

Polo Emato-Oncologia-TMO

Direttore

Dr Carlo Dufour

Telefono

Segreteria: +39 (0)10 56363528

Fax

+39 (0)10 56362714

E-mail

carlodufour@gaslini.org

UOC Ematologia

Direttore Carlo Dufour

UOC Laboratorio Cellule Staminali e Terapie Cellulari

Direttore ff Dr. Marina Podestà

UOC Malattie Infettive

Direttore Dr. Elio Castagnola

UOC Oncologia

Direttore Dr. Alberto Garaventa

UOSD Assistenza Domiciliare

Direttore Dr. Sandro Dallorso

UOSD Emostasi e Trombosi

Direttore Dr. Angelo Claudio Molinari

UOSD Neuroncologia

Direttore Dr. Maria Luisa Garrè

UOSD Trapianto Midollo Osseo

Direttore Dr. Edoardo Lanino



**European
Reference
Network**

for rare or low prevalence
complex diseases



Network

Hematological
Diseases (ERN EuroBloodNet)

Genova, 21 aprile 2020

**Oggetto: GESTIONE DEI BAMBINI AFFETTI DA
TUMORE SOLIDO E LINFOMA DURANTE LA
PANDEMIA COVID-19**

Introduzione:

La pandemia causata da SARS-CoV-2 (COVID-19) ha in parte modificato l'approccio assistenziale del bambino affetto da tumore solido o linfoma. Allo stato attuale, l'impatto che questo virus può avere sulla popolazione pediatrica e la gestione dei bambini affetti da cancro rimane poco chiaro e scarsamente documentato. Finora, pochissimi report descrivono l'impatto di COVID-19 sulla popolazione pediatrica.

Una recente revisione della letteratura suggerisce che i bambini rappresentino meno del 5% dei casi diagnosticati di COVID-19 e che spesso abbiano una malattia più lieve rispetto agli adulti (1). Una descrizione dell'esperienza italiana in un centro oncologico pediatrico in Lombardia, in fase di pubblicazione, documenta cinque casi positivi in

pazienti affetti da cancro infantile, tutti con un decorso lieve e sopravvissuti. Tre sono stati gestiti a casa, due in ospedale (4).

Al momento non è stato descritto alcun caso di infezione da COVID-19 in bambini affetti da tumore solido o linfoma.

Dall'esperienza dei pazienti adulti affetti da cancro emerge che sono più suscettibili alle infezioni rispetto agli individui senza cancro, poiché il tumore stesso e la terapia antitumorale provocano uno stato di immunosoppressione (2).

In uno studio retrospettivo condotto durante la pandemia del virus dell'influenza A (H1N1) del 2009, la popolazione di pazienti adulti affetti da cancro ha presentato una maggiore incidenza di polmonite (66%) e mortalità a 30 giorni (18,5%) rispetto alla popolazione generale (3).

Le raccomandazioni sulla gestione dei bambini con cancro durante questa pandemia sono le seguenti:

- Isolamento per tutti i bambini con cancro che sono attualmente sottoposti a trattamento. Ciò include lo stare a casa tra un ciclo di chemioterapia e l'altro e il ricovero in camera singola durante la degenza.
- le visite ambulatoriali di follow-up sono sospese e limitate ai pazienti in trattamento o a reali situazioni di urgenza.
- tutti i pazienti con sintomi indicativi dell'infezione sono sottoposti al tampone.
- limitare l'accesso al reparto di oncologia pediatrica e al day Hospital a un solo genitore.
- Promuovere, rispettare e applicare le regole di distanza di circa 1 metro tra gli individui e nessun raggruppamento.
- L'uso di adeguati dispositivi di protezione individuale (DPI) da parte del personale sanitario per l'assistenza sicura dei pazienti nell'unità di oncologia pediatrica e per ridurre i rischi di trasmissione.

Raccomandazioni durante il trattamento antitumorale dei bambini con cancro

Rinforzare le raccomandazioni di rispetto delle norme igieniche nei familiari e nel personale in assistenza.

Porre particolare attenzione alle condizioni generali ed ematologiche del paziente prima di iniziare un trattamento sia esso chemioterapico, chirurgico o radioterapico.

Porre particolare attenzione agli spostamenti presso ospedali dell'adulto per esami o trattamenti.

Per quanto riguarda la gestione generale dei pazienti, non vi è motivo di interrompere le attività quotidiane assistenziali nell' unità di oncologia pediatrica. Non è noto se i pazienti sottoposti a trattamento debbano avere un trattamento modificato, potrebbe sembrare prudente posticipare i trattamenti ad alta intensità ove possibile ma questo deve essere attentamente valutato in termini di controllo della malattia .

In accordo alle esperienze internazionali possiamo seguire la seguente strategia per il trattamento (5):

Chemioterapia: per i bambini senza sintomi respiratori, la chemioterapia deve essere eseguita dopo una valutazione dettagliata del rischio.

Per i bambini con sintomi respiratori anche lievi, bisogna accertarsi della negatività dell'infezione da COVID-19 prima di iniziare il trattamento.

Si raccomanda ove possibile di eseguire il ciclo di chemioterapia presso l'ospedale locale, per ridurre la migrazione tra regioni.

Immunoterapia: particolare attenzione va posta in pazienti pediatrici trattati con gli inibitori del checkpoint immunitario e nei pazienti affetti da neuroblastoma, durante il trattamento con anti GD2. Gli inibitori del checkpoint immunitario e l'anticorpo anti GD2 possono indurre un incremento dell'autoimmunità e del rilascio di citochine con conseguente polmonite autoimmune e sindrome da perdita capillare (CLS).

Radioterapia: l'effetto della radioterapia sulla funzione immunitaria è relativamente inferiore alla chemioterapia; pertanto, è ragionevole continuare la radioterapia secondo il piano di trattamento.

Chirurgia :porre particolare attenzione prima ,durante e dopo gli interventi chirurgici. Questi costituiscono spesso momenti di particolare “fragilità” del sistema respiratorio e immunitario e il rischio ambientale è più elevato di quello di un reparto di oncologia medica.

Follow-up: per i pazienti che necessitano di un follow-up regolare dopo un trattamento o un intervento chirurgico oncologico, si raccomanda di ritardare il tempo di controllo se non ci sono particolari situazioni di rischio o disagi o se possibile può essere fatto nell'ospedale più vicino. Se i risultati dell'esame sono anormali, contattare l'oncologo per discutere un piano di follow-up.

Bibliografia:

1. Ludvigsson JF. Systematic review of COVID-19 in children shows milder cases and a better prognosis than adults. *Acta Paediatr.* 2020 Mar 23.
2. Liang W, Guan W, Chen R et al. Cancer patients in SARS-CoV-2 infection: A nationwide analysis in China. *Lancet Oncol* 2020;21:335–337.
3. Dignani MC, Costantini P, Salgueira C et al. Pandemic 2009 influenza A (H1N1) virus infection in cancer and hematopoietic stem cell transplant recipients; a multicenter observational study. *F1000Res* 2014;3:221.
4. Balduzzi A, Brivio E, Rovelli A, Rizzari C, Gasperini S, Melzi ML, Conter V, Biondi A. Lessons after the early management of the COVID-19 outbreak in a paediatric transplant and haemato-oncology centre embedded within a COVID-19 dedicated hospital in Lombardia, Italy. *Bone Marrow Transplantation.* 2020 (in press)
5. Yang C, Li C, Wang S; National Clinical Research Center for Child Health and Disorders and Children's Oncology Committee of Chinese Research Hospital Association. Clinical strategies for treating pediatric cancer during the outbreak of 2019 novel coronavirus infection. *Pediatr Blood Cancer.* 2020 May;67(5):e28248. doi: 10.1002/pbc.28248. Epub 2020 Mar 8. PubMed PMID: 32147944.