



PSDTA Neoplasie del testicolo

Allegato 3 : chemioterapia nella malattia ricaduta/refrattaria

**A cura del Gruppo di Studio Neoplasie del Testicolo
Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta**

Anno di pubblicazione 2024

ALLEGATO 3

Note di gestione dei pazienti con malattia ricaduta/refrattaria

Per i pazienti con malattia ricaduta o refrattaria dopo la terapia di I linea l'utilizzo di una chemioterapia di salvataggio contenente cisplatino determina remissioni a lungo termine in circa il 50% dei pazienti.

I regimi chemioterapici di riferimento in questo contesto sono quattro cicli di polichemioterapia a 3 farmaci che includano cisplatino e ifosfamide più un terzo farmaco: etoposide (VIP), paclitaxel (TIP) o potenzialmente gemcitabina (GIP). Non esistono trial comparativi tra questi schemi.

Un'analisi retrospettiva dell'International Prognostic Factors Study Group (IPFSG) ha identificato, in base a sette fattori prognostici, cinque differenti gruppi di rischio nei pazienti alla prima ricaduta, con differenze significative in termini di PFS e OS.

	-1	0	1	2	3
Histology	Pure seminoma	Non seminoma	-	-	-
Primary site	-	Gonadal	Extragenital	-	Mediastinal nonseminoma
Prior response	-	CR/PRm-	PRm+/SD	PD	-
PFI, months	-	>3	≤ 3	-	-
AFP salvage	-	Normal	≤1000	>1000	-
HCG salvage	-	≤1000	>1000	-	-
LBB	-	No	Yes	-	-

AFP = alpha-fetoprotein; CR = complete remission; PRm- = partial remission, negative markers; PRm+ = partial remission, positive markers; hCG = human chorionic gonadotrophin; LBB = liver, bone, brain metastases; PD = progressive disease; PFI = progression-free interval; SD = stable disease.

very low-risk = -1 points

low-risk = 0 points

intermediate-risk = 1-2 points

high-risk = 3-4 points

very high-risk > 5 points

Una successiva analisi ha dimostrato un miglioramento del 10-15% della sopravvivenza globale in tutti i sottogruppi prognostici (eccetto nei soggetti a rischio molto basso) quando trattati con terapia di salvataggio ad alte dosi (HDCT) rispetto alla chemioterapia a dose standard.

E' al momento in corso lo studio Tiger, trial randomizzato di HDCT vs chemioterapia standard.

Per i pazienti con recidiva dopo 2 linee di trattamento a dose convenzionale, sarebbe indicato l'utilizzo di HDCT. In tale contesto la prospettiva di guarigione è solo del 20-25%

Attualmente, in assenza di dati derivanti da trial randomizzati, nonché delle potenziali tossicità di un trattamento di HDCT, è fondamentale che i pazienti candidabili al trattamento vengano riferiti a centri con esperienza nell'utilizzo di HDCT o inseriti in trials clinici, laddove disponibili.

Centri che dichiarano la disponibilità alla HDCT

- A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino – S.C. Oncologia 1U