

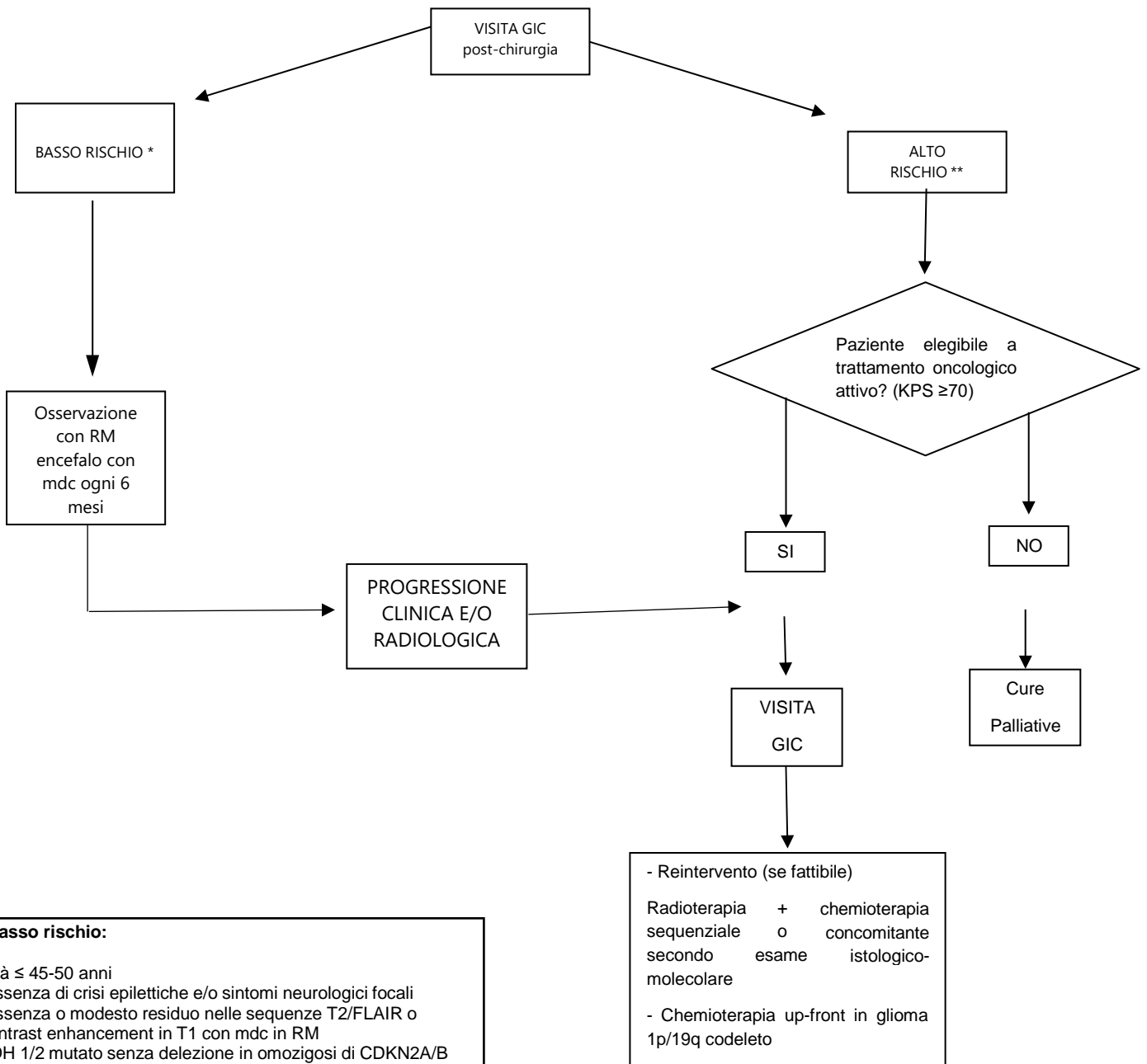


PSDTA Neoplasie Sistema Nervoso Centrale

Allegato 1 : Principali istotipi tumorali

**A cura della Dott.ssa Alessia Pellerino e del Prof. Riccardo Soffietti
Approvato dal Gruppo di Studio Tumori del Sistema nervoso
Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta**

GLIOMI DI BASSO GRADO (GRADO 2 WHO 2021)



*** Basso rischio:**

- età ≤ 45-50 anni
- assenza di crisi epilettiche e/o sintomi neurologici focali
- assenza o modesto residuo nelle sequenze T2/FLAIR o contrast enhancement in T1 con mdc in RM
- IDH 1/2 mutato senza delezione in omozigosi di CDKN2A/B

**** Alto rischio:**

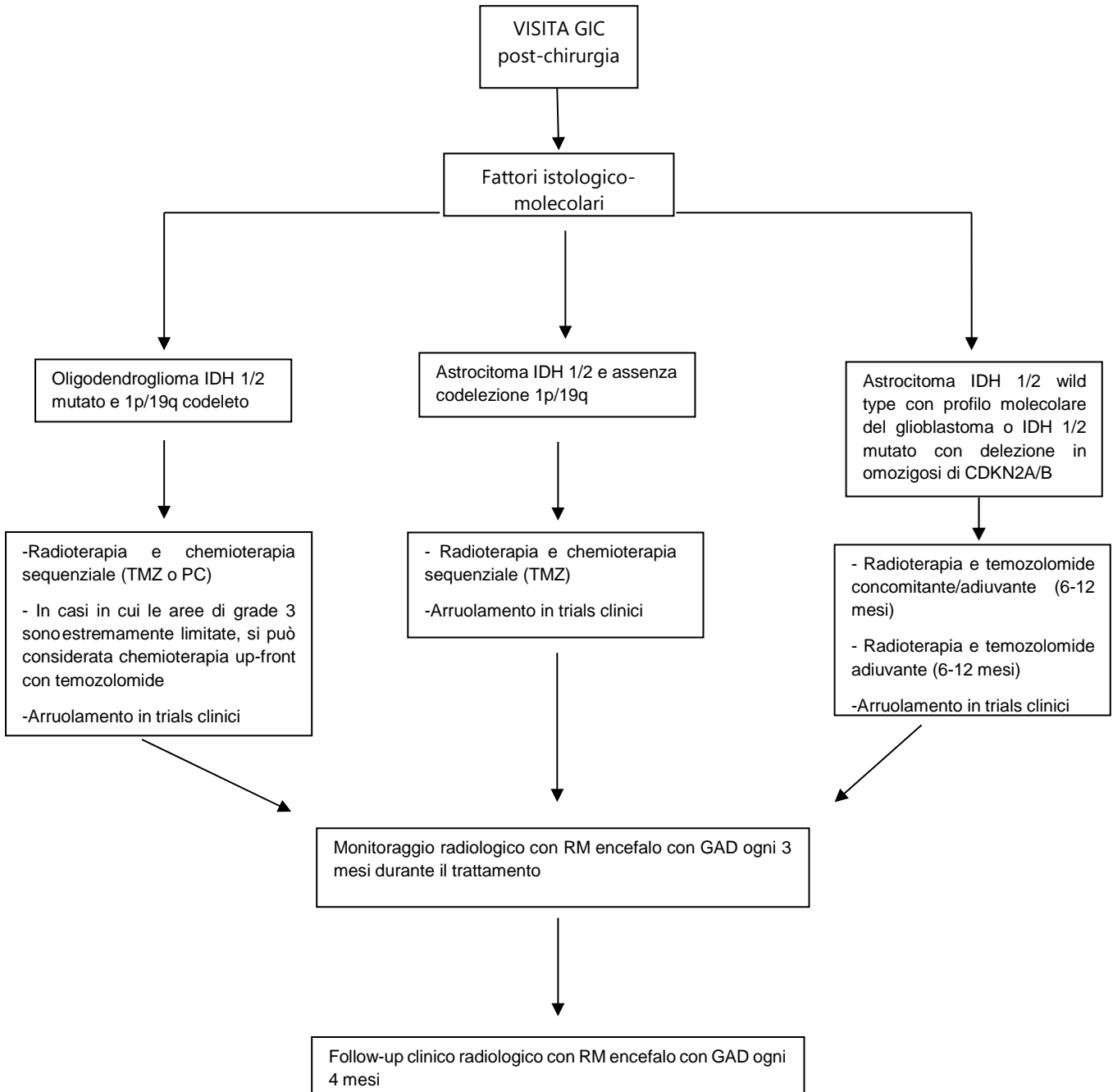
- età > 50 anni
- presenza di crisi epilettiche e/o sintomi neurologici focali
- persistenza di residuo tumorale importante, misurabile, o lenta evolutività (> 4-5 mm/anno) nelle sequenze T2/FLAIR o contrast-enhancement in T1 con mdc in RM
- IDH 1/2 wild type con profilo molecolare del glioblastoma
- IDH 1/2 mutato con delezione in omozigosi di CDKN2A/B

+ Follow up

Basso rischio: controllo clinico-radiologico ogni 6 mesi per i primi 5 anni

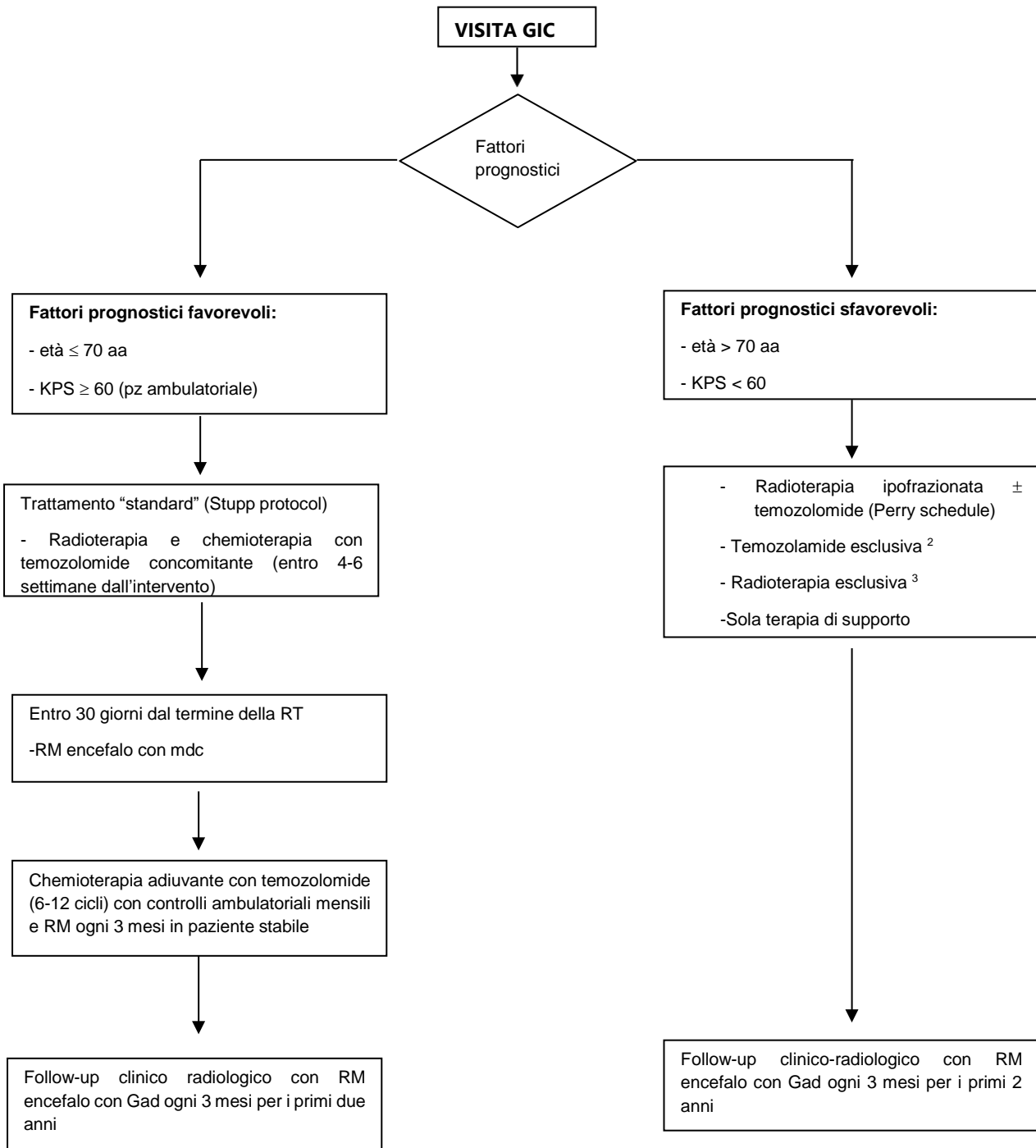
Alto rischio: controllo clinico-radiologico ogni 4 mesi per i primi 5 anni

GLIOMI DI GRADO 3 (WHO 2021)



Se progressione clinica e/o radiologica, valutare in sede di GIC, considerare terapia di salvataggio con regorafenib, fotemustina, bevacizumab (off-label) o arruolamento in trials clinici. In casi selezionati, reintervento e/o reirradiazione

GLIOBLASTOMA (GRADO 4 WHO 2021)



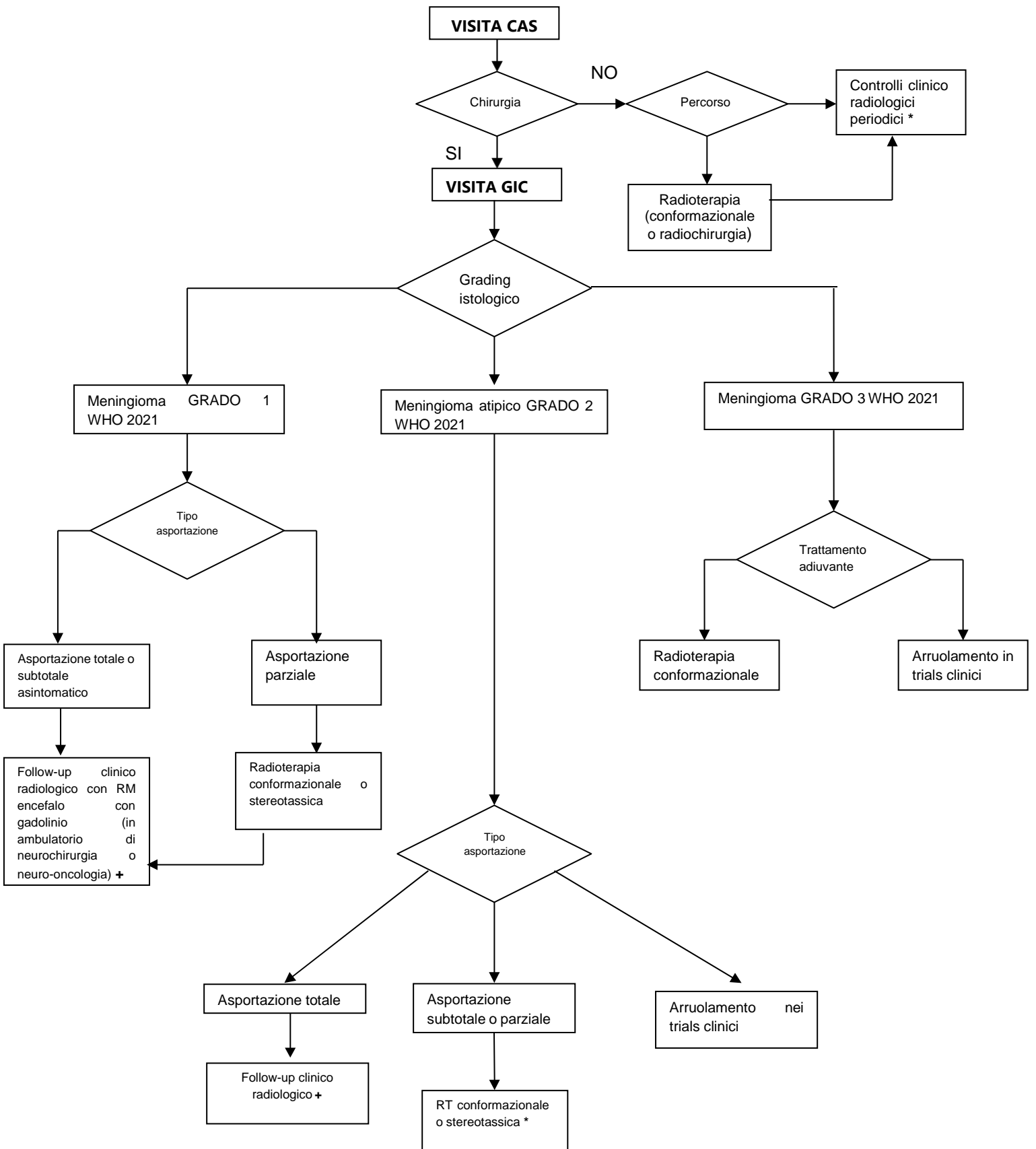
1 Metilazione MGMT in tutti i GBM (entro 30 giorni dalla chirurgia per i pazienti > 70 aa; entro i 3 mesi nei restanti casi)

2 Da considerare nei pazienti con metilazione MGMT elevata

3 Da considerare nei pazienti con MGMT assente o bassa

Se progressione clinica e/o radiologica, considerare terapia di salvataggio con regorafenib, fotemustina, bevacizumab (off-label) o arruolamento in trials clinici. In casi selezionati, reintervento e/o reirradiazione

MENINGIOMI



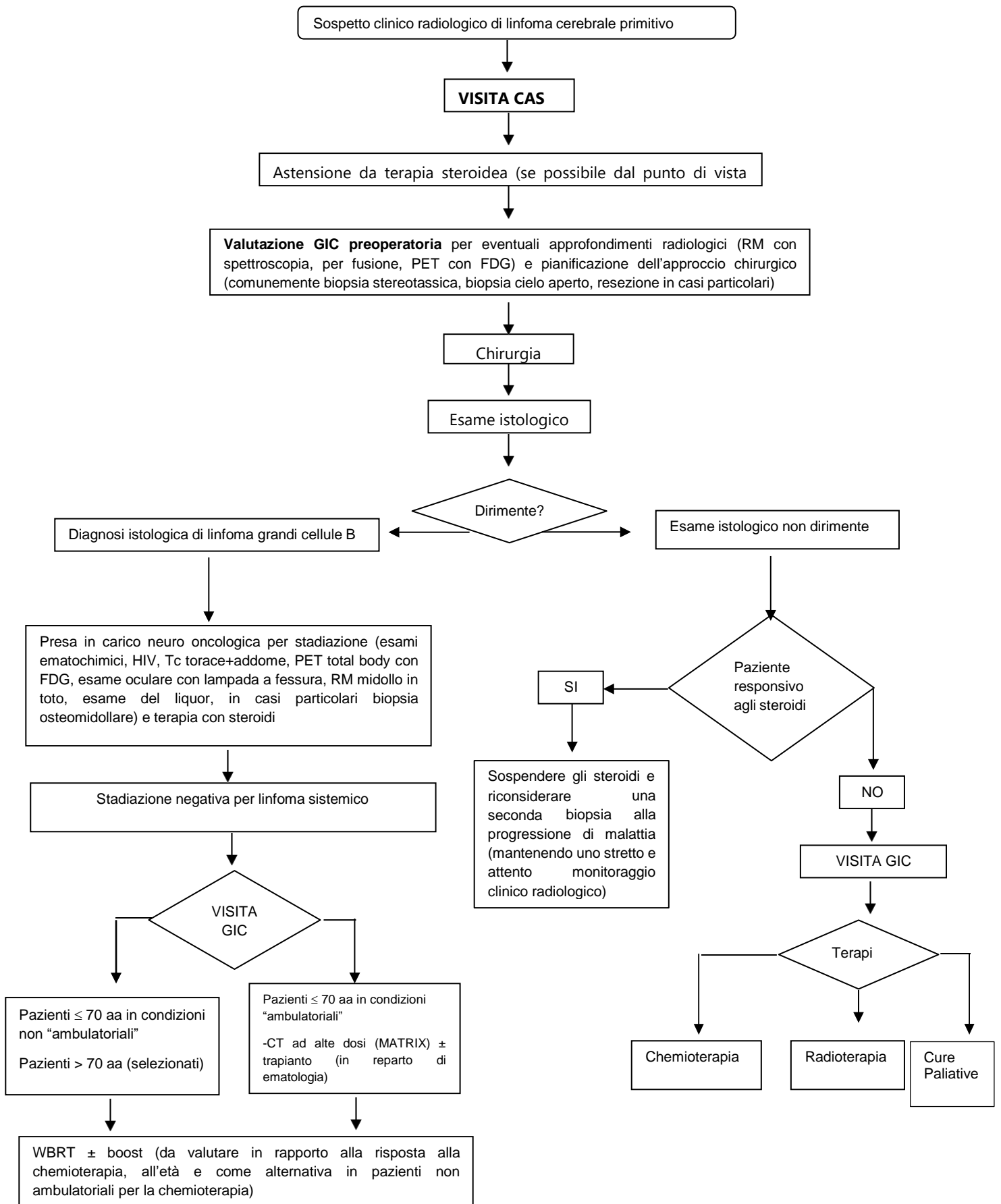
+ in caso di progressione clinica e/o radiologica di malattia, utile valutazione GIC per considerare le opzioni terapeutiche: intervento, irradiazione e/o chemioterapia di salvataggio e/o trials clinici.

* In caso di progressione clinica e/o radiologica di malattia, utile valutazione GIC per considerare le opzioni terapeutiche: intervento, irradiazione e/o trials clinici

+ Follow up

- **Meningioma grado 1 WHO 2021 in assenza di residuo:** al 3° mese dopo chirurgia, ogni 6 mesi per i primi 2 anni, ogni 24 mesi dal 3° al 5° anno, valutare sospensione del follow-up dal 6° anno
- **Meningioma grado 1 WHO 2021 in presenza di residuo:** ogni 4 mesi per il 1° anno, ogni 12 mesi dal 1° al 5° anno, ogni 24 mesi dal 6° al 9° anno, valutare sospensione del follow-up dal 10° anno
- **Meningioma grado 2 WHO 2021:** ogni 3 mesi per il 1° anno, ogni 6 mesi dal 2° al 5° anno, ogni 12 mesi dal 6° anno in poi
- **Meningioma grado 3 WHO 2021:** ogni 3 mesi per i primi 2 anni, ogni 6 mesi dal 3° al 5° anno, ogni 12 mesi dal 6° anno in poi
- **Meningioma asintomatico incidentale:** valutare cinetica di crescita del meningioma nell'arco di 12 mesi; se assenza di evolutività/crescita di malattia, valutare follow up come meningioma di grado 1 in presenza di residuo dal 1° al 5° anno

LINFOMI CEREBRALI PRIMITIVI



METASTASI CEREBRALI

