

Linee Guida AIOM 2006

Neoplasie Cerebrali

Aggiornamento: dicembre 2006




Responsabile:
Alba A. Brandes

- **Estensori: Fabio Calbucci**
Marco Leonardi
Michele Reni
Federica Spagnolli
Alicia Tosoni



Revisori indicati dalle Società Scientifiche:

- **Carmine Carapella** (Soc. Italiana Neurochirurgia)
- **Roberto Labianca (AIOM)**
- **Luigi Pirtoli (AIRO)**
- **Pierluigi Zorat (AIOM)**



Società invitata che non ha risposto alla revisione delle linee guida:

- SIN

DURATA DI VALIDITA': BIENNIO ottobre 2006 - ottobre 2008

FINANZIAMENTI

Per la stesura di queste linee guida non è stato percepito nessun finanziamento

NOTE PER GLI UTILIZZATORI:

La definizione di linee guida in ambito oncologico ha lo scopo di standardizzare gli atteggiamenti diagnostico-terapeutici in modo da garantire una sostanziale uguaglianza di assistenza sanitaria in tutto il territorio nazionale, limitando il ricorso a terapie non dimostrate efficaci favorendo la prevenzione delle complicanze dei trattamenti, con conseguenti benefici clinici per i pazienti e migliore razionalizzazione delle risorse sanitarie.

Redigere delle linee guida consiste nello stabilire delle indicazioni generalmente abbastanza specifiche per la corretta impostazione dell'attività clinica, con particolare attenzione rivolta a chiarezza, applicabilità pratica e riproducibilità delle stesse. Qualsiasi linea guida comunque non deve mai essere interpretata come una imposizione a priori, in quanto non può mai comprendere interamente tutte le possibili situazioni cliniche e le varianti incontrate nella pratica quotidiana, e non può in alcun caso sostituire il giudizio clinico del medico, il quale rimane responsabile in prima persona della gestione clinica del paziente.

Come proposto dal Progetto Nazionale Linee Guida, ovunque possibile verrà specificato anche il **Livello di prova (LDP)**: probabilità che un certo numero di conoscenze sia derivato da studi pianificati e condotti in modo tale da produrre informazioni valide e prive di errori sistematici) e la **Forza della raccomandazione (FDR)**: probabilità che l'applicazione nella pratica clinica di una raccomandazione determini un miglioramento dello stato di salute della popolazione obiettivo cui la raccomandazione è rivolta).

I livelli considerati sono i seguenti (da www.pnlg.it):

Livelli di prova (LDP)	
Prove di tipo I	Prove ottenute da più studi clinici controllati randomizzati e/o da revisioni sistematiche di studi randomizzati.
Prove di tipo II	Prove ottenute da un solo studio randomizzato di disegno adeguato.
Prove di tipo III	Prove ottenute da studi di coorte non randomizzati con controlli concorrenti o storici o loro metanalisi.
Prove di tipo IV	Prove ottenute da studi retrospettivi tipo caso-controllo o loro metanalisi.
Prove di tipo V	Prove ottenute da studi di casistica ("serie di casi") senza gruppo di controllo.
Prove di tipo VI	Prove basate sull'opinione di esperti autorevoli o di comitati di esperti come indicato in linee guida o consensus conferences, o basata su opinioni dei membri del gruppo di lavoro responsabile di queste linee guida.
Forza delle raccomandazioni (FDR)	
A	Sta a indicare una forte raccomandazione a favore dell'esecuzione di quella particolare procedura o test diagnostico. Indica una particolare raccomandazione sostenuta da prove scientifiche di buona qualità, anche se non necessariamente di tipo I o II.
B	Quando si nutrono dei dubbi sul fatto che quella particolare procedura o intervento debba sempre essere raccomandata, ma si ritiene che la sua esecuzione debba essere attentamente considerata.
C	Quando esiste una sostanziale incertezza a favore o contro la raccomandazione di eseguire la procedura o l'intervento.
D	Quando l'esecuzione della procedura non è raccomandata.
E	Quando si sconsiglia fortemente l'esecuzione della procedura.

LINEE GUIDA IN NEURO-ONCOLOGIA

L'esigenza di stilare delle linee-guida da parte dell'AIOM in ambito di neoplasie cerebrali deriva dal fatto che attualmente in Italia, al contrario di altri paesi europei e degli Stati Uniti, esistono solo pochissimi centri di Neuro-Oncologia deputati specificatamente al trattamento di queste forme tumorali a bassa incidenza, per cui esistono notevoli eterogeneità di comportamento e notevole frammentazione delle casistiche, con ovvie conseguenze in termini di difficoltà gestionali e di disagi per i pazienti.

Materiali e metodi: Per la redazione delle presenti linee guida è stata stilata una lista dei principali quesiti clinici che si presentano nella pratica clinica neuro-oncologica, e ad essi si è

cercato di rispondere mediante una revisione critica dei dati della letteratura medica (Medline, Cancernet ed altri Database), considerando sia articoli originali particolarmente rilevanti sia revisioni di esperti riconosciuti. Il numero delle referenze bibliografiche citate è stato contenuto il più possibile in quanto questo documento non ha l'obiettivo di costituire un "manuale" di neuro-oncologia con apparato bibliografico esaustivo.

INTRODUZIONE

I tumori primitivi del sistema nervoso centrale hanno in Europa una incidenza di 5 casi su 100.000 abitanti/anno, senza significative differenze fra le varie nazioni europee, e causano il 2% di tutte le morti per cancro (Moller-Jensen Eur J Cancer 1990). Negli ultimi tre decenni si è registrato un progressivo aumento di incidenza: tale aumento non pare imputabile solamente alla maggiore diffusione delle migliorate metodiche di imaging (TC e RM cerebrale) che consentono una diagnosi più accurata. Questo aumento è stato più rilevante nella fascia d'età ≥ 65 anni, dove l'incidenza è più che raddoppiata (Werner Cancer 1995). In campo neuro-oncologico la diagnosi istologica rappresenta il gold standard. Solo attraverso un'indagine patologica e molecolare sul tessuto tumorale si può arrivare ad una migliore caratterizzazione dei diversi oncotipi e ad una migliore stratificazione delle più adeguate strategie terapeutiche.

CLASSIFICAZIONE

Nel 2000 è stata pubblicata una revisione della classificazione dei tumori del SNC dell'Organizzazione mondiale della sanità (WHO 2000) alla quale la maggior parte dei Neuro-Patologi fa oggi riferimento e che può essere riassunta nella tabella sottostante.

- *TUMORI DEL TESSUTO NEURO-EPITELIALE*

Tumori astrocitari	<p>Astrocitoma grado I (pilocitico, gigante a cellule subependimali)</p> <p>Astrocitomi diffusi (grado II) (fibrillare, protoplasmatico, gemistocitico, xantoastrocitoma pleomorfo)</p> <p>Astrocitoma anaplastico (grado III)</p> <p>Glioblastoma (Grado IV) (var. a cell giganti, gliosarcoma)</p>
Tumori oligodendrogliali	<p>Oligodendroglioma (grado I e II)</p> <p>Oligodendroglioma Anaplastico (grado III)</p>
Gliomi misti	<p>Oligoastrocitoma (grado II)</p> <p>Oligoastrocitoma anaplastico (grado III)</p>
Tumori ependimali	<p>Ependimoma (cellulare, papillare, a cellule chiare, a tancitiche)</p>

Ependimoma mixopapillare e subependimoma

Ependimoma anaplastico

Tumori dei plessi corioidei **Papilloma e Carcinoma dei plessi corioidei**

Tumori gliali di incerta origine **Gliomatosi cerebrali, astroblastoma**

Tumori misti gliali e neuronali **Gangliocitoma, ganglioglioma, neurocitoma centrale, astrocitoma desmoplastico infantile, etc.**

Tumori neuroblastici **Neuroblastoma olfattorio (estesioneuroblastoma)**

Tumori della pineale **Pinealocitoma, pinealoblastoma e tumori pineali a differenziazione intermedia**

Tumori embrionali **Medulloblastoma (desmoplastico, a cellule giganti, melanotico, medullomioblastoma), ependimoblastoma, PNET sopratentoriali (neuroblastoma e ganglioneuroblastoma), tumore rabdoide**

• **TUMORE DEI NERVI PERIFERICI** **Schwannoma (o neurinoma) , neurofibroma, tumori delle guaine nervose periferiche (MPNST)**

• **TUMORI MENINGEI**
 Tumori meningoteliali **Meningioma (meningoteliomatoso, fibroso, psammomatoso, angiomatoso, a cellule chiare etc..) Meningioma anaplastico**

Tumori mesenchimali non meningoteliali **Lipoma, liposarcoma, fibrosarcoma, condroma, rhabdomyosarcoma, osteosarcoma, emangiopericitoma etc.**

Tumori melanocitici **Melanocitosi diffusa, melanoma maligno, melanomatosi meningea**

Incerta origine **Emangioblastoma**

• **TUMORI EMOPOIETICI** **Linfomi e plasmocitomi**

• **TUMORI A CELLULE GERMINALI** **Germinomi (seminomi), carcinomi embrionali, carcinomi del sacco vitellino, corioncarcinomi, teratomi (maturi, immaturi, con trasformazione maligna), misti**

• **TUMORI DELLA REGIONE SELLARE** **Craniofaringioma**

• **TUMORI METASTATICI**

La principale innovazione di questa nuova versione è rappresentata dal tentativo di stabilire per ogni entità patologica una stretta integrazione fra le caratteristiche di morfologia, di immunohistochimica e di genetica molecolare (vedi capitolo oligodendrogliomi).

Per la definizione del grado di anaplasia coesistono tuttora due classificazioni piuttosto sovrapponibili, WHO e St. Anne/Mayo che utilizzano una scala da I a IV a seconda delle atipie cellulari, del numero di mitosi, della presenza di necrosi e di proliferazione vascolare.

La discordanza diagnostica fra neuro-patologi legata principalmente al grado di esperienza del singolo specialista (“downgrading” o “upgrading” dell’anaplasia superiore ad 1 grado) raggiunge il 20%; e queste diversità possono influenzare in modo determinante il successivo iter terapeutico del paziente (Adalpe Cancer 2000).

A **Raccomandazione di grado A: Tutte le neoplasie cerebrali devono essere analizzate da un patologo con adeguata esperienza in campo di neuro-patologia in base alla specifica formazione e al numero di casi annui osservati; altrimenti si impone una revisione istologica presso neuro-patologi riconosciuti esperti.**

DIAGNOSI E STADIAZIONE

La Risonanza Magnetica Cerebrale (RM) rappresenta l’indagine di scelta per diagnosi e follow up di pazienti con neoplasia cerebrale. Indicazioni alla TC sono costituite dalle urgenze (emorragia, idrocefalo ostruttivo etc.) oppure dalla ricerca di calcificazioni delle neoplasie oligodendrogliali.

- Lo studio RM in paziente con neoplasia cerebrale dovrebbe comprendere almeno una sequenza assiale T1-pesata senza gadolinio, quindi sequenze multiple T1-pesate con gadolinio secondo i tre assi, e sequenze in T2 e FLAIR (generalmente assiale o coronale). Salvo rare eccezioni (ad esempio astrocitoma pilocitico) l’enhancement è tipico delle forme ad alto grado, e l’area tumorale viene misurata come prodotto dei due diametri perpendicolari maggiori dei noduli di enhancement che appaiono nelle scansioni in T1 con gadolinio (Wood J Clin Oncol 1988, Macdonald J Clin Oncol 1990). Per le forme a basso grado, prive di enhancement, la definizione del diametro tumorale è più

controversa, e generalmente eseguita con il metodo dei diametri perpendicolari sulle aree di alterato segnale alle scansioni T2 o FLAIR, anche se il confine fra tumore ed edema è spesso non riconoscibile.

- Lo studio radiologico pre-operatorio può essere eventualmente completato con angio-RM per meglio chiarire le caratteristiche della circolazione intratumorale e per pianificare in modo migliore l'intervento.
- La risonanza magnetica a spettroscopia nucleare (MRS) è una tecnica promettente in grado di fornire dati multiparametrici registrando i differenti pattern spettrali del tessuto cerebrale in base alla diversa distribuzione di N-acetilaspargato e creatina (elevati nel tessuto sano) e della colina e lattato (elevati nei tessuti tumorali). La MRS può così visualizzare l'estensione del tessuto neoplastico e contemporaneamente quantificare la sua attività metabolica; ciò si presta ad essere particolarmente utile per il monitoraggio della risposta alla chemioterapia, per il precoce riscontro delle recidive (Lee Curr Opin Oncol 2000), oppure per la diagnosi differenziale fra tumore e radionecrosi.
- La PET con 18F-deossiglucosio può essere utile in fase diagnostica per la diagnosi differenziale di masse intracraniche prive di enhancement oppure nell'identificazione di tumori sistemici in caso di metastasi cerebrali da tumore primitivo ignoto. La comparsa di aree di enhancement nella RMN di pazienti che raggiungono la remissione completa dopo i trattamenti di prima linea non sempre corrisponde a ripresa di malattia poiché anche le aree di radionecrosi possono avere un danno di barriera e captare il gadolinio. In questa situazione, la FDG-PET può essere utile nel differenziare il tumore metabolicamente attivo dal "freddo" tessuto necrotico o cicatriziale (Doyle J Comput Assist Tomogr 1987), per i glomi a basso grado devono essere impiegati traccianti alternativi (metionina).

Le neoplasie gliali non danno quasi mai localizzazioni extra-assiali, per cui per esse non è applicabile il sistema TNM (Fabi J Clin Cancer Res 2004).

A parte l'indagine neuroradiologica, non si applicano ulteriori esami di stadiazione nelle neoplasie gliali (unica eccezione: tumori ependimali, vedi oltre)

NEOPLASIE GLIALI

Distribuzione relativa nell'adulto (classificazione WHO 2000)

A basso grado	Astrocitoma grado I e II	4%
	Oligodendroglioma	4%
Ad alto grado (gliomi maligni)	Astrocitoma Anaplastico grado III	35%
	Glioblastoma multiforme grado IV	50%
	Oligoastrocitoma anaplastico grado III	4%
	Oligodendroglioma anaplastico grado III	2%
Altri	Ependimoma, ependimoma anaplastico, etc.	Rari

I gliomi a basso grado sono più frequenti dai 20 ai 40 anni, mentre i cosiddetti gliomi anaplastici o “maligni” hanno un’insorgenza in genere più tardiva, dai 40 ai 70 anni. Oltre i 70 anni il glioblastoma multiforme è la forma più frequente.

FATTORI DI RISCHIO

Al momento attuale non sono noti fattori di rischio rilevanti per le neoplasie cerebrali su cui sia possibile attuare interventi di prevenzione primaria e secondaria.

La rilevanza epidemiologica di una esposizione ad alcune sostanze (cloruro di vinile, pesticidi e fertilizzanti) oppure di una precedente irradiazione encefalica rimane ancora speculativa.

Non è dimostrata una correlazione significativa fra uso dei telefoni cellulari (LDP IV) e tumori cerebrali così come non è dimostrato un ruolo eziologico dei campi elettromagnetici generati dai cavi di alta tensione.

L'utilizzo di telefoni cellulari o di telefoni cordless, non ha dimostrato un aumento dell'incidenza di neoplasie gliali o meningiomi (Schuz Am J Epidemiology 2006).

Il ruolo della predisposizione genetica è considerato significativo in alcune rare sindromi, di cui sono in studio gli eventi molecolari (generalmente inattivazione di geni oncosoppressori)

- Neurofibromatosi di tipo I (neurofibromi muco-cutanei multipli e chiazze cutanee caffelatte) e tipo II (neurinomi dell'VIII nervo cranico, spesso bilaterali)
- Sdr. Li Fraumeni (carcinoma mammario, sarcomi, tumori cerebrali, leucemie)
- Sdr di Turcot (poliposi familiare con aumentata incidenza di carcinomi del colon-retto e tumori astrocitari)
- Sdr di Von Hippel Lindau (emangioblastomi multipli retinici ed intra-assiali, cisti e carcinoma renale o pancreatico, feocromocitoma).
- Sdr di Cowden (gangliocitoma displastico del cervelletto, carcinoma mammario, trichilemmomi).

PREVENZIONE PRIMARIA

Attualmente non esistono indicazioni nella prevenzione primaria dei tumori cerebrali.

PREVENZIONE SECONDARIA

B **Raccomandazione di grado B: Pazienti affetti dalle sindromi ereditarie sopra citate dovrebbero eseguire follow-up frequenti e mirati ai diversi distretti corporei colpiti, anche se non è dimostrato che ciò ne aumenti la sopravvivenza. Tranne la neurofibromatosi, si tratta comunque di sindromi rare di limitata rilevanza epidemiologica.**

Per molti pazienti la diagnosi di tumore cerebrale viene posta in ritardo anche di molti mesi rispetto alla prima comparsa di sintomi, soprattutto se il sintomo è la cefalea intermittente oppure sfumati deficit cognitivi o motori. La comparsa di crisi epilettiche in età adulta è in genere associata a patologie organiche cerebrali (neoplastiche) e si consiglia un precoce ricorso a indagini neuroradiologiche.

Non esistono prove significative che una diagnosi più precoce della maggior parte dei tumori cerebrali condizioni favorevolmente la sopravvivenza, anche se è naturale ipotizzare che lesioni tumorali di piccole dimensioni possano essere operate più facilmente in modo radicale e/o rispondere meglio ai trattamenti radio/chemioterapici.

B **Raccomandazione di grado B: Medici di base o specialisti non dovrebbero mai sottovalutare la prima comparsa di deficit neurologici focali, soprattutto in pazienti giovani.**

MARCATORI

Non esistono marcatori circolanti per le neoplasie gliali

FATTORI PROGNOSTICI

Età, Performance status, e grado istologico rappresentano i fattori prognostici più rilevanti per le neoplasie gliali nella maggioranza degli studi randomizzati (LDP I).

Nell'ambito del Radiation Therapy Oncology Group (RTOG) è stata elaborata la seguente suddivisione delle neoplasie astrocitarie ad alto grado (astrocitoma anaplastico e glioblastoma) in 6 classi di prognosi in base a età, grado istologico, Karnofsky Performance Status, funzione neurologica, tipo di chirurgia (resezione verso biopsia) e dose di radioterapia erogata (meno o più di 54.4 Gy) (Curran J Natl Cancer Inst 1993).

CLASSIFICAZIONE PROGNOSTICA

Secondo RTOG (Curran J Natl Cancer Inst 1993)

Classe	Fattori Prognostici	Sopravvivenza mediana in mesi
I	Età < 50, Astrocitoma anaplastico, chirurgia non deficit neurologici	17,5
II	Età ≥ 50, KPS 70-100, Astrocitoma anaplastico, almeno tre mesi fra comparsa dei sintomi e chirurgia	11,1
III	Età < 50, Astrocitoma anaplastico chirurgia, con deficit neurologici Età < 50, Glioblastoma, KPS 90-100	11,5
IV	Età < 50, Glioblastoma, KPS < 90 Età ≥ 50, KPS 70-100, Astrocitoma anaplastico, meno di tre mesi fra comparsa dei sintomi e chirurgia Età > 50, Glioblastoma, resezione chirurgica, non deficit neurologici	11,1
V	Età ≥ 50, KPS 70-100, Glioblastoma, resezione, chirurgica con deficit neurologici oppure solo biopsia seguita da almeno 54.4 Gy Età ≥ 50, KPS < 70, non deficit neurologici	8,7
VI	Età ≥ 50, KPS 70-100, Glioblastoma, solo biopsia, meno di 54.4 Gy. Età ≥ 50, KPS < 70, deficit neurologici	6

B **Raccomandazione di grado B:** Ampia eterogeneità di pazienti e frequenti bias di selezione riscontrabili nei passati studi di fase II frequentemente impediscono di valutare in modo oggettivo l'efficacia dei singoli trattamenti proposti. I dati di sopravvivenza delle singole classi RTOG costituiscono un valido paragone storico per tutti gli studi non randomizzati (Scott Int J Radiat Oncol Biol Phys 1998) e questo confronto dovrebbe essere eseguito tutte le volte in cui la numerosità del campione consente di scorporare i dati di sopravvivenza per singola classe.

Recentemente, uno studio condotto da EORTC/NCIC ha confermato la predittività di queste classi pronostiche in 573 pazienti affetti da glioblastoma e trattati nello studio EORTC

26981/22981 (Stupp New Engl J Med 2005). Questa analisi, diversamente dalla precedente, ha analizzato solo pazienti con glioblastoma ed ha incluso tra i parametri valutabili anche la valutazione del Mini-Mental Status (Mirimanoff J Clin Oncol 2006).

CLASSIFICAZIONE PROGNOSTICA

Secondo EORTC/NCIC nei pazienti affetti da GBM trattati con sola radioterapia o temozolomide concomitante ed adiuvante a radioterapia (Mirimanoff J Clin Oncol 2006)

Classe	Fattori Prognostici	Sopravvivenza mediana in mesi (Radioterapia)	Sopravvivenza mediana in mesi (Temozolomide concomitante e adiuvante a radioterapia)
III	Età < 50, Glioblastoma, WHO PS 0	15	21
IV	Età < 50, Glioblastoma, WHO PS 1-2	13	16
	Età ≥ 50, Glioblastoma, Chirurgia totale/parziale, MMSE ≥ 27		
V	Età ≥ 50, Glioblastoma, MMSE <27, solo biopsia	9	10

TERAPIA CHIRURGICA

L'entità del residuo post-chirurgico correla negativamente con la prognosi (LDP IV) (Wood J Clin Oncol 1988, Lacroix J Neurosurg 2001), anche se viene obiettato che ad avere una resezione non radicale sono le neoplasie che coinvolgono strutture vitali e che quindi hanno già di per sé una prognosi peggiore (Hess J Neuro-oncol 1999). Visto che non è eticamente proponibile uno studio che randomizzi i pazienti con neoplasia resecabile a ricevere o meno una chirurgia radicale, non sarà possibile ottenere livelli di prova superiori.

Ulteriori vantaggi della chirurgia estesa:

- Determina una immediata riduzione della pressione intracranica con rapido miglioramento sintomatologico nei pazienti con ipertensione endocranica
- Riduce il carico neoplastico migliorando quindi l'ossigenazione del residuo tumorale favorendo la risposta alla radioterapia
- In base al principio di Goldie e Coldman, un minore residuo tumorale rallenta la comparsa della chemioresistenza e dovrebbe quindi aumentare il beneficio ottenibile con la chemioterapia
- In assenza di rigenerazione nervosa, la cavità post-chirurgica viene riempita da liquor per cui l'eventuale recidiva crescerà per un po' di tempo senza comprimere tessuti sani, senza compromettere la qualità di vita del paziente. Grazie alle metodiche microchirurgiche, ad una adeguata pianificazione pre-operatoria e al mapping intraoperatorio, è oggi possibile preservare la funzionalità neurologica anche di sedi un tempo considerate critiche.

A **Raccomandazione di grado A: La resezione chirurgica rappresenta cronologicamente la prima opzione terapeutica, e deve essere quanto più possibile estesa in base alla sede della neoplasia ed alle condizioni generali del paziente.**

B **Raccomandazione di grado B: La misurazione del residuo post-chirurgico deve essere eseguita in tutti i pazienti mediante una RM (o TC) eseguita senza e con contrasto entro 48-72 ore dall'intervento, in quanto la sua entità rappresenta un importante fattore prognostico e può quindi condizionare il successivo iter terapeutico**

Con l'eccezione dell'astrocitoma pilocitico, le cellule gliomatose hanno elevate capacità invasive nel tessuto circostante sano, ove sono riscontrabili anche vari centimetri oltre il confine macroscopico della neoplasia; di conseguenza una radicalità chirurgica microscopica è pressoché impossibile. La recidiva post-chirurgica è purtroppo la regola anche in assenza di residui radiologicamente evidenti, ed in più dell'80% dei casi si verifica proprio in prossimità del letto chirurgico.

REINTERVENTO

Alla recidiva dopo trattamenti primari (chirurgia, radioterapia con o senza chemioterapia) il re-intervento rappresenta una delle possibilità terapeutiche, ma è gravato in genere da maggiore morbidità in relazione ai trattamenti precedenti ed alla maggiore estensione della neoplasia.

Principali indicazioni al re-intervento (predittive di maggiore sopravvivenza e qualità di vita) sono età ≤ 70 anni, PS >70 , istologia non-glioblastoma, intervallo dal primo intervento maggiore di 6 mesi, e assenza di deficit neurologici invalidanti (LDP III, Brandes Am J Clin Oncol 1999).

TERAPIA ADIUVANTE POST-CHIRURGICA

I risultati di cura nelle neoplasie cerebrali sono ancora modesti, per cui dovrebbe essere sempre considerata l'opportunità di inserire i pazienti in studi prospettici multicentrici che abbiano ovviamente i presupposti scientifici adeguati, sia sulla base di dati di tossicità accettabile, sia di efficacia terapeutica.

RADIOTERAPIA

Il trattamento radioterapico standard dei tumori gliali prevede la erogazione di 59,4/60 Gy in 33/30 frazioni giornaliere da 1,8-2 Gy ciascuna (sei settimane totali di trattamento), e dovrebbe iniziare il più presto possibile, compatibilmente con la guarigione chirurgica, in genere entro 4-6 settimane dall'intervento. Il volume target è costituito dal nodulo di enhancement visualizzato alla RM preoperatoria nelle sequenze T2 pesate più una fascia di 2-3 cm tutt'attorno ad esso, considerata la tendenza infiltrativa di queste neoplasie. La presenza di lesioni multiple bilaterali richiede invece l'estensione del campo all'intero encefalo ma a dosaggio ridotto (45-50 Gy).

La radioterapia può temporaneamente aggravare un edema pre-esistente, specie nei casi non operati per cui in presenza di ipertensione endocranica fortemente sintomatica con shift della linea mediana e/o iniziale erniazione cerebrale, può rendersi necessaria una temporanea interruzione del trattamento con potenziamento della terapia antiedemigena.

In ogni caso il dosaggio della terapia steroidea deve essere limitato alla minore dose in grado di controllare i sintomi da ipertensione endocranica.

Con la sola chirurgia, pochi pazienti con glioma maligno superano i 6 mesi di vita, mentre la radioterapia post-operatoria prolunga in modo significativo la sopravvivenza mediana fino a circa 9-10 mesi per il glioblastoma multiforme e 36 mesi per l'astrocitoma anaplastico (LDP I) (Walker J Neurosurg 1978, Prados J Clin Oncol 1999).

Non esiste pertanto indicazione a superare i 60 Gy nella pratica clinica ordinaria ed anche Numerosi tentativi di migliorare i risultati ottenuti con la radioterapia convenzionale sono stati effettuati come l'iperfrazionamento giornaliero, l'utilizzo di radiosensibilizzanti (Prados Int J Radiat Oncol Biol Phys 2001), l'impianto locale di sorgenti radioattive (brachiterapia), o di iperossigenazione mediante terapia iperbarica, l'impiego

diborofenilalanina associata ad un fascio di neutroni (Boron Neutron Capture Therapy-BNCT), ma nessuno di questi approcci si è dimostrato finora più vantaggioso.

RADIOCHIRURGIA

Nei pazienti con nuova diagnosi di glioblastoma multiforme con diametro ≤ 4 cm, l'utilizzo di un boost di radiocirurgia seguito da radioterapia e BCNU non determina un aumento della sopravvivenza o del controllo locale di malattia rispetto al trattamento con sola radioterapia e BCNU (LDP II) (Souhami Int J Radiation Oncology Biol Phys 2004). Nei pazienti con glioma maligno in recidiva o progressione l'evidenza clinica è tuttora insufficiente per supportare un vantaggio sulla sopravvivenza di questa metodica rispetto ad altre strategie terapeutiche come la chirurgia, la chemioterapia o la terapia di supporto. L'uso della radiocirurgia alla recidiva può aumentare la sopravvivenza ed il controllo di malattia in pazienti selezionati, ma a costo di una possibile tossicità. In assenza di livelli maggiori di evidenza, questa procedura può essere considerata un'opzione in pazienti selezionati (LDP III) (Tsao Int J Radiation Oncology Biol Phys 2005).

RADIOTERAPIA STEREOTASSICA FRAZIONATA

Questa metodica combina il vantaggio di somministrare alte dosi al tumore, con il potenziale beneficio dato dal frazionamento, tuttavia un recente studio di fase II 76 pazienti affetti da GBM non ha riportato alcun vantaggio in termini di sopravvivenza rispetto ai controlli storici. (Cardinale R Int J Radiation Oncology Biol Phys, 2006)anche se un analisi per sottogruppi rivela un possibile vantaggio per i pazienti sottoposti a chirurgia radicale essa non può essere considerata una metodica standard e/o con livelli di prova sufficienti. (Tsao Int J Radiation Oncology Biol Phys 2005).

RADIOSENSIBILIZZANTI, RADIOTERAPIA METABOLICA, RADIOIMMUNOTERAPIA

Numerosi trials finora eseguiti non hanno dimostrato nessun vantaggio significativo di sopravvivenza globale ottenibile mediante l'utilizzo di svariati farmaci radiosensibilizzanti. Anche la radioimmunoterapia metabolica, che utilizza anticorpi radiomarcanti iniettati per via sistemica o intratumorale, rimane tuttora sperimentale perché non esistono trials di fase III che ne dimostrino un vantaggio sulla sopravvivenza.

TOSSICITÀ NEUROLOGICA

Principali fattori che aumentano il rischio di tossicità neurologica dovuti alla radioterapia encefalica sono i seguenti:

- Età > 65 anni
- Maggior volume di trattamento o radioterapia panencefalica
- Dose totale > 60 Gy, singole frazioni > 2.5 Gy
- Radiazioni ad alto LET (es: neutroni) o brachiterapia
- Patologie cerebrali, vascolari o metaboliche concomitanti (diabete, ipertensione, demenza iniziale, collagenopatie)
- Utilizzo di chemioterapici (soprattutto pre-esposizione a metotrexate)

CHEMIOTERAPIA

TERAPIA PRIMARIA

Non esistono attualmente indicazioni ad approcci di radioterapia o chemioterapia primaria precedente alla chirurgia. In ambito neuro-oncologico il termine chemioterapia primaria viene comunemente usato per indicare trattamenti eseguiti dopo la chirurgia e prima della radioterapia.

TERAPIA ADIUVANTE

L'elevata chemioresistenza delle neoplasie gliali e la presenza della barriera ematoencefalica rappresentano i principali ostacoli che hanno rallentato l'applicazione della chemioterapia nei gliomi. Studiate fin dalla fine degli anni '70, le nitrosouree sono state a lungo i principali farmaci utilizzati per il trattamento delle neoplasie gliali, sia in modo "adiuvante" al termine della radioterapia oppure alla recidiva o progressione radiologica di malattia in pazienti già irradiati. Anche se singoli studi di fase II riportarono significativi tassi di risposta, vari studi randomizzati non riuscirono a dimostrare un significativo impatto sulla sopravvivenza globale rispetto alla sola radioterapia. Successive meta-analisi hanno invece dimostrato un vantaggio significativo, anche se modesto.

In metanalisi, la chemioterapia adjuvante con nitrosouree conferisce un vantaggio statisticamente significativo di sopravvivenza nei pazienti con glioma maligno già operato e radio-trattato (LDP I).

L'incremento assoluto varia dal 5 al 10% a due anni, come desunto dai risultati statisticamente significativi dei principali studi pubblicati.

Istologia	Incremento di sopravvivenza	Tipologia di studio	Autori
AA e GBM	dal 16.4 al 25% a 2 anni	Meta-analisi di 16 precedenti studi randomizzati, più di 3.000 pazienti totali	Fine Cancer 1993
AA GBM	dal 31 al 37% a 2 anni dal 9 al 13% a 2 anni	Meta-analisi su dati individuali di 3004 pazienti arruolati in 12 studi randomizzati	Stewart Lancet 2002

A **Raccomandazione di grado A: Il nuovo standard terapeutico per i pazienti con glioblastoma è temozolomide (75 mg/m²/die) per tutta la durata della radioterapia (60 Gy /30 frazioni) seguita da 6 cicli di temozolomide adiuvante (150-200 mg/m² x 5 giorni, ogni 28) (Stupp N Engl J Med 2005).**

I pazienti trattati con temozolomide concomitante alla radioterapia e poi con 6 cicli di temozolomide adiuvante hanno ottenuto un miglioramento statisticamente significativo sia del tempo alla progressione (5 mesi vs 6.9 p<0.001), della sopravvivenza mediana (12.1 mesi vs 14.6 mesi p<0.001) e della sopravvivenza a 2 anni (10.4% vs 26.5%) (Stupp N Engl J Med 2005). **In corso di terapia concomitante è raccomandata la profilassi con sulfametoxazolo/trimetoprim o pentamidina. Si segnala un possibile aumento della percentuale di radionecrosi nei pazienti trattati con temozolomide concomitante ed adiuvante a radioterapia (Chamberlain J Neurooncol 2006).**

Il trattamento con BCNU wafer (Gliadel) nei pazienti affetti da glioma maligno sottoposti alla diagnosi a chirurgia e radioterapia post operatoria determina un aumento della sopravvivenza statisticamente significativo rispetto ai pazienti trattati con sola chirurgia e radioterapia (13.9 mesi vs. 11.6 mesi, p= 0.03). Si deve tuttavia notare che questo livello di significatività è raggiunto con una analisi (Cox) di un sottogruppo di pazienti. Nell'analisi dei soli pazienti affetti da Glioblastoma (n=101) la differenza di sopravvivenza non è risultata significativa (Westphal Neuro-Oncol. 2003).

Il glioblastoma può sviluppare resistenza agli alchilanti, farmaci altamente attivi che espletano la loro azione alterando il DNA, determinando apoptosi. Recenti studi hanno dimostrato che a giocare un ruolo chiave nel meccanismo di resistenza è l'enzima O-6-

metilguanina-DNA metil-transferasi (MGMT). Questo enzima ripara infatti il danno indotto da alchilanti proteggendo la cellula tumorale. Viceversa si è visto che quando MGMT è inattivato (metilato), la chemioterapia ha un'azione determinante nella sopravvivenza dei pazienti: i pazienti che presentano la metilazione ottengono una sopravvivenza mediana di 21.7 mesi se trattati con radioterapia e temozolomide contro 15.3 mesi se ricevono solo radioterapia; viceversa i pazienti senza metilazione del gene ottengono con radioterapia e temozolomide una mediana di 12.7 mesi contro 11.8 mesi se ricevono solo radioterapia (Hegi N Engl J Med 2005).

TRATTAMENTO DEL GLIOBLASTOMA MULTIFORME NELL'ANZIANO

Il trattamento dei gliomi in pazienti con età superiore ai 70 anni ($\geq 80\%$ glioblastomi) pone importanti interrogativi, in quanto questi pazienti vengono generalmente esclusi dai trials clinici poiché hanno una prognosi ritenuta rapidamente infausta e spesso presentano importanti comorbidità che possono limitare le possibilità terapeutiche.

Salvo gravi compromissioni del PS, l'intervento deve sempre essere effettuato sulle lesioni aggredibili chirurgicamente, anche perché è generalmente seguito da un rapido miglioramento sintomatologico.

A **Raccomandazione di grado A: programmi di radioterapia post-chirurgica a dose piena (60Gy/30 F) o ridotta (45 Gy/15 F) hanno dimostrato un'eguale sopravvivenza in uno studio randomizzato su pazienti ≥ 60 anni (Roa J Clin Oncol 2004).**

L'utilità di una chemioterapia con nitrosouree appare controversa, considerata l'elevata tossicità midollare cumulativa e polmonare mentre l'utilizzo di temozolomide si è rivelato maneggevole ed utile. (Brandes Cancer 2003).

B **Raccomandazione di grado B: In considerazione della sua elevata tollerabilità clinica, la temozolomide è la migliore opzione chemioterapica nei pazienti anziani >70 anni (Brandes Cancer 2003).**

ASTROCITOMA ANAPLASTICO

Istologia	Incremento di sopravvivenza	Tipologia di studio	Autori
AA	dal 12 al 21% a 2 anni	Studio randomizzato su 55 pazienti	Hildebrand Neurology 1994
AA	dal 31 al 37% a 2 anni	Meta-analisi su dati individuali di pazienti arruolati in 12 studi randomizzati	Stewart Lancet 2002

Non esistono studi randomizzati con potere statistico adeguato su pazienti affetti da astrocitoma anaplastico che abbiano dimostrato un vantaggio della chemioterapia con nitrosouree adiuvante o concomitante alla radioterapia. In attesa dei risultati finali dello studio EORTC 26882 che confronta radioterapia da sola vs radioterapia e dibromodulcitolo e BCNU, lo standard terapeutico dovrebbe essere radioterapia da sola, tuttavia in USA tutti i pazienti con astrocitomi anaplastici vengono trattati con chemioterapia adiuvante e questo uso è invalso anche in Italia. Il farmaco comunemente usato è Temozolomide, in considerazione della sua migliore tollerabilità.

FATTORI PROGNOSTICI

Importanti fattori prognostici sono età < 40, Performance Status > 80, assenza di enhancement ed estensione della chirurgia.

TRATTAMENTO ALLA RECIDIVA DEI GLIOMI AD ALTO GRADO

Alla comparsa di recidiva/progressione di malattia dopo chirurgia e radioterapia esclusiva le principali opzioni chemioterapiche sono:

- BCNU in monochemioterapia (60–80 mg/m² per 3 giorni ogni 6-8 settimane) (Brandes Neurology 2004).
- PCV (CCNU 110 mg/m² al giorno 1, Procarbazine 60 mg/m²/die dal giorno 7 al giorno 21, Vincristina 1.4 mg/m² i giorni 7 e 29, ogni 42 giorni)
- Fotemustina 75-100 mg/m² giorni 1,8,15 (fase di induzione) seguiti dopo 5 settimane da 100 mg/m² ogni 3 settimane (mantenimento).
- Temozolomide 150-200 mg/m² per 5 giorni ogni 4 settimane.
- Arruolamento in trials sperimentali
 - Nuovi chemioterapici
 - Farmaci specifici per nuovi targets molecolari

Riguardo alle modalità di esecuzione della chemioterapia è importante considerare quanto segue:

- Nessuno studio ha dimostrato un vantaggio della polichemioterapia rispetto alla monochemioterapia
- Non è stabilita una durata ottimale del trattamento in pazienti responsivi o stabili durante chemioterapia.
- Le nitrosouree appaiono essere i farmaci più attivi prima dell'avvento della temozolomide (Huncharek Anticancer Res 1998).
- La temozolomide ha dimostrato significativa efficacia abbinata ad una ottima tollerabilità clinica anche in pazienti anziani; in uno studio randomizzato di fase II, essa ha ottenuto risultati migliori rispetto alla procarbazine (Yung Br J Cancer 2000) in termini di progression-free survival a 6 mesi, però non esistono confronti diretti randomizzati con le nitrosouree o con schemi contenenti nitrosouree.

Non è mai stato dimostrato che una maggiore intensità di dose consenta di prolungare il tempo alla progressione né la sopravvivenza globale (LDP V), così come vari tentativi di chemioterapia ad alte dosi con autotrapianto di cellule staminali non hanno dato risultati significativi (Brandes Cancer Investigation 2001).

A **Raccomandazione di grado A: Nei pazienti con glioma non è indicato l'utilizzo profilattico di fattori di crescita durante la chemioterapia allo scopo di mantenere una adeguata intensità di dose. Posticipazioni di trattamento e/o riduzioni di dose devono essere impiegate in modo da ridurre la tossicità ematologica o extra-ematologica entro limiti di sicurezza.**

Considerata l'impossibilità di trarre conclusioni definitive sulla chemioterapia di seconda linea dei gliomi ad alto grado in recidiva, è consigliabile arruolare questi pazienti in trials clinici.

VALUTAZIONE DELLA RISPOSTA

La valutazione della risposta alla chemioterapia deve tenere conto non solo del quadro radiologico ma anche delle condizioni cliniche del paziente e del dosaggio di steroidi, secondo i seguenti criteri di Macdonald (Macdonald J Clin Oncol 1990).

- **Remissione Completa (RC):** scomparsa della captazione del mezzo di contrasto da parte del tumore su scansioni TC o RMN consecutive eseguite a distanza di almeno 4 settimane, in assenza di terapia steroidea ed in presenza di una clinica neurologica stabile o migliorata.
- **Remissione Parziale (RP):** riduzione $\geq 50\%$ dell'area neoplastica ipercaptante (misurata come prodotto dei diametri perpendicolari maggiori), in presenza di terapia steroidea stabile o ridotta e di una clinica neurologica stabile o migliorata.
- **Progressione di Malattia (PD):** aumento $\geq 25\%$ dell'area neoplastica ipercaptante (misurata come prodotto dei diametri perpendicolari maggiori) o comparsa di nuovo tumore alla TAC/RMN, in presenza di terapia steroidea stabile o aumentata e di una clinica neurologica deteriorata.
- **Malattia Stabile (SD):** tutte le altre situazioni evidenziate alla TAC/RMN eseguita almeno 2 mesi dopo l'inizio del trattamento.

Attualmente in Neuro-Oncologia si ritiene che il tempo libero da progressione di malattia (espresso come tempo mediano libero da progressione PFS e la percentuale di pazienti non progrediti a 6 mesi - PFS-6) sia un più oggettivo criterio di valutazione dell'efficacia dei trattamenti chemioterapici per gli studi di fase II rispetto ai tassi di risposta, in quanto la progressione di malattia è definibile in modo univoco, mentre l'entità della risposta radiologica è spesso controversa; inoltre i parametri PFS e PFS-6, al contrario della sopravvivenza globale, non risentono degli eventuali reinterventi o trattamenti di seconda o terza linea (Wong J Clin Oncol 1999).

FOLLOW UP DOPO TERAPIA PRIMARIA

Il programma di follow-up deve necessariamente tenere conto dell'aggressività istologica della neoplasia. Negli studi clinici la cadenza del follow-up è fissata dal protocollo di studio e generalmente è ogni 2 mesi in pazienti con malattia in atto e ogni 3 mesi in pazienti senza malattia evidente.

C **Raccomandazione di grado C: Pazienti sottoposti a terapia primaria potrebbero essere sottoposti a controlli di follow-up trimestrali con visita clinica, esami biumorali con dosaggio dell'antiepilettico (ove dosabile e ritenuto necessario) e RM cerebrale con gadolinio. Mancano però studi che confermino un miglioramento della sopravvivenza in caso di precoce riconoscimento di recidiva/progressione in fase asintomatica.**

TERAPIA DI SUPPORTO

Copertura antiepilettica: Pazienti con tumore cerebrale ed episodi epilettici richiedono una terapia anti-epilettica profilattica (preferibili non induttori dei citocromi p450 epatici, come acido valproico), oppure altri di più recente introduzione quali, in monoterapia topiramato, lamotrigina, oxcarbamazepina leviracetam o pregabalin), con controlli dei livelli plasmatici (laddove eseguibili) in relazione a possibili interferenze farmacologiche con chemioterapici, FANS e antibiotici (Maschio J Neuroncol 2006, Maschio Funct Neurol 2006). La copertura anti-epilettica in pazienti con neoplasia cerebrale senza crisi comiziali rimane controversa, in quanto, pur essendo frequentemente utilizzata nella pratica clinica, manca la dimostrazione di una significativa riduzione di incidenza di fenomeni critici mentre si riscontrano fenomeni allergici in più del 20% dei pazienti trattati (LDP III) (Glantz Neurology 2000 [Linee Guida dell'Associazione Americana dei Neurologi], Holland Neurol Clin 2001, Wen Curr Opin Oncol 2002).

Profilassi anti-trombotica: E' noto che i pazienti con tumore cerebrale hanno un rischio assoluto superiore al 20% di sviluppare episodi tromboembolici, ed esiste dimostrazione che la profilassi antitrombotica con eparine a basso peso molecolare riduce l'incidenza di questi fenomeni senza aumentare in modo significativo il rischio di emorragia cerebrale. (LDP III) (Iorio Arch Intern Med 2000).

Il trattamento delle trombosi venose profonde e/o embolia polmonare nei pazienti con tumore cerebrale è sovrapponibile a quello standard, anche se si tende a preferire l'utilizzo delle eparine a basso peso molecolare piuttosto che eparina non frazionata in infusione continua e dicumarolici orali pur in assenza di studi randomizzati che evidenzino una maggior incidenza di sanguinamento cerebrale. L'utilizzo di filtri cavali appare gravato da un maggiore tasso di complicanze locali e di recidive (LDP IV) (Levin Neurology 1993).

B **Raccomandazione di grado B: Tutti i pazienti con neoplasia cerebrale dovrebbero essere valutati dal punto di vista del rischio trombotico (neoplasia cerebrale, chirurgia recente, grado di immobilità, familiarità, traumi etc) ed eventualmente ricevere una profilassi anti-trombotica, preferibilmente con eparine a basso peso molecolare. In presenza di sintomi suggestivi per trombosi agli arti inferiori e/o embolia polmonare, si impone un approccio diagnostico e terapeutico tempestivo.**

GLIOMI A BASSO GRADO

Rappresentano meno del 10% di tutti i gliomi nell'adulto, e, salvo i rarissimi astrocitomi pilocitici, rientrano tutti nel II grado della classificazione WHO. Le forme astrocitarie diffuse fibrillari, protoplasmatiche o gemistocitiche (10-20% di sopravvivenza a 10 anni) hanno una prognosi peggiore rispetto allo xantoastrocitoma pleomorfo (70%) ed alle forme oligodendrogliali pure (59%) o miste (32%) (WHO 2000, Pignatti J Clin Oncol 2002). L'evoluzione in senso anaplastico è un evento molto frequente, anche se con tempi variabili in relazione all'età del paziente (precoce oltre i 40 anni) e all'istologia (più rapida nelle forme astrocitarie gemistocitiche).

Generalmente i gliomi a basso grado si manifestano con crisi epilettiche o con sfumati deficit neurologici di lunga durata. Le sequenze RM T2-pesate o FLAIR consentono di definire meglio l'estensione della neoplasia rispetto alle sequenze T1-pesate; la lesione appare generalmente isointensa rispetto al parenchima cerebrale e priva di enhancement.

Il trattamento rimane a tutt'oggi controverso, in relazione alla scelta e al timing migliore delle singole opzioni terapeutiche.

Età < 40 anni, dimensioni < 6cm, assenza di deficit neurologici con PS > 70, non superamento della linea mediana, assenza di enhancement e presenza di componente oligodendrogliale, delezione 1p, rappresentano i principali fattori prognostici favorevoli nei gliomi a basso grado (LDP I) (Shaw J Clin Oncol 2002, Pignatti J Clin Oncol 2002, Hoang-Xuan J Clin Onc 2004).

Chirurgia: Indicazioni abbastanza codificate sono rappresentate da ipertensione endocranica sintomatica e/o manifestazioni epilettiche resistenti alla terapia medica. La maggior parte degli autori concorda per l'intervento anche in pazienti asintomatici portatori di lesioni facilmente aggredibili, anche se non è dimostrato che una chirurgia precoce migliori la sopravvivenza o la qualità di vita. Una diagnosi istologica con biopsia stereotassica è comunque opportuna nelle lesioni non aggredibili con chirurgia estesa.

Radioterapia: Generalmente indicata in pazienti sintomatici nonostante adeguata terapia medica e/o precedente intervento. Il rischio di sequele tardive va tenuto in considerazione nei pazienti a prognosi più favorevole, nonostante normali funzioni cognitive siano state registrate in pazienti irradiati per gliomi a basso grado (Klein Lancet 2002). Dosi ed estensione dei campi di trattamento possono influenzare in modo rilevante la probabilità di comparsa di danni cognitivi.

Un trattamento radioterapico post-chirurgico precoce di 54 Gy in pazienti con glioma a basso grado ritarda la progressione (44 vs 37% a 5 anni), senza influenzare la sopravvivenza globale (63 vs 66% a 5 anni) rispetto ai pazienti trattati solamente al momento della progressione (LDPII) (Karim Int J Radiat Oncol Biol Phys 2002). I confronti randomizzati di 50.4 Gy vs 64.8 Gy (Shaw J Clin Oncol 2002) e 45 Gy vs 59.4 (Karim Int J Radiat Oncol Biol Phys 1996) non hanno dimostrato significativi vantaggi di sopravvivenza a dosi superiori, con maggiore incidenza di radionecrosi (LDP II)

La radioterapia lesionale estesa con 45-54 Gy può essere eseguita di prima battuta nei pazienti sintomatici, con crisi epilettiche non controllate, con presa di contrasto alla RMN cerebrale, con lesioni di estese dimensioni, con età superiore ai 40 anni (Pignatti J Clin Oncol 2002).

Chemioterapia

La chemiosensibilità degli astrocitomi a basso grado è stata a lungo considerata scarsa in relazione alla rarità delle risposte radiologicamente misurabili. In realtà, come in tutte le neoplasie a bassa frazione di crescita, l'ottenimento di riduzioni volumetriche oggettive è difficilmente misurabile con trattamenti citotossici convenzionali, mentre la stabilizzazione tumorale e il controllo dei sintomi rappresentano gli obiettivi clinici rilevanti. Attualmente la progression-free survival (PFS o PFS-6) e il beneficio clinico rappresentano i principali endpoint di efficacia della chemioterapia negli astrocitomi diffusi.

A tutt'oggi non è dimostrato che la chemioterapia adiuvante aumenti la sopravvivenza dei pazienti con gliomi a basso grado sottoposti a chirurgia e radioterapia (LDP II, Eyre J Neurosurg 1993).

B **Raccomandazione di grado B: Pazienti con astrocitomi diffusi recidivati, con comparsa di enhancement o ancora sintomatici dopo radioterapia possono trarre beneficio da un trattamento chemioterapico con nitrosouree (Buckner J Clin Oncol 2003) o temozolomide (Quinn J Clin Oncol 2003, Hoang-Xuan J Clin Onc 2004, Brada Ann Oncol 2003). Le risposte cliniche e/o radiologiche si possono verificare anche dopo molti mesi di terapia.**

Non esistono dati riguardo la durata ottimale della chemioterapia nei pazienti responsivi così come non è dimostrato un vantaggio della polichemioterapia (es PCV) verso monoterapia con nitrosouree. Le esperienze con la temozolomide sono ancora limitate, però l'ottimale profilo di tollerabilità che consente lunghi periodi di trattamento in assenza di mielotossicità cumulativa la rendono una possibile opzione; ulteriori studi sono in corso. E' in corso uno studio EORTC che confronterà nei bassi gradi, sintomatici, età > 40, la radioterapia da sola verso temozolomide da sola.

A **Raccomandazione di grado A: Una rapida ricrescita, precocemente sintomatica, con enhancement alla RM è sospetta per evoluzione ad alto grado, e pone indicazione alla radioterapia, se non precedentemente eseguita, oppure alla chemioterapia per i pazienti precedentemente irradiati.**

Nella pratica clinica però, salvo lesioni operabili in modo radicale, raramente viene ottenuta una conferma istologica del grado reale della neoplasia alla recidiva.

B **Raccomandazione di grado B: Nel sospetto di evoluzione in senso anaplastico, la quantificazione dell'indice metabolico secondo il metodo di Di Chiro mediante PET con FDG o Metionina (ove disponibile) o mediante risonanza spettroscopica (MRS) appare abbastanza affidabile in termini di sensibilità e specificità per evoluzione verso alto grado di malattia, e può nella maggior parte dei casi sostituire la biopsia chirurgica.**

NEOPLASIE OLIGODENDROGLIALI

Gli oligodendrogliomi puri sono le neoplasie gliali a prognosi migliore, con sopravvivenze mediane di 8-10 anni (grado II) e 4-5 anni (grado III). Gli oligoastrocitomi sono invece neoplasie che presentano elementi cellulari sia astrocitari sia oligodendrogliali ed hanno prognosi intermedia fra le forme pure oligodendrogliali o astrocitarie. Una componente oligodendrogliale si considera in genere rilevante quando costituisce almeno il 20-25% della neoplasia. Nonostante possa essere difficile anche per gli anatomopatologi con maggiore esperienza la corretta identificazione dei tumori ad istologia mista, l'eventuale presenza di una componente oligodendrogliale deve essere riferita al clinico poiché è dimostrato che la sua presenza migliora la prognosi rispetto alle neoplasie astrocitarie 'pure', sia a basso sia ad alto grado (WHO classification 2000). In effetti, è riportato un aumento di incidenza relativa delle forme a componente oligodendrogliale (pure o miste) in relazione alla maggiore attenzione posta dai patologi alla loro identificazione.

A **Raccomandazione di grado B: In tutte le neoplasie gliali va ricercata l'eventuale presenza di una componente oligodendrogliale, poiché ciò correla con prognosi più favorevole e maggiore chemiosensibilità.**

Esiste una correlazione significativa fra perdita di eterozigosi (LOH) del cromosoma 1p e 19q e sensibilità al trattamento e sopravvivenza globale degli oligodendrogliomi (LDP IV) (Cairncross J Natl Cancer Inst 1998).

Il trattamento standard è rappresentato dalla chirurgia. Nelle forme a basso grado le opzioni terapeutiche post-chirurgiche sono radioterapia, o follow up.

La scelta terapeutica deve essere guidata dai fattori prognostici e dall'analisi del profilo genetico, anche se l'utilizzo della radioterapia adiuvante immediata correla comunque con un più lungo intervallo libero da malattia a parità di sopravvivenza globale (Karim Int J Radiat Oncol Biol Phys 2002).

Nelle forme ad alto grado la chirurgia deve essere seguita da radioterapia. Le tecniche di radioterapia sono simili a quelle definite per i gliomi, con dosi di 50-54 Gy per le forme a basso grado e con dosi di 60 Gy per oligodendroglioma e oligoastrocitoma anaplastici. Da tempo è noto che i gliomi ad origine oligodendrogliale sono altamente chemiosensibili allo schema PCV, che ha dimostrato di ottenere una percentuale di risposte complete (RC) del 17-38% e di risposte parziali (RP) del 38-46% (Cairncross J Clin Oncol 1994, van den Bent Neurology 1998, Brandes Cancer 2004). Dalle casistiche miste si evince che i tassi di risposta sono superiori nelle forme anaplastiche rispetto ai bassi gradi.

Nell'oligodendroglioma ed oligoastrocitoma anaplastico, l'utilizzo della chemioterapia adiuvante con PCV post-radioterapia determina un aumento significativo del progression-free survival (PFS) (24 mesi vs 13 mesi) rispetto alla sola radioterapia, senza un significativo aumento nella sopravvivenza (van den Bent J Clin Oncol 2006).

Nell'oligodendroglioma ed oligoastrocitoma anaplastico, l'utilizzo della chemioterapia con PCV pre-radioterapia non determina un aumento significativo della sopravvivenza ma può prolungare il progression free survival (PFS) rispetto alla sola radioterapia e con PCV alla progressione (Cairncross J Clin Oncol 2006).

Pur non esistendo studi di fase III di comparazione fra PCV e temozolomide, nella pratica clinica questa viene preferita come I linea per la minore tossicità e per la sovrapponibile efficacia (van den Bent J Clin Oncol 2003).

In pazienti recidivati o in progressione dopo PCV, la temozolomide ha ottenuto una percentuale di risposte sovrapponibile al PCV ma con minore tossicità. (Brandes Cancer

2004, van den Bent Neurology 2001, van den Bent Ann Oncol 2003, Chinot J Clin Oncol 2001).

Pazienti in progressione sia a PCV che temozolomide possono ottenere stabilizzazioni anche di lunga durata con carboplatino e VM26 (Brandes Ann Oncol 2003).

La chemioterapia adiuvante o neoadiuvante con PCV migliorano il PFS ma non la sopravvivenza rispetto a radioterapia solo con PCV alla progressione.

La perdita di eterozigosi a livello di 1p e 19q è presente in circa il 40-60% delle neoplasie ad istotipo oligodendrogliale e correla in modo statisticamente significativo con la risposta alle nitrosouree ($\geq 50\%$ di risposte complete radiologiche vs $\leq 10\%$), ed ha un valore prognostico (sopravvivenza mediana: 10 vs 2 anni) (LDP IV) (Cairncross et al J Natl Cancer Inst 1998). Analogamente la perdita di eterozigosi a livello di 1p e 19q correla in modo statisticamente significativo con la risposta a temozolomide, ed ha valore prognostico per il tempo alla progressione e la sopravvivenza (Brandes J Clin Oncol 2006).

A **Raccomandazione di grado A: In tutti i tumori a componente oligodendrogliale sia a basso sia ad alto grado andrebbe eseguita la ricerca della perdita di eterozigosi 1p e 19q.**

L'anticipazione della chemioterapia rispetto alla radioterapia nelle forme con delezione 1p è un'alternativa meritevole di sperimentazione ed è attualmente in corso un studio dell'EORTC.

TUMORI EPENDIMALI

I tumori ependimali intracranici rappresentano il solo 3% delle neoplasie cerebrali per cui le informazioni disponibili provengono prevalentemente da serie retrospettive, numericamente poco consistenti, osservate in periodi di tempo lunghi e inclusive di pazienti sia adulti sia pediatrici. Conseguentemente, l'interpretazione dei risultati e la definizione di linee guida è particolarmente problematica. I tumori ependimali sono più frequentemente sottotentoriali (60%), soprattutto localizzati nel quarto ventricolo. La seconda localizzazione più frequente è il ventricolo laterale, seguita dal terzo ventricolo. La disseminazione spinale è più frequente nei tumori sottotentoriali, in quelli ad alto grado di malignità e nei pazienti con tumore primitivo non controllato.

Secondo la classificazione WHO si distinguono in

Ependimomi di grado I	mixopapillare (di pertinenza della regione cono-caudal-filum terminale) subependimoma (forma intraventricolare, a lenta crescita con prognosi favorevole)
ependimomi di grado II	Variante cellulare a cellule chiare papillare tanicitica
ependimomi anaplastici (grado III)	
ependimoblastomi	sono tumori primitivi neuroectodermici (PNET), devono essere distinti dagli ependimomi anaplastici e non sono qui trattati

Non esistono fattori prognostici universalmente accettati. La relazione tra grado di malignità e sopravvivenza non è chiara a causa anche delle diverse definizioni di anaplasia utilizzate nelle varie casistiche, delle frequenti discrepanze diagnostiche tra i patologi e, dell'inclusione in alcune casistiche, degli ependimoblastomi. La sopravvivenza a 5 anni per

gli ependimomi è 55-87%, mentre per gli ependimomi anaplastici è 10-47%. Verosimilmente i pazienti adulti, che hanno una sopravvivenza a 5 anni del 55-90% hanno una tendenza ad una miglior prognosi rispetto ai bambini (14-60%), forse a causa del tessuto neurale più maturo. La sede della neoplasia è un altro fattore prognostico controverso: la sopravvivenza a 5 anni è del 35-76% per i tumori sovratentoriali e del 40-59% per quelli sottotentoriali.

L'asportazione chirurgica più radicale possibile è il trattamento standard e deve essere perseguita purché non comprometta la funzione neurologica.

L'estensione della resezione chirurgica è da alcuni autori considerata un fattore prognostico indipendente, mentre altri non hanno riscontrato una relazione significativa con la sopravvivenza. La mancanza di evidenza potrebbe essere dovuta alla scarsa affidabilità della valutazione soggettiva del grado di asportazione chirurgica, mentre la valutazione radiologica postoperatoria è più precisa. Una valutazione RM postoperatoria può individuare la presenza di tumore residuo che, in casi selezionati, potrebbe essere sottoposto ad un immediato reintervento.

Esiste un consenso generale sull'indicazione alla RT postoperatoria per la maggioranza dei pazienti in quanto la causa principale di fallimento terapeutico è la recidiva locale. Il volume di irradiazione deve essere definito con tecniche che consentono il massimo rispetto del tessuto circostante e limitato al letto tumorale pre-chirurgico con un margine di 2 cm. L'estensione del campo di trattamento al midollo spinale non sembra influire né sul pattern di recidiva né sulla sopravvivenza. La dose di RT dovrebbe essere di 50-54 Gy per le lesioni a basso grado e di 54-60 Gy per quelle ad alto grado, cercando di limitare la dose al chiasma ed alle vie ottiche a 50.4 Gy ove il trattamento le possa coinvolgere. (LDP V) (Reni Expert Rev Anticancer Treat 2002, Reni Cancer 2004).

La dilazione della RT al momento della recidiva nei pazienti sottoposti a chirurgia radicale o parziale per ependimomi a basso grado di malignità potrebbe rappresentare oggetto di studi "ad hoc", ma non può essere raccomandata nella pratica clinica.

Il ruolo della chemioterapia postoperatoria è stato valutato solo nei bambini senza evidenza di beneficio e pertanto non esiste attualmente indicazione al suo uso come terapia adiuvante. Le opzioni possibili per il trattamento di salvataggio comprendono il re-intervento, la re-irradiazione e la chemioterapia con schemi contenenti cisplatino o nitrosouree (Brandes Cancer 2005). La chemioterapia ad alte dosi non ha ottenuto vantaggi ed ha provocato il 33% di morti tossiche.

NEOPLASIE DELLA PINEALE

La maggior parte delle neoplasie che insorgono nella regione pineale sono prevalentemente neoplasie a cellule germinali (50%), gliomi e gangliocitomi (25%), mentre le forme pineali propriamente dette (15%) sono molto rare nell'adulto, insorgono nelle II o III decadi, e vengono comunemente suddivise in pineocitomi (grado II, non diffondono nel liquor, sopravvivenza a 5 anni \geq 85%), pinealoblastomi (grado IV, frequente disseminazione liquorale, sopravvivenza a 5 anni $<$ 60%) e neoplasie pineali a cellule intermedie (Schild Cancer 1993).

Le principali manifestazioni cliniche sono rappresentate da idrocefalo ostruttivo e disturbi della motilità oculare (Sdr di Parinaud). Attualmente per le masse della regione pineale viene raccomandato di ottenere l'istologia tutte le volte che è possibile, di eseguire una stadiazione basata sull'*imaging* (RMN cerebro-spinale con gadolinio), la citologia del liquor ed il dosaggio di α -FP e di β -HCG su liquor e siero (α -FP e β -HCG entrambi elevati depongono per una neoplasia germinale non seminomatosa, la sola elevazione di β -HCG per il seminoma). Le dimensioni della neoplasia, il grado istologico e la disseminazione liquorale rappresentano i principali fattori pronostici.

La resezione chirurgica è tecnicamente complessa, in genere viene eseguita per via sottotentoriale e sovracerebellare oppure sopratentoriale sotto-occipitale, ed è generalmente curativa nei pineocitomi ben differenziati. La chirurgia va particolarmente considerata in presenza di tumori di grosse dimensioni, che abbiano determinato ostruzione delle vie liquorali con conseguente idrocefalo ed ipertensione endocranica.

Il trattamento delle forme intermedie e dei più aggressivi pinealoblastomi, similmente al medulloblastoma, richiede un approccio integrato di chirurgia, radioterapia sull'asse cranio-spinale (30-36 Gy) con boost (15-20 Gy) sulla regione pineale e chemioterapia con derivati del platino (pre o post-radioterapia) (LDP V) (Fauchon Int J Radiat Oncol Biol Phys 2000). La scarsità delle casistiche pubblicate non consente di stabilire la migliore sequenza di trattamento. Le neoplasie germinali pineali possono essere associate ad una seconda neoplasia soprasellare (tumori multipli della linea mediana). L'irradiazione

cranio-spinale è indicata anche in questi casi, nelle neoplasie germinali seminomatose e nei casi con diffusione sub-ependimale. Non è dimostrato che la chemioterapia possa consentire di limitare la RT al volume “locale”, anche se questo è verosimile (Aoyama H [J Clin Oncol 2002](#)). Nelle neoplasie germinali non seminomatose è indicato, ove possibile, il *debulking* chirurgico seguito da chemioterapia e da radioterapia locale.

MEDULLOBLASTOMA DELL'ADULTO

E' raramente riscontrato nell'età adulta, insorge nella fossa cranica posteriore e si manifesta prevalentemente con ipertensione endocranica associata a sindrome cerebellare. Ha elevata tendenza alla disseminazione liquorale.

La RM cerebrale pre e post chirurgica (post chirurgica eseguita entro 48-72 ore dalla chirurgia), la RM spinale (possibilmente pre chirurgica) e l'esame citologico del liquor (eseguito 15 giorni dopo la chirurgia) costituiscono gli esami fondamentali, in base ai quali viene definito lo stadio T ed M secondo Chang (Chang Radiology 1969):

T1:	Tumore < 3cm, limitato al verme cerebellare o al tetto del IV ventricolo o all'emisfero cerebellare
T2:	Tumore > 3 cm che invade una struttura adiacente o parzialmente il IV ventricolo
T3a:	Tumore che invade due strutture adiacenti o riempie completamente il IV ventricolo con estensione all'acquedotto di Silvio, forami di Magendie o Luschka, producendo idrocefalo interno
T3b:	Tumore che insorge dal pavimento del IV ventricolo e che lo riempie
T4:	Tumore che si diffonde lungo l'acquedotto di Silvio per invadere il III ventricolo, il mesencefalo oppure, in basso, il midollo spinale cervicale
M0:	Assenza di metastasi
M1:	Liquor citologicamente positivo
M2:	Disseminazione nodulare al cervelletto, spazio subaracnoideo cerebrale o IV ventricolo
M3:	Diffusione nodulare allo spazio subaracnoideo spinale
M4:	Metastasi esterne al SNC

Così come in età pediatrica, anche nell'adulto si identificano due classi di rischio in base a stadio ed entità del residuo post-chirurgico (che costituiscono quindi i fattori prognostici principali):

- Alto rischio: presenza di metastasi (M1-M2-M3-M4)
- Rischio standard: tutti gli altri pazienti

Recentemente è stata proposta una nuova classificazione del rischio che tiene conto di parametri clinici e dei profili genetici, ma deve essere verificata su ampia casistica (Fernandez

Teijero J Clin Oncol 2004, Gajjar J Clin Oncol 2004, Fisher J Clin Oncol 2004, Packer Pediatr Neurosurg 2003, Brandes Crit Rev Oncol Hematol 2004).

Fattori	Basso Rischio	Medio Rischio	Alto Rischio
Chirurgia	Completa R <1.5 cm2 ?	Subtotale R > 1.5 cm2 ?	Solo Biopsia
Diffusione	FCP	Liquor+ Brain Stem	M+
Età	3 anni ?	2-3; 3-5	< 3 anni
Istologia	Indifferenziato Nodulare?	Differenziato?	Differenziato? Rabdoide Grandi cellule? Ependimoblastoma?
Biologia	>TRKc > Indice Apoptotico < ERBB2	LOH 17 p? < Indice Apoptotico? >Indice Mitotico?	< TRKc LOH 17p più MYCC amplif? < Ind. Apoptotico? > ERBB2

In mancanza di studi prospettici e randomizzati, il trattamento del medulloblastoma dell'adulto si basa essenzialmente sull'esperienza pediatrica e su piccoli studi retrospettivi (LDP IV e V).

Il trattamento del medulloblastoma a rischio standard consiste nella resezione chirurgica seguita dalla radioterapia cranio-spinale (36 Gy + Boost 19.8 Gy in fossa cranica posteriore). I risultati di tale approccio sono il conseguimento di una PFS a 5 anni >75%.

Esiste consenso sul fatto che il medulloblastoma ad alto rischio richiede un trattamento combinato di radio e chemioterapia a base di platino, anche se la sequenza e le dosi rimangono controverse (radioterapia seguita dalla chemioterapia, chemioterapia a sandwich pre e post-radioterapia, chemioterapia di mantenimento etc); la sopravvivenza a lungo termine è comunque inferiore al 40%. Pazienti con liquor positivo (M1) o localizzazioni spinali (M2-3) richiedono dosi superiori di radioterapia sull'asse cranio-spinale (39.6 Gy) (Carrie Cancer 1994, Frost Int J Radiat Oncol Biol Phys 1995, Prados Int J Radiat Oncol Biol Phys 1995, Brandes Cancer Treat Rev 1999, Brandes Int J Radiat Oncol Biol Phys 2003).

Si deve segnalare che nel bambino, per la prima volta uno studio di fase III (Taylor J Clin Oncol 2004) riporta un miglioramento del event free survival in pazienti con medulloblastoma a basso grado trattati con 4 cicli mensili di chemioterapia pre radioterapia vs radioterapia da sola. Non si sa se questi dati possano essere trasferiti nell'adulto.

A **Raccomandazione di grado A: Pazienti trattati con radio e/o chemioterapia per medulloblastoma richiedono un lungo follow-up poiché possono successivamente sviluppare deficit ormonali e/o seconde neoplasie (se esposti a nitrosouree, alchilanti o etoposide). L'elevata incidenza di sterilità a fronte dell'elevata spettanza di vita impongono di proporre la criopreservazione dei gameti.**

In considerazione della rarità dei fenomeni critici legati ad irritazione cerebellare, i pazienti operati di medulloblastoma senza lesioni sovratentoriali non necessitano di copertura anti-epilettica profilattica (Strazzer, J Child Neurol 2006).

LINFOMI PRIMITIVI CEREBRALI

Il linfoma primitivo cerebrale costituisce l'1-2% di tutti i linfomi non-Hodgkin extranodali, con un'incidenza in continuo aumento. Si distingue una forma che si presenta in pazienti immunodepressi (AIDS o post-trapianto), generalmente correlata ad infezione da EBV, e una forma che si presenta in pazienti immunocompetenti non EBV correlata. In entrambi i casi comunque si tratta prevalentemente di forme diffuse a grandi cellule fenotipicamente B, a rapida evoluzione clinica. Generalmente coinvolge la sostanza bianca e le strutture periacqueduttali, con frequente disseminazione liquorale; non rara è l'estensione anche al vitreo (20%), mentre localizzazioni sistemiche compaiono solo in fase avanzata. Radiologicamente si presenta come una lesione nodulare, singola o multipla, ad intenso enhancement e senza centro necrotico o cistico (tipico del glioblastoma).

DIAGNOSI E STADIAZIONE

La diagnosi deve essere istologica ogniqualvolta è possibile eseguire una biopsia stereotassica, in caso contrario ci si può basare sul riscontro di una popolazione linfocitaria clonale nel liquor (restrizione κ/λ o riarrangiamento dei geni delle catene pesanti delle immunoglobuline).

A **Raccomandazione di grado A: Salvo situazioni di emergenza, non bisogna mai somministrare steroidi a pazienti con un sospetto di linfoma cerebrale in quanto la rapida azione linfocitolitica può compromettere la diagnosi sia su biopsia stereotassica sia su liquor. Dopo il completamento della stadiazione, gli steroidi sono essenziale componente del trattamento.**

La stadiazione comprende RM cranio-spinale, esame citologico ed immunofenotipico del liquor, ricerca della infezione da HIV ed EBV, visita oculistica con ecografia oculare ed esame con lampada a fessura per escludere infiltrazione del corpo vitreo o della retina, esame emocromocitometrico con assetto linfocitario e LDH. La TC torace ed addome, la biopsia osteomidollare e l'ecografia testicolare nei maschi non sono considerate indispensabili da tutti gli autori in assenza di sintomatologia specifica, considerata la rarità delle localizzazioni

extracraniche anche in fase avanzata di malattia ma sono comunque obbligatorie per i pazienti arruolati in protocolli prospettici, data la differente prognosi e strategia terapeutica dei pazienti con PCNSL rispetto ai pazienti con interessamento secondario del SNC (Reni Ann Oncol 1997).

Trattamento

La sede profonda, la crescita altamente infiltrativa e la frequente disseminazione multifocale rendono una chirurgia estesa rischiosa e sostanzialmente inutile in questi pazienti, per cui è sufficiente una biopsia stereotassica ai fini diagnostici, ove possibile. Il linfoma cerebrale è molto sensibile sia alla radioterapia sia alla chemioterapia, e principalmente al Metotrexate che, a dosi endovenose superiori a 3 gr/m², raggiunge nel tessuto cerebrale e nel liquor concentrazioni terapeutiche. Il trattamento radioterapico esclusivo (50 Gy, *whole brain*) ha ottenuto in uno studio recente un tasso di sopravvivenza a 5 anni del 30% (Shibamoto Int J Radiation Oncology Biol Phys 2005) e può essere considerato nei pazienti per i quali il trattamento con Metotrexate ad alte dosi non è proponibile.

La chemioterapia è oggi il migliore trattamento iniziale, e deve contenere alte dosi di Metotrexate (≥ 3 gr/m²), seguita da radioterapia panencefalica 30-40 Gy con o senza ulteriore boost di 10 Gy sulla lesione iniziale. Questo trattamento combinato ottiene più dell'80% di remissioni complete (LDP III) (Nelson J Neuro-oncol 1999, Abrey J Clin Oncol 2000). Dati gli elevati tassi di neurotossicità riportati in letteratura, non è giustificato l'impiego di polichemioterapie includenti farmaci neurotossici di cui non sia stata provata l'efficacia (LDP V) (Guha-Thakurta J Neurooncol 1999, McAllister Neurosurgery 2000). Alla recidiva dopo il primo trattamento, è dimostrato che terapie di salvataggio con metotrexate, nitrosouree, citarabina o temozolomide possono ottenere discreti tassi di risposta e prolungare la sopravvivenza (LDP IV) (Reni Br J Cancer 1999; Reni Eur J Cancer 2004).

Non è ancora dimostrato che la polichemioterapia dia risultati superiori in termini di sopravvivenza globale rispetto al solo metotrexate ad alte dosi, così come il beneficio della irradiazione spinale e della chemioterapia intratecale rimangono ancora indefiniti.

A **Raccomandazione di grado A: In pazienti precedentemente irradiati non bisogna mai somministrare Metotrexate ad alte dosi a causa dell'elevata incidenza di leucoencefalopatia necrotizzante a prognosi rapidamente infausta; così come vanno evitate anche basse dosi di metotrexate intratecale per l'elevato rischio di meningite chimica.**

La chemioterapia ad alte dosi di alchilanti con autotrapianto di cellule staminali potrebbe essere proposta a pazienti recidivati o refrattari dopo trattamenti con Metotrexate con o senza radioterapia in quanto può conseguire ulteriori remissioni complete; non è però ancora noto quante di esse si mantengano a lungo termine con preservazione di accettabili funzioni cognitive (Soussain J Clin Oncol 2001). Allo stato attuale, almeno per quanto riguarda i linfomi recidivi a livello parenchimale, i risultati ottenuti con la chemioterapia ad alte dosi non sembrano essere superiori a quelli ottenibili con terapie di salvataggio più maneggevoli e meno tossiche. Non ne è pertanto giustificato l'impiego al di fuori di studi sperimentali.

NEOPLASIE A CELLULE GERMINALI

Le neoplasie a cellule germinali sono poco frequenti nell'adulto (< 1% di tutte le neoplasie intracraniche) e sono pressochè di pertinenza esclusiva della II e III decade. La loro suddivisione istologica in germinomi puri, non-germinomi e forme miste ricalca quella delle analoghe neoplasie testicolari o ovariche. Insorgono prevalentemente lungo la linea mediana nella regione pineale o sovrassellare. Ipertensione endocranica, idrocefalo e disturbi visivi sono i principali sintomi.

La RM cerebrale e spinale (con enhancement dopo somministrazione di gadolinio dei noduli neoplastici), l'esame del liquor (citologia) + la ricerca dei marcatori (LDH, beta-HCG, alfa-FP e fosfatasi alcalina placentare) sia nel liquor sia nel siero, l'ecografia testicolare e pelvica rappresentano gli esami diagnostici essenziali.

Istologia germinomatosa pura e assenza di disseminazione liquorale rappresentano i principali fattori prognostici favorevoli.

Solo per i teratomi ben differenziati, in considerazione della loro lenta crescita ed elevata radio e chemioresistenza, una chirurgia quanto più possibile estesa consente un ottimo controllo di malattia a lunga distanza.

Il trattamento dei germinomi puri consiste generalmente in una biopsia stereotassica seguita da radioterapia cranio-spinale (30-36 Gy) con eventuale boost sulla lesione primitiva (50 Gy totali). Per i tumori che affiorano nel ventricolo (la maggioranza di questi tumori ha sede a livello della regione pineale e dell'infundibolo del III ventricolo) viene preferita la biopsia neuro-endoscopica che consente di effettuare prelievi del tessuto neoplastico, del liquor ed eventuale posizionamento di sistemi di derivazione o cateteri ventricolari per eventuale CT intratecale nella stessa seduta. Una eventuale chemioterapia neoadiuvante (generalmente tre cicli secondo schema PE: DDP 20 mg/m² + etoposide 100 mg/m² giorni 1-5, ogni 21-28 giorni) consente di ridurre il dosaggio della radioterapia encefalica (25-30 Gy in caso di risposta completa) risparmiando il midollo spinale, a parità di controllo a lunga distanza della malattia (> 90%) (LDP V) (Buckner

J Clin Oncol 1999, Sawamura J Neurosurg 1998, Brandes Cancer Treat Rev 2000). Le neoplasie non-germinomatose generalmente non rispondono in modo completo alla chemioterapia neoadiuvante a base di platino e richiedono un trattamento radioterapico più aggressivo (fino a 59.4 Gy sulla lesione in caso di risposta parziale + 30/36 Gy sull'asse cranio spinale in caso di disseminazione liquorale), con sopravvivenza a lungo termine nettamente inferiore.

A **Raccomandazione di grado A: Pazienti trattati con radio e/o chemioterapia per neoplasie a cellule germinali richiedono un lungo follow-up poiché possono successivamente sviluppare deficit ormonali e/o seconde neoplasie (etoposide). L'elevata incidenza di sterilità e l'elevata aspettanza di vita impongono di proporre la criopreservazione dei gameti (Brandes J Neuro-oncol 2000).**

Metastasi singola: La chirurgia è l'opzione di scelta in caso di metastasi singola in paziente con malattia sistemica controllata, e prolunga la sopravvivenza rispetto alla sola radioterapia da 4 a 10 mesi (LDP I) (Patchel N Engl J Med 1990, Vecht Ann Neurol 1993), anche se solo il 10% dei pazienti hanno metastasi singole, di cui solo il 50% sono operabili radicalmente. Uno studio randomizzato ha dimostrato come l'aggiunta della radiochirurgia stereotassica alla radioterapia panencefalica aumenta la sopravvivenza dei pazienti con metastasi singola non resecabile alla diagnosi (LDP II) (Andrews Lancet 2004).

La radioterapia panencefalica (WBR), 30-40 Gy in 2-3 settimane, dopo resezione chirurgica riduce le recidive intracraniche, mantenendo una migliore funzionalità neurologica, ma non modifica la sopravvivenza (LDP II) (Patchel JAMA 1998). Per lesioni di piccole dimensioni (<2,5 cm), singole o comunque in numero inferiore a 3-4, la radiochirurgia stereotassica può essere una valida alternativa terapeutica alla chirurgia, seguita o meno da radioterapia panencefalica. (Gerosa Curr Opin Oncol 2003). Anche se finora non sono stati disegnati studi clinici in grado di stabilire se la radiochirurgia possa sostituire la chirurgia nel trattamento della metastasi cerebrale singola (Metha Int J Radiat Oncol Biol Phys 2005).

Metastasi multiple: Non esistono studi randomizzati riguardo l'impiego della chirurgia sulle metastasi multiple, anche se può essere proposta per pazienti selezionati.

La radioterapia panencefalica (30-40 Gy in 2-3 settimane) rappresenta il trattamento standard, in grado di prolungare la sopravvivenza mediana da 3 a 6 mesi. Non è dimostrato che dosi superiori aumentino la sopravvivenza.

In pazienti selezionati con metastasi cerebrali multiple (fino ad un numero totale di 3 o di 4 in uno studio randomizzato) e di piccole dimensioni (< 4 cm) l'aggiunta di un boost stereotassico alla radioterapia panencefalica migliora il controllo locale di malattia ma non la sopravvivenza rispetto alla sola radioterapia (LDP I) (Andrews Lancet 2004, Metha Int J Radiat Oncol Biol Phys 2005). Studi retrospettivi hanno mostrato che più della metà dei pazienti trattati con WBRT decidono per progressione sistemica piuttosto che per la presenza delle metastasi cerebrali.

Radiochirurgia e Radioterapia: Il trattamento con sola radiochirurgia in pazienti selezionati con nuova diagnosi di metastasi cerebrali non altera la sopravvivenza rispetto al trattamento con radioterapia panencefalica (LDP I-III). Tuttavia, l'omissione della radioterapia panencefalica riduce il controllo della malattia intracranica (LDP I-III). La differenza in termini di capacità neurocognitive e di qualità di vita dopo trattamento con sola radiochirurgia o radioterapia panencefalica (con o senza radiochirurgia) è sconosciuta in quanto non è mai stata adeguatamente testata. Tuttavia non esiste una differenza statisticamente significativa nella tossicità complessiva nei pazienti trattati con sola radiochirurgia rispetto ai pazienti trattati con radioterapia panencefalica e boost stereotassico in base ad un'analisi ad interim di un unico studio randomizzato. Il clinical benefit/risks legato all'utilizzo della radiochirurgia alla progressione o recidiva delle metastasi cerebrali è correlato ad un'evidenza insufficiente (Metha Int J Radiat Oncol Biol Phys 2005). Pertanto in attesa di studi con maggior livello di evidenza, l'utilizzo della radiochirurgia come terapia di salvataggio può essere considerato solo come un'opzione in pazienti selezionati (Metha Int J Radiat Oncol Biol Phys 2005).

Chemioterapia: Pazienti che presentano metastasi cerebrali di neoplasie chemiosensibili alla prima diagnosi (microcitoma, mammella, testicolo) vanno sempre valutati per chirurgia in relazione al numero di metastasi ed all'entità della malattia sistemica. Nei pazienti non operabili, la chemioterapia sistemica può ottenere significative risposte anche sulle localizzazioni cerebrali ma un consolidamento con WBRT è sempre consigliato (LDP II) (Postmus J Clin Oncol 2000, Franciosi Cancer 1999).

Nei pazienti che recidivano solo nel SNC dopo chemioterapia per malattia sistemica, il beneficio ottenibile con ulteriore chemioterapia non appare rilevante, ma può essere applicato in caso di forme chemiosensibili in associazione alla radioterapia, pur in assenza di un dimostrato beneficio in termini di sopravvivenza (LDP V) (Korfel Front Radiat Ther Oncol 1999).

REFERENZE BIBLIOGRAFICHE O IN RETE

1. Abrey LE, Yahalom J, DeAngelis LM. Treatment for Primary CNS lymphoma: the next step. *J Clin Oncol* 18: 3144-3150, 2000.
2. Aldape K, Simmons ML, Davis RL et al. Discrepancies in diagnoses of neuroepithelial neoplasms. *Cancer* 88: 2342-2349, 2000.
3. Andrews DW, Scott CB, Sperduto PW, et al. Whole brain radiation therapy with or without stereotactic radiosurgery boost for patients with one to three brain metastases: phase III results of the RTOG 9508 randomised trial. *Lancet* 363: 1665-1672, 2004.
4. Aoyama H, Shirato H, Ikeda J, Fujieda K, Miyasaka K, Sawamura Y. Induction chemotherapy followed by low-dose involved-field radiotherapy for intracranial germ cell tumors. *J Clin Oncol* 20: 857-65, 2002.
5. Brada M, Viviers L, Abson C et al. Phase II study of primary temozolomide chemotherapy in patients with WHO grade II gliomas. *Ann Oncol* 14: 1715-1721, 2003.
6. Brandes AA, Vastola F, Monfardini S. Reoperation in recurrent high-grade gliomas. Literature review of prognostic factors and outcome. *Am J Clin Oncol* 22: 387-390, 1999.
7. Brandes AA, Palmisano V, Monfardini S. Medulloblastoma in adults: clinical characteristics and treatment. *Cancer Treat Rev* 25: 3-12, 1999.
8. Brandes AA, Pasetto LM, Lumachi F et al. Endocrine dysfunctions in patients treated for brain tumors: incidence and guidelines for management. *J Neuro-oncol* 47: 85-92, 2000.
9. Brandes AA Pasetto LM, Monfardini S. The treatment of cranial germ cell tumours. *Cancer Treat Rev* 26: 233-242, 2000.
10. Brandes AA, Palmisano V, Pasetto LM et al. High-dose chemotherapy with bone marrow rescue for high-grade gliomas in adults. *Cancer Invest* 19: 41-48, 2001.
11. Brandes AA, Vastola F, Basso U et al. A prospective study on glioblastoma in the elderly. *Cancer* 97: 657-662, 2003.
12. Brandes AA, Basso U, Vastola F et al. Carboplatin and teniposide as third-line chemotherapy in patients with recurrent oligodendroglioma or oligoastrocytoma: a phase II study. *Ann Oncol* 14: 1727-1731, 2003.
13. Brandes AA, Ermani M, Amista P et al. The treatment of adults with medulloblastoma: a prospective study. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 57:755-61, 2003.

14. Brandes AA, Paris MK. Review of the prognostic factors in medulloblastoma of children and adults. *Crit Rev Oncol Hematol* 50: 121-128, 2004.
15. Brandes AA, Tosoni A, Amistà P et al. How effective is the activity of BCNU in recurrent glioblastoma in the modern era? A Phase II trial. *Neurology* 63: 1281-1284, 2004.
16. Brandes AA, Tosoni A, Vastola F et al. Efficacy and feasibility of standard procarbazine, ccnu and vincristine (PCV) chemotherapy in anaplastic oligodendroglioma and oligoastrocytoma recurrent after radiotherapy: a phase II study. *Cancer* 101: 2079-2085, 2004.
17. Brandes AA, Cavallo G, Reni M et al. A multicenter retrospective study of chemotherapy for recurrent intracranial ependymal tumors in adults by the Gruppo Italiano Cooperativo di Neuro-Oncologia (GICNO). *Cancer* 104: 143-148, 2005.
18. Brandes AA, Tosoni A, Cavallo G, et al. Correlations Between O6-Methylguanine DNA Methyltransferase Promoter Methylation Status, 1p and 19q Deletions, and Response to Temozolomide in Anaplastic and Recurrent Oligodendroglioma: A Prospective GICNO Study. *J Clin Oncol* Sep 5, 2006.
19. Buckner JC, Peethambaram PP, Smithson WA et al. Phase II trial of primary chemotherapy followed by reduced-dose radiation for CNS germ cell tumors. *J Clin Oncol* 17: 933-941, 1999.
20. Buckner JC, Gesme D Jr, O'Fallon JR et al. Phase II trial of procarbazine, lomustine, and vincristine as initial therapy for patients with low-grade oligodendroglioma or oligoastrocytoma: efficacy and associations with chromosomal abnormalities. *J Clin Oncol* 21: 251-255, 2003.
21. Cairncross G, Macdonald D, Ludwin S et al. Chemotherapy for anaplastic oligodendroglioma. National Cancer Institute of Canada Clinical Trials Group. *J Clin Oncol* 12: 2013-21, 1994.
22. Cairncross JG, Ueki K, Zlatescu MC et al. Specific genetic predictors of chemotherapeutic response and survival in patients with anaplastic oligodendrogliomas. *J Natl Cancer Inst* 90: 1473-1479, 1998.
23. Cairncross G, Berkey B, Shaw E, Shaw E et al. Phase III trial of chemotherapy plus radiotherapy compared with radiotherapy alone for pure and mixed anaplastic

- oligodendroglioma: Intergroup Radiation Therapy Oncology Group Trial 9402. *J Clin Oncol* 24(18):2707-14, 2006.
24. Cardinale R, Won M, Choucair A, et al. A phase II trial of accelerated radiotherapy using weekly stereotactic conformal boost for supratentorial glioblastoma multiforme: RTOG 0023. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 65:1422-8, 2006.
 25. Carrie C, Lasset C, Alapetite C et al. Multivariate analysis of prognostic factors in adult patients with medulloblastoma. Retrospective study of 156 patients. *Cancer* 74: 2352-60, 1994.
 26. Chamberlain MC, Glantz MJ, Chalmers L, Van Horn A, Sloan AE. Early necrosis following concurrent Temodar and radiotherapy in patients with glioblastoma. *J Neurooncol* Aug 31, 2006.
 27. Chang CH, Housepian EM, Herbert C Jr. An operative staging system and a megavoltave radiotherapeutic technic for cerebellar medulloblastomas. *Radiology* 93: 1351-1359, 1969.
 28. Chinot OL, Honore S, Dufour H et al. Safety and efficacy of temozolomide in patients with recurrent anaplastic oligodendrogliomas after standard radiotherapy and chemotherapy. *J Clin Oncol* 19: 2449-2455, 2001.
 29. Curran WJ Jr, Scott CB, Horton J et al. Recursive partitioning analysis of prognostic factors in three Radiation Therapy Oncology Group malignant glioma trials. *J Natl Cancer Inst* 85: 704-710, 1993.
 30. Doyle WK, Budinger TF, Valk PE et al. Differentiation of cerebral radiation necrosis from tumor recurrence by (¹⁸F)FDG and ⁸²Rb positron emission tomography. *J Comput Assist Tomogr* 11: 563-570, 1987.
- Eyre HJ, Crowley JJ, Townsend JJ et al. A randomized trial of radiotherapy versus radiotherapy plus CCNU for incompletely resected low-grade gliomas: a Southwest Oncology Group study. *J Neurosurg* 78: 909-914, 1993.
31. Fabi A, Vidiri A, Carapella C, et al. Bone metastasis from glioblastoma multiforme without central nervous system relapse: a case report. *Anticancer Res* 24:2563-5, 2004.
 32. Fauchon F, Jouvet A, Paquis P et al. Parenchymal pineal tumors: a clinicopathological study of 76 cases. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 46: 959-968, 2000.

33. Fernandez-Teijeiro A, Betensky RA, Sturla LM et al. Combining gene expression profiles and clinical parameters for risk stratification in medulloblastomas. *J Clin Oncol* 22: 994-8, 2004.
34. Fine HA, Dear KB, Loeffler JS et al. Meta-analysis of radiation therapy with and without adjuvant chemotherapy for malignant gliomas in adults. *Cancer* 71:2585-97, 1993.
35. Fisher PG, Burger PC, Eberhart CG. Biologic risk stratification of medulloblastoma: the real time is now. *J Clin Oncol* 22: 971-4, 2004.
36. Franciosi V, Cocconi G, Michiara M et al. Front-line chemotherapy with cisplatin and etoposide for patients with brain metastases from breast carcinoma, non-small cell lung carcinoma or malignant melanoma. A prospective study. *Cancer* 85: 1595-1605, 1999.
37. Frost PJ, Laperriere NJ, Wong CS et al. Medulloblastoma in adults. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 32: 1255-7, 1995.
38. Gajjar A, Hernan R, Kocak M, et al. Clinical, histopathologic, and molecular markers of prognosis: toward a new disease risk stratification system for medulloblastoma. *J Clin Oncol* 22: 984-93, 2004.
39. Gaspar LE, Scott C, Murray K et al. Validation of the RTOG recursive partitioning analysis (RPA) classification of brain metastases. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 47: 1001-1006, 2000.
40. Gerosa M, Nicolato A, Foroni R. The role of gamma knife radiosurgery in the treatment of primary and metastatic brain tumors. *Curr Opin Oncol* 15: 188-196, 2003.
41. Glantz MJ, Cole BF, Forsyth PA et al. Practice parameter: anticonvulsant prophylaxis in patients with newly diagnosed brain tumors- Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 54: 1886-1893, 2000.
42. Guha-Thakurta N, Damek D, Pollack C et al. Intravenous methotrexate as initial treatment for primary central nervous system lymphoma: response to therapy and quality of life of patients. *J Neurooncol* 43:259-68, 1999
43. Hegi ME, Diserens AC, Gorlia T et al. MGMT gene silencing and benefit from temozolomide in glioblastoma. *N Engl J Med* 352: 997-1003, 2005.

44. Hess KR. Extent of resection as a prognostic variable in the treatment of gliomas. *J neuro-oncol* 42: 227-231, 1999.
45. Hildebrand J, Sahmoud T, Mignolet F et al. Adjuvant therapy with dibromodulcitol and BCNU increases survival of adults with malignant gliomas. EORTC Brain Tumor Group. *Neurology* 44: 1479-1483, 1994.
46. Hoang-Xuan K, Capelle L, Kujas M et al. Temozolomide as initial treatment for adults with low-grade oligodendrogliomas or oligoastrocytomas and correlation with chromosome 1p deletions. *J Clin Oncol* 15: 3133-3138, 2004.
47. Holland KD. Efficacy, pharmacology, and adverse effects of antiepileptic drugs. *Neurol Clin* 19: 313-345, 2001.
48. Huncharek M, Muscat J, Geschwind JF. Multi-drug versus single agent chemotherapy for high grade astrocytoma; results of a meta-analysis. *Anticancer Res* 18:4693-7, 1998.
49. Iorio A, Agnelli G. Low-molecular weight and unfractionated heparin for prevention of venous thromboembolism in neurosurgery: a meta-analysis. *Arch Intern Med* 160: 2327-2332, 2000.
50. Karim AB, Maat B, Hatlevoll R et al. A randomized trial on dose-response in radiation therapy of low-grade cerebral glioma: European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) Study 22844. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 36:549-56, 1996.
51. Karim AB, Afra D, Cornu P et al. Randomized trial on the efficacy of radiotherapy for cerebral low-grade glioma in the adult: European organization for research and treatment of cancer study 22845 with the medical research council study BRO4. an interim analysis. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 52: 316-324, 2002.
52. Klein M, Heimans JJ, Aaronson NK et al. Effect of radiotherapy and other treatment-related factors on mid-term to long-term cognitive sequelae in low-grade gliomas: a comparative study. *Lancet* 360:1361-8, 2002.
53. Korfel A, Thiel E. Chemotherapy of brain metastases. *Front Radiat Ther Oncol* 33: 343-348, 1999.
54. Lacroix M, Abi-Said D, Fournay DR et al. A multivariate analysis of 416 patients with glioblastoma multiforme: prognosis, extent of resection, and survival. *J Neurosurg* 95:190-8, 2001.

55. Lee PL, Gonzales RG. Magnetic resonance spectroscopy of brain tumors. *Curr Opin Oncol* 12: 199-204, 2000
56. Levin JM, Schiff D, Loeffler JS et al. Complications of therapy for venous thromboembolic disease in patients with brain tumors. *Neurology* 43: 1111-1114, 1993.
57. Macdonald DR, Cascino TL, Schold SC Jr et al. Response criteria for phase II studies of supratentorial malignant glioma. *J Clin Oncol* 8: 1277-1280, 1990.
58. Maschio M, Dinapoli L, Zarabia A, Jandolo B. Issues related to the pharmacological management of patients with brain tumours and epilepsy. *Funct Neurol* 21:15-9, 2006.
59. Maschio M, Albani F, Baruzzi A, et al. Levetiracetam therapy in patients with brain tumour and epilepsy. *J Neurooncol* 80:97-100, 2006.
60. McAlliester Ld, Doolittle ND, Guastadisegni PE et al. Cognitive outcomes and long-term follow-up results after enhanced chemotherapy delivery for primary central nervous system lymphoma. *Neurosurgery* 46:51-60, 2000.
61. Mehta MP, Tsao MN, Whelan TJ, et al. The American Society for Therapeutic Radiology and Oncology (ASTRO) evidence-based review of the role of radiosurgery for brain metastases. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 63:37-46, 2005.
62. Mirimanoff RO, Gorlia T, Mason W, Van den Bent MJ, Kortmann RD, Fisher B, Reni M, Brandes AA, Curschmann J, Villa S, Cairncross G, Allgeier A, Lacombe D, Stupp R. Radiotherapy and temozolomide for newly diagnosed glioblastoma: recursive partitioning analysis of the EORTC 26981/22981-NCIC CE3 phase III randomised trial. *J Clin Oncol* 24: 2563-2569, 2006.
63. Mehta MP, Tsao MN, Whelan TJ, et al. The American Society for Therapeutic Radiology and Oncology (ASTRO) evidence-based review of the role of radiosurgery for brain metastases. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 63:37-46, 2005.
64. Møller-Jensen O, Estève J, Møller H et al. Cancer in the European Community and its member States. *Eur J Cancer* 26: 1167-1256, 1990.
65. Nelson DF. Radiotherapy in the treatment of primary central nervous system lymphoma (PCNLS). *J Neurooncol* 43: 241-247, 1999.

66. Packer RJ, Rood BR, MacDonald TJ. Medulloblastoma: present concepts of stratification into risk groups. *Pediatr Neurosurg* 39: 60-7, 2003.
67. Patchell RA, Tibbs PA, Walsh JW et al. A randomized trial of surgery in the treatment of single metastases to the brain. *N Engl J Med* 322: 494-500, 1990.
68. Patchell RA, Tibbs PA, Regine WF et al. Postoperative radiotherapy in the treatment of single metastases to the brain: A randomized trial. *JAMA* 280: 1485-1489, 1998.
69. Pignatti F, van den Bent M, Curran D et al. Prognostic factors for survival in adult patients with cerebral low-grade glioma. *J Clin Oncol* 20: 2076-2084, 2002.
70. Postmus PE, Haaxma Reiche H, Smit EF et al. Treatment of brain metastases of small cell lung cancer: comparing teniposide and teniposide with whole brain radiotherapy. A phase III study of the European Organization for the Research and Treatment of Cancer / Lung Cancer Cooperative Group. *J Clin Oncol* 18: 3400-3408, 2000.
71. Prados MD, Warnick RE, Wara WM et al. Medulloblastoma in adults. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 32:1145-1152, 1995.
72. Prados MD, Scott C, Curran WJ et al. Procarbazine, lomustine and vincristine (PCV) chemotherapy for anaplastic astrocytoma: a retrospective review of Radiation Therapy Oncology Group protocols comparing survival with carmustine or PCV adjuvant chemotherapy. *J Clin Oncol* 17: 3389-3395, 1999.
73. Prados MD, Wara WM, Sneed PK, et al. Phase III trial of accelerated hyperfractionation with or without difluoromethylornithine (DFMO) versus standard fractionated radiotherapy with or without DFMO for newly diagnosed patients with glioblastoma multiforme. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 49:71-7, 2001.
74. Quinn JA, Reardon DA, Friedman AH et al. Phase II trial of temozolomide in patients with progressive low-grade glioma. *J Clin Oncol* 21:646-51, 2003.
75. Reni M, Ferreri AJ, Garancini MP et al. Therapeutic management of primary central nervous system lymphoma in immunocompetent patients: results of a critical review of the literature. *Ann Oncol* 8: 227-234, 1997.
76. Reni M, Ferreri AJ, Villa E. Second-line treatment for primary central nervous system lymphoma. *Br J Cancer* 79: 530-534, 1999.
77. Reni M, Brandes AA. Current management and prognostic factors for adult ependymoma. *Expert Rev Anticancer Treat* 2: 537-545, 2002.

78. Reni M, Brandes AA, Vavassori V et al. A multicenter study of the prognosis and treatment of adult brain ependymal tumors. *Cancer* 100:1221-9, 2004.
79. Reni M, Mason W, Zaja F et al. Salvage chemotherapy with temozolomide in primary CNS lymphomas: preliminary results of a phase II trial. *Eur J Cancer* 40: 1682-8, 2004.
80. Roa W, Brasher PM, Bauman G et al. Abbreviated course of radiation therapy in older patients with glioblastoma multiforme: a prospective randomized clinical trial. *J Clin Oncol* 22: 1583-8, 2004.
81. Sawamura Y, Shirato H, Ikeda J et al. Induction chemotherapy followed by reduced-volume radiation therapy for newly diagnosed central nervous system germinoma. *J Neurosurg* 88:66-72, 1998.
82. Schild SE, Scheithauer BW, Schomberg PJ et al. Pineal parenchymal tumors. Clinical, pathologic, and therapeutic aspects. *Cancer* 72: 870-880, 1993.
83. Schuz J, Bohler E, Berg G, et al. Cellular phones, and the risks of glioma and meningioma (Interphone Study Group, Germany). *Am J Epidemiol* 163: 512-20, 2006.
84. Scott CB, Scarantino C, Urtasun R et al. Validation and Predictive power of radiation therapy oncology group (RTOG) recursive partitioning analysis classes for malignant glioma patients: A report using RTOG 90-06. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 40: 51-55, 1998.
85. Shaw E, Arusell R, Scheithauer B et al. Prospective randomized trial of low- versus high-dose radiation therapy in adults with supratentorial low-grade glioma: initial report of a North Central Cancer Treatment Group/Radiation Therapy Oncology Group/Eastern Cooperative Oncology Group study. *J Clin Oncol* 20: 2267-76, 2002.
86. Shibamoto Y, Ogino H, Hasegawa M, et al. Results of radiation monotherapy for primary central nervous system lymphoma in the 1990s. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 62:809-13, 2005.
87. Shrieve DC, Alexander E 3rd, Black PM et al. Treatment of patients with primary glioblastoma multiforme with standard postoperative radiotherapy and radiosurgical boost: prognostic factors and long-term outcome. *J Neurosurg* 90:72-7, 1999.
88. Sloan AE, Arnold SM, St Clair WH, Regine WF. Brain injury: current management and investigations. *Semin Radiat Oncol* 13:309-21, 2003.

89. Souhami L, Seiferheld W, Brachman D, et al. Randomized comparison of stereotactic radiosurgery followed by conventional radiotherapy with carmustine to conventional radiotherapy with carmustine for patients with glioblastoma multiforme: report of Radiation Therapy Oncology Group 93-05 protocol. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 60:853-60, 2004.
90. Soussain C, Suzan F, Hoang-Xuan K et al. Results of intensive chemotherapy followed by hematopoietic stem-cell rescue in 22 patients with refractory or recurrent primary CNS lymphoma or intraocular lymphoma. *J Clin Oncol* 19: 742-749, 2001.
91. Stewart LA. Chemotherapy in adult high -grade glioma: a systematic review and meta-analysis of individual patient data from 12 randomised trials. *Lancet* 35: 1011-1018, 2002.
92. Strazzer S, Zucca C, Fiocchi I, Genitori L, Castelli E. Epilepsy and neuropsychologic deficit in a child with cerebellar astrocytoma. *J Child Neurol* 21:817-20, 2006.
93. Stupp R, Dietrich PY, Ostermann Kraljevic S. Promising survival for patients with newly diagnosed glioblastoma multiforme treated with concomitant radiation plus temozolomide followed by adjuvant temozolomide. *J Clin Oncol* 20: 1375-1382, 2002.
94. Stupp R, Mason WP, Van Den Bent MJ, et al. Radiotherapy plus concomitant and adjuvant temozolomide for glioblastoma. *N Engl J Med* 352: 987-996, 2005.
95. Taylor RE, Bailey CC, Robinson K et al. Results of a randomized study of preradiation chemotherapy versus radiotherapy alone for nonmetastatic medulloblastoma: The International Society of Paediatric Oncology/United Kingdom Children's Cancer Study Group PNET-3 Study. *J Clin Oncol* 21: 1581-91, 2003.
96. Tosoni A, Ermani M, Brandes AA. The pathogenesis and treatment of brain metastases: a comprehensive review. *Crit Rev Oncol Hematol* 52:199-215. 2004.
97. Tsao MN, Mehta MP, Whelan TJ, et al. The American Society for Therapeutic Radiology and Oncology (ASTRO)evidence-based review of the role of radiosurgery for malignant glioma. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 63:47-55, 2005.
98. van den Bent MJ, Kros JM, Heimans JJ et al. Response rate and prognostic factors of recurrent oligodendroglioma treated with procarbazine, CCNU and vincristine chemotherapy. Dutch Neurooncology Group. *Neurology* 51: 1140-1128, 1998.

99. van den Bent MJ, Keime-Guibert F, Brandes AA et al. Temozolomide chemotherapy in recurrent oligodendroglioma. *Neurology* 57: 340-342, 2001.
100. van den Bent MJ, Taphoorn MJ, Brandes AA et al. Phase II study of first-line chemotherapy with temozolomide in recurrent oligodendroglial tumors: the European Organization for Research and Treatment of Cancer Brain Tumor Group Study 26971. *J Clin Oncol* 21: 2525-8, 2003.
101. van den Bent MJ, Chinot O, Boogerd W et al. Second-line chemotherapy with temozolomide in recurrent oligodendroglioma after PCV (procarbazine, lomustine and vincristine) chemotherapy: EORTC Brain Tumor Group phase II study 26972. *Ann Oncol* 14:599-602, 2003.
102. Van den Bent MJ, Carpentier AF, Brandes AA et al. Adjuvant procarbazine, lomustine, and vincristine improves progression-free survival but not overall survival in newly diagnosed anaplastic oligodendrogliomas and oligoastrocytomas: a randomized European Organisation for Research and Treatment of Cancer phase III trial. *J Clin Oncol* 24:2715-22, 2006.
103. Vecht CJ, Haaxma-reiche H, Noordijk EM et al. Treatment of single brain metastasis: radiotherapy alone or combined with neurosurgery? *Ann Neurol* 33: 583-590, 1993.
104. Walker MD, Alexander E Jr, Hunt WE et al. Evaluation of BCNU and/or radiotherapy in the treatment of anaplastic gliomas: a cooperative clinical trial. *J Neurosurg* 49:333-343, 1978.
105. Wen PY, Marks PW. Medical management of patients with brain tumors. *Curr Opin Oncol* 14: 299-307, 2002.
106. Werner MH, Phuphanich S, Lyman GH. The increasing incidence of malignant gliomas and primary central nervous system lymphoma in the elderly. *Cancer* 76: 1634-1642, 1995.
107. Westphal M, Hilt DC, Bortey E et al. A phase 3 trial of local chemotherapy with biodegradable carmustine (BCNU) wafers (Gliadel wafers) in patients with primary malignant glioma. *Neuro-Oncology* 5: 79-88, 2003.

108. Wong ET, Hess KR, Gleason MJ et al. Outcomes and Prognostic factors in recurrent glioma patients enrolled onto phase II clinical trials. *J Clin Oncol* 17: 2572-2578, 1999.
109. Wood JR, Green SB, Shapiro WR. The prognostic importance of tumor size in malignant gliomas: a computed tomographic scan study by the Brain Tumor Co-operative Group. *J Clin Oncol* 6: 338-343, 1988.
110. World Health Organization classification of tumors. Pathology and Genetics: Tumors of the Nervous system. Edited by Kleihues P & Cavanee WK . IARC press, Lyon (2000).
111. Yung WK, Albright RE, Olson J et al. A phase II study of temozolomide vs. procarbazine in patients with glioblastoma multiforme at first relapse. *Br J Cancer* 83: 588-93, 2000.
112. www.pnlg.it
113. www.nci.gov.cancernet.org