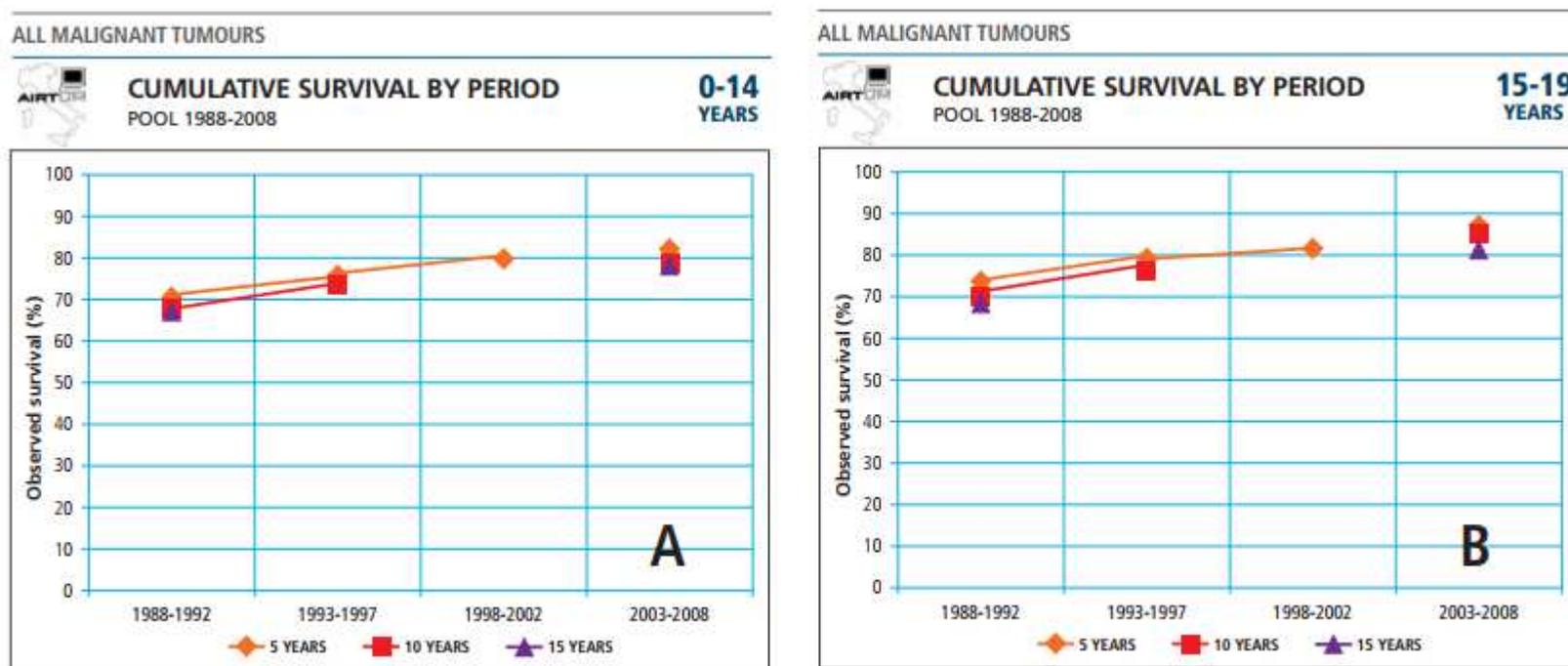
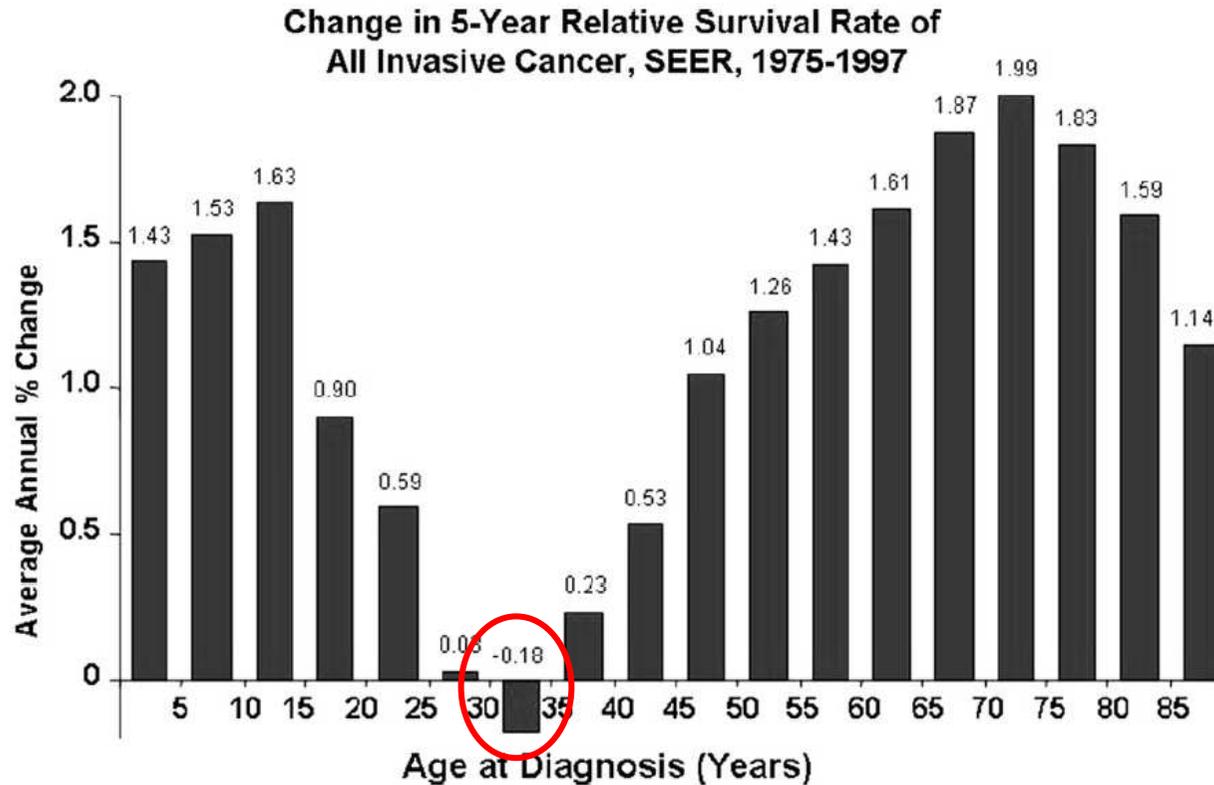


Figura 1. Trend di sopravvivenza a 5, 10, e 15 anni dalla diagnosi per tutti i tumori maligni diagnosticati nei bambini (a) e negli adolescenti (b).
AIRTUM, pool 1988-2008.



Pazienti di età compresa fra 15 e 24 anni non hanno presentato un miglioramento nella sopravvivenza a differenza delle altre fasce di età





DIFFERENTI FATTORI DA CONSIDERARE:

- 1) Ritardo diagnostico**
- 2) Ritardo nell'invio a centri specializzati**
- 3) Basso arruolamento nei protocolli clinici**



IL RITARDO DIAGNOSTICO



- ✓ Vi è spesso un ritardo nel rivolgersi al medico da parte di paziente e famiglia (spesso perché il giovane sottovaluta i sintomi, si vergogna o non vuole parlarne con nessuno).
- ✓ E' stato stimato che l'intervallo medio che trascorre tra i primi sintomi e la diagnosi della malattia è di 137 giorni tra i ragazzi d'età superiore ai 15 anni , mentre per i bambini è di 47 giorni.

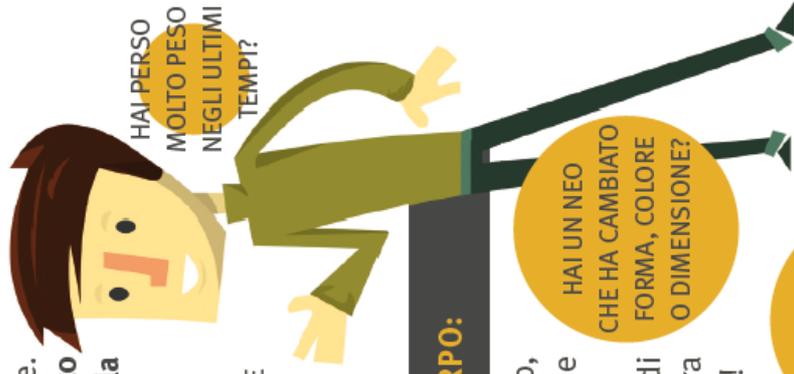
Adolescente maschio di 16 anni



**Adolescente maschio
di 15 anni**



Da giovani ci sentiamo forti e invincibili ma con la salute non c'è da scherzare. Nemmeno da ragazzi. **Riconoscere subito i segnali del nostro corpo può fare la differenza.**



HAI UN GONFIORE
CHE NON PASSA
DA DIVERSE SETTIMANE
E NON SAI PERCHÉ?

HAI UN DOLORE
CHE NON HA UN'ALTRA
SPIEGAZIONE
E TORNA SPESSO?

STAI ATTENTO AI SEGNALI DEL TUO CORPO:

Il tumore negli adolescenti è molto raro, ma dobbiamo essere consapevoli che può accadere.

La diagnosi precoce, che permette di individuare un tumore quando è ancora all'inizio, può fare davvero la differenza!

SEI MOLTO STANCO,
SENZA UN MOTIVO
EVIDENTE,
DA TANTO TEMPO?

HAI DEI SINTOMI
CHE NON CAPISCI
E CHE
PERSISTONO?

HAI UN NEO
CHE HA CAMBIATO
FORMA, COLORE
O DIMENSIONE?

HAI PERSO
MOLTO PESO
NEGLI ULTIMI
TEMPI?

Non ti spaventare: nella maggior parte dei casi non sarà nulla di grave, ma...

#FATTIVEDERE!

PRENOTA UNA VISITA DI CONTROLLO DAL TUO MEDICO!

RITARDO NELL'INVIO A CENTRI SPECIALIZZATI

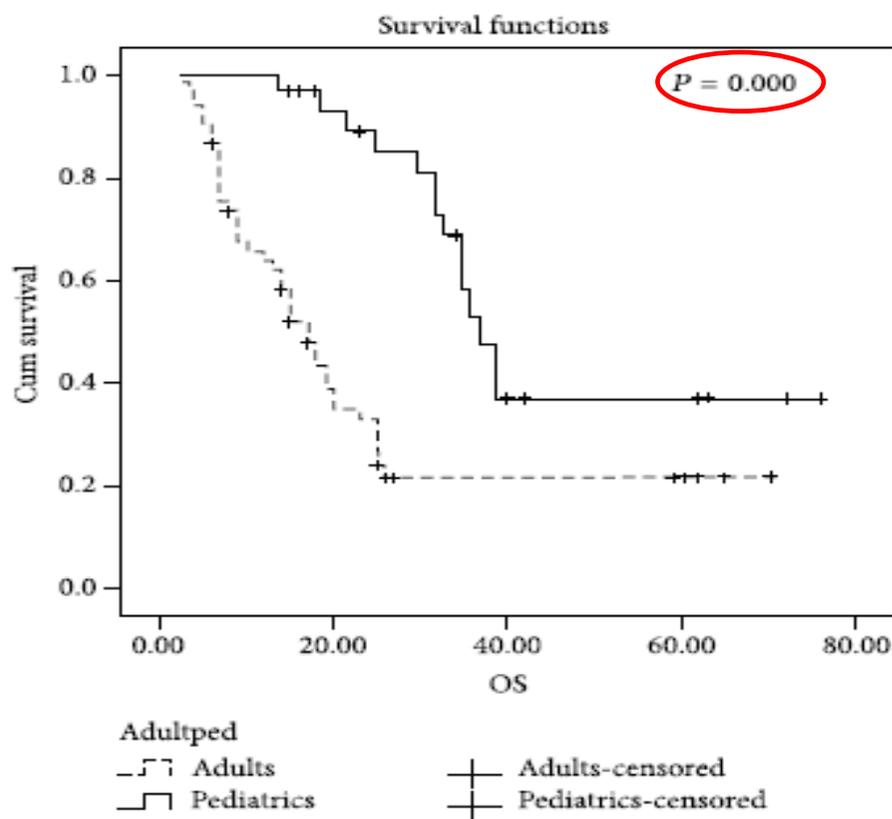
Gli adolescenti si trovano in una "terra di nessuno" tra il mondo dell'oncologia pediatrica (dove possono esistere limiti di accesso per pazienti maggiori di 18, 16 o anche 14 anni) e il mondo dell'oncologia medica dell'adulto (dove nella maggior parte dei reparti non è generalmente diffusa una specifica esperienza per curare patologie rare e particolari come quelli che insorgono in questa fascia di età).



**Adolescente femmina
di 15 anni**



La sopravvivenza di adolescenti e giovani adulti trattati con protocolli pediatrici è significativamente superiore a quella di adolescenti e giovani adulti trattati con protocolli dell'adulto



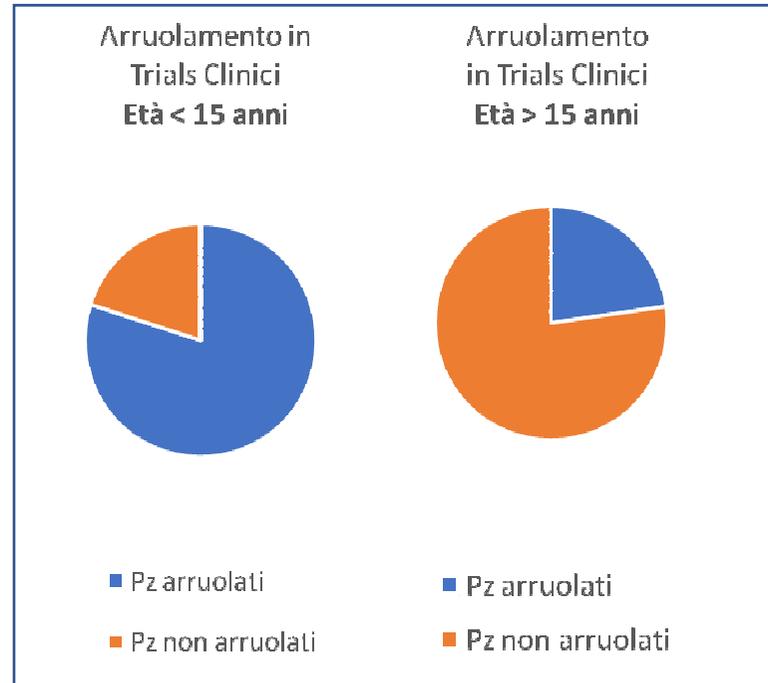
67% OVERALL SURVIVAL ADOLESCENTI E GIOVANI ADULTI TRATTATI CON PROTOCOLLI PEDIATRICI **AIEOP**

vs

45% OVERALL SURVIVAL ADOLESCENTI E GIOVANI ADULTI TRATTATI CON PROTOCOLLI ADULTI **GIMEMA**

Ibrahim et al., Advances in Hematology, 2014 – ALL adolescents survival pediatric (AIEOP) vs adult protocols (GIMEMA)

BASSO ARRUOLAMENTO NEI PROTOCOLLI CLINICI



Pazienti di **età < 15 anni**: circa **l'80%** viene trattato secondo protocolli clinici AIEOP

Pazienti di **età > 15 anni**: circa il **25-30%** viene trattato secondo protocolli clinici AIEOP

GLI ADOLESCENTI NELLA RETE DI ONCOLOGIA PEDIATRICA DI PIEMONTE E VALLE D'AOSTA



D.G.R. n° 30/14272 06.12.2004
D.G.R. n° 25/13679 29.03.2010
D.G.R. n° 41/5670 16.04.2013
D.G.R. n° 27/2870 01.02.2016

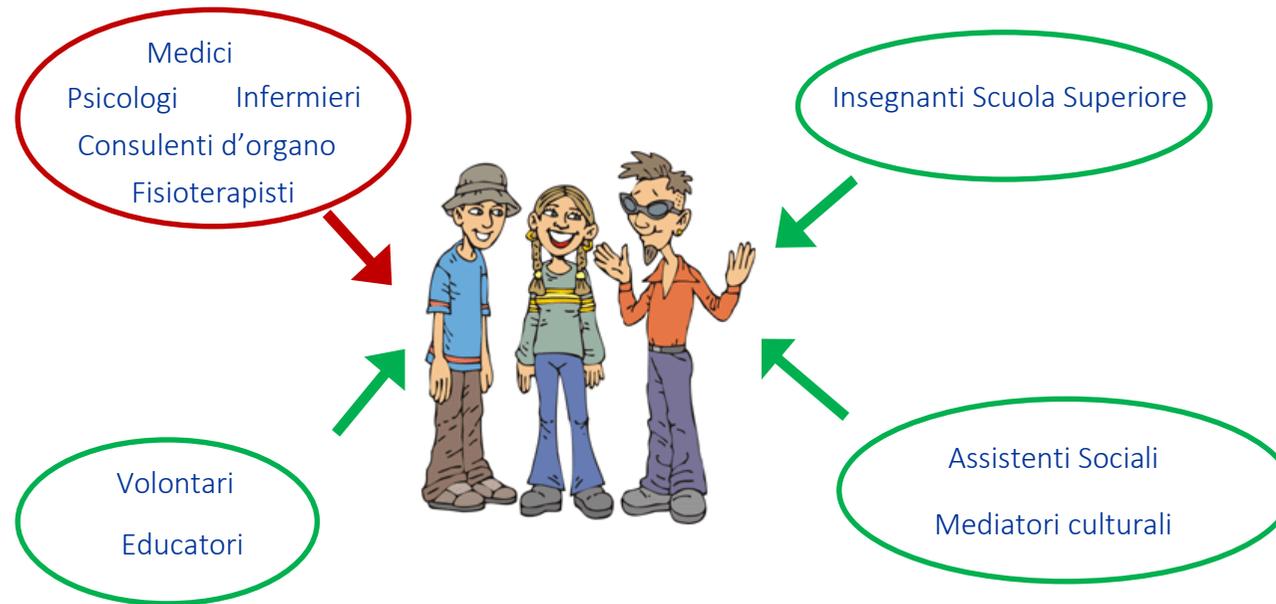


- Nell'ambito della Rete di Oncologia e Oncoematologia pediatrica di Piemonte e Valle d'Aosta vengono seguiti pazienti con età compresa tra **0 e 18 anni**, in modo da garantire un adeguato livello di assistenza anche ai **pazienti adolescenti**.
- Questa tipologia di pazienti necessita infatti di **Protocolli adeguati** che, a volte, richiedono **l'interazione degli oncologi pediatri con gli oncologi e/o ematologi dell'adulto**.
- Inoltre, adolescenti e giovani adulti hanno **bisogni complessi e peculiari**, legati all'insorgenza della malattia in un momento particolarmente delicato del processo di crescita. **Curare gli adolescenti vuol dire riconoscerne la complessità nella gestione e la necessità di una presa in carico globale del paziente – e della sua famiglia – attraverso un'equipe multidisciplinare**.

PRESA IN CARICO ADOLESCENTI

Personale Sanitario e non sanitario

Formati sulle peculiarità ed attenti alle esigenze degli adolescenti



TERAPIA: strutture & attività



Camere singole
Spazio adolescenti in sala giochi
Attività ricreative
Laboratori e progetti per
inserimento lavorativo e sociale
Scuola Superiore
ospedaliera/domiciliare
Palestra



COMUNICAZIONE DELLA DIAGNOSI: accoglienza & comunicazione

- Comunicazione diagnosi congiunta: ragazzo, genitori, medico e psicologo
- Consenso informato per “minore maturo”
- Colloqui “senza genitori”
- Accoglienza “fratelli, compagni, fidanzati e amici”



FERTILITA'

APPROCCIO ALLA DIAGNOSI

PAZIENTI A RISCHIO DI
DANNO DELLA FUNZIONE
RIPRODUTTIVA

COUNSELING
TEMPESTIVO

PROGRAMMA
DEDICATO

FATTORI ESTRINSECI:

- . Rischio del trattamento proposto
- . Tempo a disposizione
- . Esperienza e tecnologia a disposizione

FATTORI INTRINSECI:

- . Stato di salute del paziente
- . Età del paziente
- . Fattori psicosociali, culturali, religiosi
- . Consenso del paziente e/o genitori/tutori

PRESERVAZIONE DELLA FERTILITA' NEI MASCHI



TECNICHE GOLD STANDARD

Protezione delle gonadi durante la RT



Crioconservazione di liquido seminale nei maschi puberi



TECNICHE SPERIMENTALI

Crioconservazione di tessuto testicolare nei maschi prepuberi



PRESERVAZIONE DELLA FERTILITA' NELLE FEMMINE



TECNICHE GOLD STANDARD

Protezione delle gonadi durante la RT



Crioconservazione di ovociti nelle post-puberi



TECNICHE SPERIMENTALI

Crioconservazione di tessuto ovarico



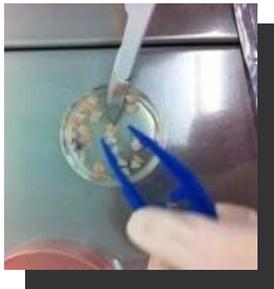
CRIOCONSERVAZIONE DI TESSUTO OVARICO



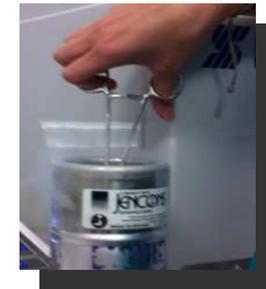
Prelievo per via laparoscopica



trasporto



preparazione



congelamento



crioconservazione

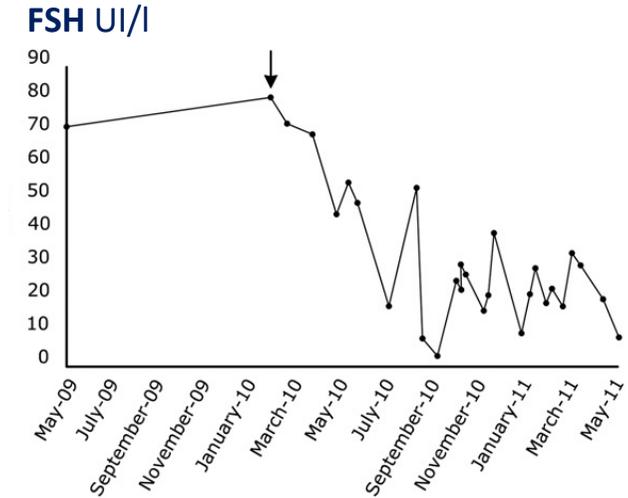
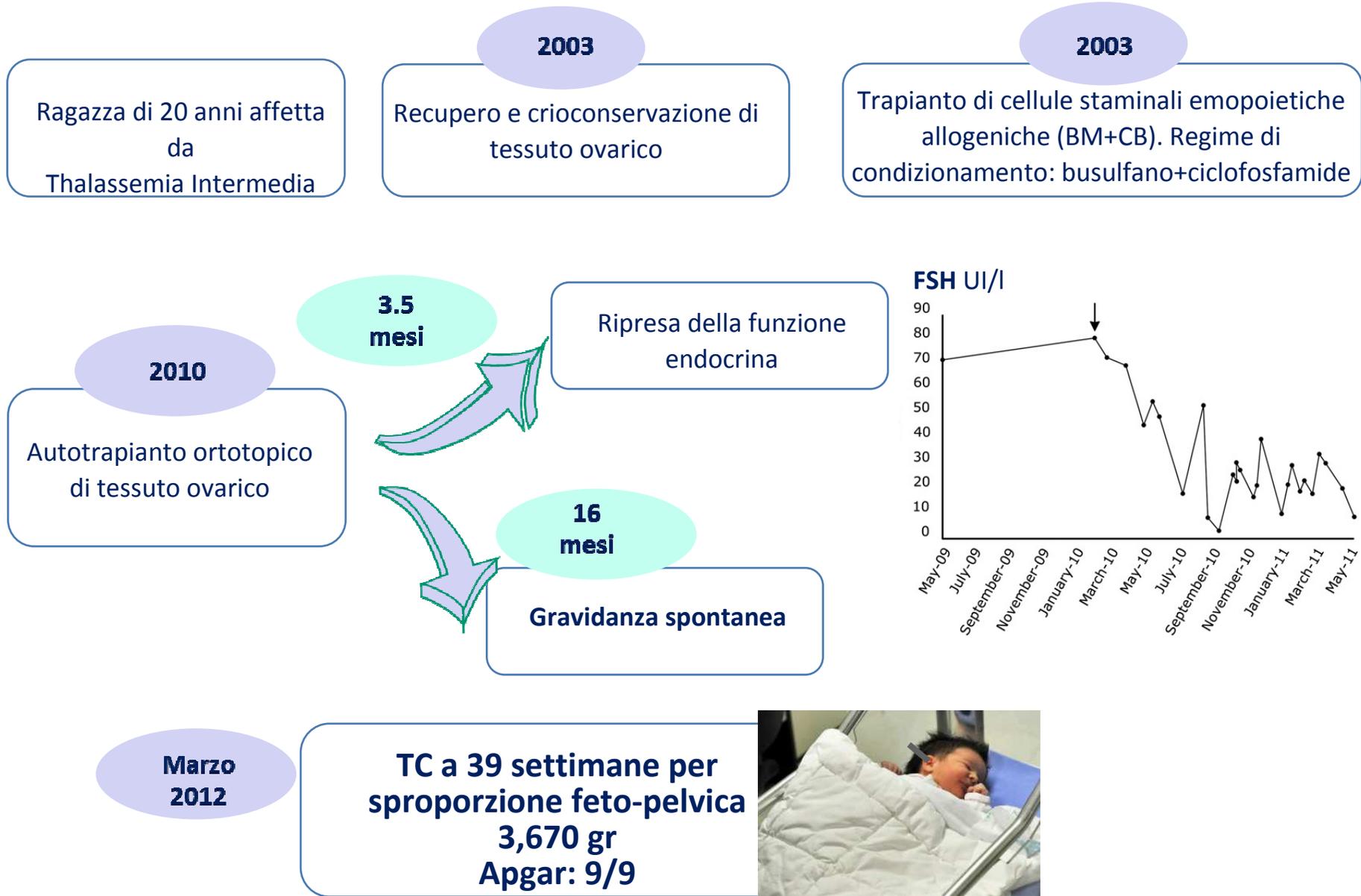
scongelamento



trapianto

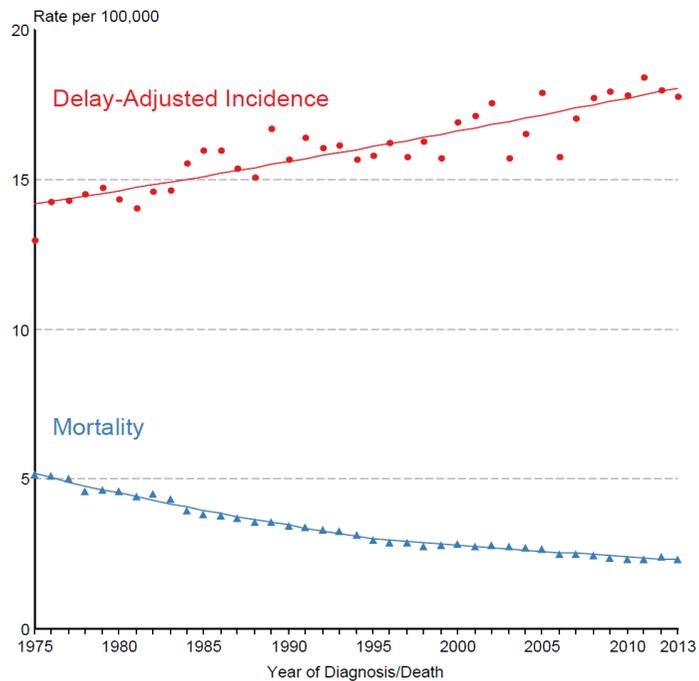


FERTISAVE: RISULTATI



AUMENTO DEL NUMERO DI PAZIENTI GUARITI DOPO TUMORE DIAGNOSTICATO IN ETÀ PEDIATRICA

SEER Delay-Adjusted Incidence and US Mortality
All Childhood Cancers, Under 20 Years of Age
Both Sexes, All Races, 1975-2013



SEER Cancer Statistics Review 1975-2013, National Cancer Institute, USA

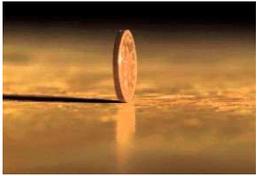
1993: AMERICAN CANCER SOCIETY WORKSHOP ON CHILDREN
WITH CANCER AND LONG-TERM SURVIVAL

Anno 2000 **1 su 900** giovani adulti di età compresa tra 16 e 34

Attualmente **1 su 450** giovani adulti di età compresa tra 16 e 34

sarà un "lungosopravvivate" di tumore trattato in età pediatrica

Meadows AT

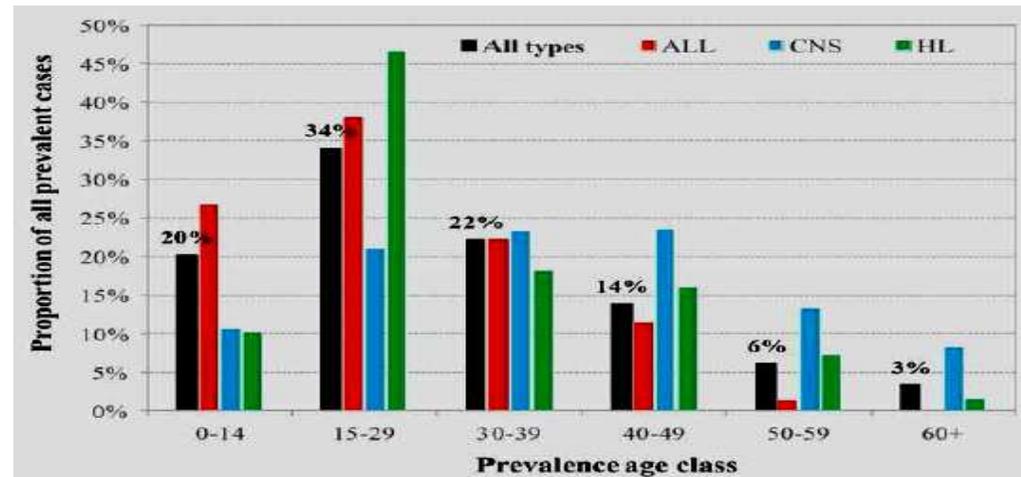


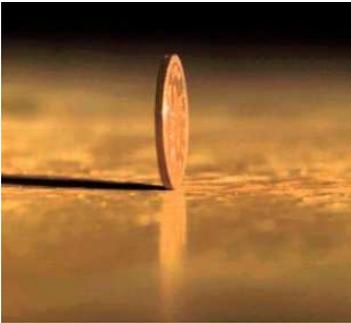
Numero di pazienti lungo-sopravvivenuti dopo tumore diagnosticato in età pediatrica in costante aumento

Attualmente in Europa: 300-500.000 **lungo-sopravvivenuti** (Vassal et al, PBC 2014)

An estimate of the number of people in Italy living after a childhood cancer

Cancer type	Sex	Prevalent cases
All types	Both	44,135
	Males	23,687
	Females	20,448



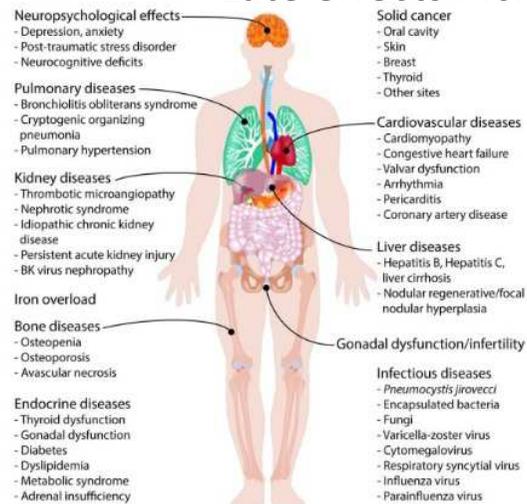


THE OTHER SIDE OF THE SUCCESS STORY

- "Cure is not enough" (Meadows and D'Angio, 1974, Meadows et al. 1975)

- Late effects in circa 2/3 dei long-term survivors

- Late effects includono:

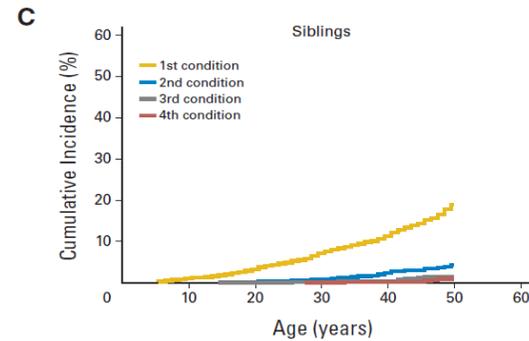
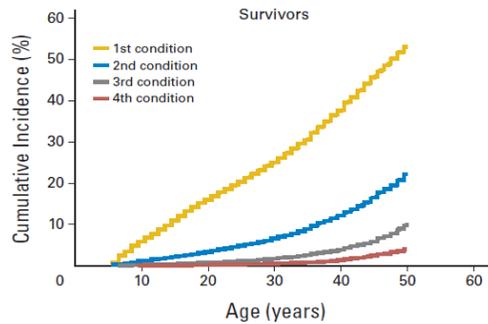


-complicanze a carico di diversi organi e apparati

-sviluppo di secondi tumori

-aumento della mortalità rispetto alla popolazione generale

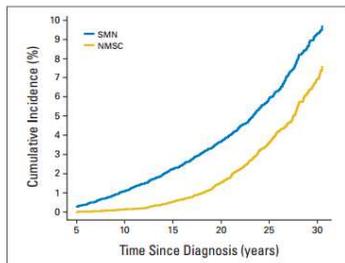
MORBIDITA' e MORTALITA'



- 60% dei lungosopravvivenenti presenta almeno una alterazione cronica dello stato di salute
- 30% presenta una condizione severa (ictus, cardiopatia, insufficienza renale)

Armstrong GT et al., JCO 2014

Zhang FF et al., Adv Nutr 2015



La mortalità per tutte le cause è 8.4 volte più alta rispetto alla popolazione a 25 anni dalla diagnosi

- I secondi tumori sono la più frequente causa di morte dei lungosopravvivenenti a 25 anni dalla diagnosi
- Chi sviluppa un secondo tumore è a maggior rischio di sviluppare altri tumori: a 20 anni dalla diagnosi di un secondo tumore l'incidenza cumulativa stimata è del 47%

Armstrong GT et al., JCO 2011

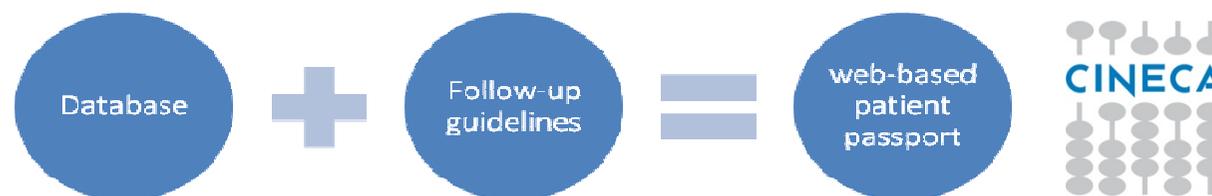
Armstrong GT et al., JCO 2009

Mertens et al., J Nat Cancer Inst 2008

Meadows AT et al., JCO 2009

Incidenza seconde neoplasie maligne (cute e non) con follow up 30 anni

- L'obiettivo è quello di fare in modo che in Europa ogni lungo-sopravvive da un tumore in età pediatrica o adolescenziale riceva un'assistenza ottimale a lungo termine.
- Il Passaporto è un documento disponibile su carta e in formato elettronico che viene dato a tutti i soggetti che hanno raggiunto la fine elettiva delle cure.



- Storia di malattia con i dati anagrafici del soggetto, le specifiche sul tipo e categoria di rischio del tumore, le dosi cumulative di farmaci e o radioterapia ricevute, così come gli interventi chirurgici maggiori e/o eventuali complicanze avvenute durante il trattamento.
- Linee guida per un follow-up a lungo termine per monitorare, diagnosticare precocemente e possibilmente prevenire eventuali effetti a distanza dei trattamenti utilizzati per il trattamento del tumore stesso.

Good