

Dott.ssa Carmen Valese

*Risposta positiva di due sarcomi alla Multiterapia Di Bella*

Ringrazio il Dott. Giuseppe Di Bella per avermi invitato a questo convegno che è sempre interessante, non solo per la natura degli argomenti che vengono trattati ma anche perché, in queste occasioni, noi medici che siamo sul campo e quindi affrontiamo quotidianamente i problemi dei pazienti neoplastici che scelgono di curarsi con il Metodo Di Bella, siamo un pochino dei medici speciali, di solito messi da parte dalla medicina tradizionale e quindi abbiamo la doppia responsabilità: di seguire non solo dei malati, come è nostro dovere in quanto medici, ma anche di caricarci di quella responsabilità legata al fatto che proponiamo un sistema di cura che il Sistema Sanitario Nazionale non ha ancora accettato. Quindi in queste occasioni almeno abbiamo modo di scambiarci le nostre impressioni, le nostre difficoltà e perplessità che non mancano in questo lavoro piuttosto difficile.

I due casi che ho selezionato per stasera sono significativi in quanto sono la testimonianza di come la terapia ufficiale non solo non sia riuscita nell'intento di risolvere il problema clinico, ma addirittura ci sia stato un accanimento laddove, per uno dei due pazienti, c'era una recidiva costante della malattia e dal momento in cui invece si è optato per un sistema di cura diverso questi problemi sono nettamente finiti.

I casi sono: un sarcoma osseo a cellule fusate di IV grado, quindi un fibrosarcoma e un sarcoma di Ewing.

Il primo caso riguarda un paziente attualmente di 55 anni di sesso maschile che ha un'anamnesi remota, nel lontano '85, di fibroma osseo di tipo osteolitico al femore sinistro che fu trattato con terapie non ben precisate. Dopo 12 anni ricompare la lesione osteolitica al terzo distale del femore, trattata con innesti ossei, che vengono poi successivamente complicati da fratture. Quindi la diagnosi istologica successiva è stata di "lesione fibroxantomatosa in fase di trasformazione maligna" e il quadro clinico è stato caratterizzato da disturbi funzionali e algici all'arto. Nel '98 il paziente si ricovera presso l'Istituto Rizzoli di Bologna, dove viene finalmente fatta la diagnosi definitiva di "sarcoma a cellule fusate dell'osso di IV grado", quindi parliamo di una forma molto avanzata ed aggressiva. La TAC total body eseguita nello stesso periodo mostra anche una lesione polmonare al segmento inferiore della lingua, quindi viene subito proposto il trattamento chirurgico con una resezione seguita da un impianto di protesi di Kotz e viene proposta la terapia farmacologica a base di chemioterapia.

In effetti il fibrosarcoma osseo è un tumore più raro dell'osteosarcoma. Il picco di incidenza è alla quarta decade di vita, l'eziopatogenesi è a volte indotta da una malattia di Paget, da una displasia fibrosa, da una pregressa terapia radiante. La distribuzione è in genere al ginocchio nel 50% dei casi e può essere di due forme cliniche: I e II grado, a basso grado di malignità e con un'evoluzione lenta, e poi un III e IV grado che invece è un alto grado di malignità, con un'evoluzione molto più rapida, com'era appunto il caso di questo paziente. La terapia di elezione solitamente seguita è la chirurgica nelle forme di I e II grado, che a volte trova

risoluzione con l'intervento stesso; nelle altre due forme più avanzate si associa la chirurgia con la chemioterapia con adriamicina e lifosfamide, cioè la terapia che di solito si impiega per l'osteosarcoma. Nel caso del paziente in questione viene rifiutata la chemioterapia per ideologie religiose - il paziente è Testimone di Geova - quindi per il timore di dover ricorrere a trasfusioni di sangue rifiuta la terapia tradizionale e nel '98 sposa la terapia Di Bella, che prevede la miscela ai retinoidi, l'atiten, l'endoxan, il dostinex, la melatonina, la somatostatina, l'acido ascorbico ed il calcio.

Quali sono i risultati? Non ho molte immagini in quanto il paziente, avendo avuto successo con questa terapia, ha dovuto fare un ricorso legale, quindi tutto il materiale clinico è depositato al Tribunale perché dev'essere esaminato.

La TAC total body, da dicembre a gennaio '99, quindi tutto l'anno successivo all'inizio della terapia, ha mostrato una scomparsa della lesione polmonare e una normalità di tutti gli altri distretti corporei, quindi la terapia Di Bella è stata confermata ed eseguita in maniera imm modificata. Il paziente si è sottoposto a dei controlli crociati fra l'Istituto Rizzoli e quelli privati da me proposti, quindi dal 2000 al 2003 la situazione era sempre assolutamente tranquilla. Le TAC, total body e dell'arto inferiore sinistro, erano sempre negative per ripresa di malattia, il quadro clinico soddisfacente, con un buon recupero funzionale dell'arto e scomparsa della sintomatologia algica. Quindi la terapia Di Bella, riallacciandomi ad un collega che poco fa diceva appunto che non è standard ma va modificata secondo l'andamento clinico della malattia, lo è stato anche per questo paziente: nel 2000 è stata sostituita la bromocriptina con la cabergolina; nel 2001 la somatostatina, visto che la situazione clinica dopo quattro anni era buona, non c'erano recidive, è stata somministrata per i primi sei mesi a giorni alterni, poi due volte a settimana per gli altri sei mesi e la ciclofosfamide a giorni alterni. Dal 2002 fino ai primi del 2003 la somatostatina è stata somministrata addirittura una sola volta la settimana e sono stati sospesi gli altri farmaci eccetto la melatonina e i retinoidi; nel 2003 però il paziente ha un trauma all'arto inferiore sinistro, con una frattura scomposta che impegna la metadiafisi prossimale, la tibia, il perone, una frattura trimalleolare tibio-tarsica proprio nell'arto già colpito dal fibrosarcoma. La TAC successiva al trauma mostra un nuovo nodulo all'apice polmonare di sinistra e quindi dei linfonodi inguinali di 3 cm. A questo punto viene riproposta una terapia chirurgica, il paziente viene rioperato, un intervento molto più ampio e la cura Di Bella riprende con la somatostatina, però ancora a giorni alterni.

Nei controlli successivi nel 2004, la TAC si negativizza, quindi si evidenzia di nuovo la scomparsa della lesione polmonare, ma purtroppo subentra un nuovo trauma, il paziente si rifrattura l'arto e quindi, come già verificatosi per gli eventi traumatici precedenti, anche questa volta compare una recidiva, ed il paziente deve amputare la coscia. A questo punto la terapia Di Bella riprende a dosaggi pieni e nel 2005 il paziente localmente sta bene, le condizioni cliniche sono ottime e gli esami di laboratorio nella norma. Per quanto riguarda le TAC, da giugno (fig.1) a settembre (fig.2) del 2005, mostrano una stazionarietà di quella

lesione polmonare che era già presente dall'anno precedente. Tutti gli altri distretti corporei sono indenni. Anche l'ultima TAC total body di marzo 2006 è sovrapponibile alle precedenti.

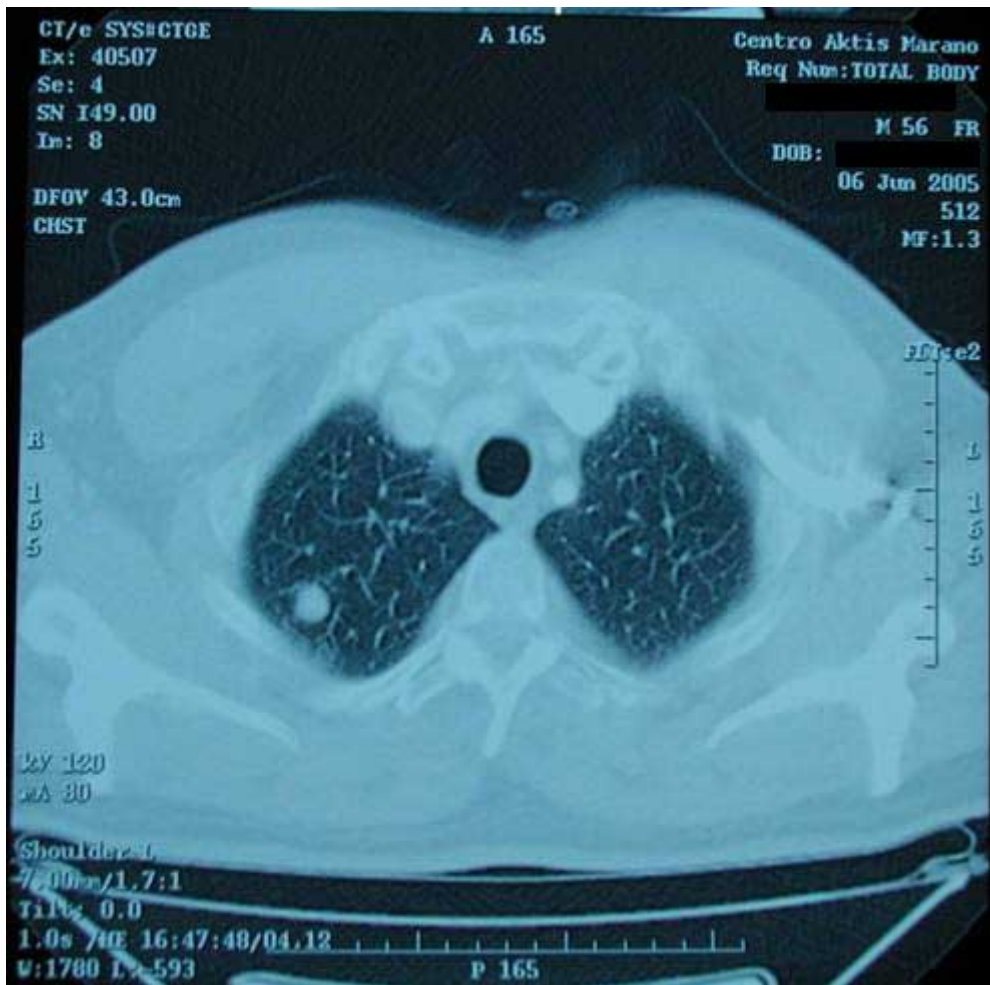


Fig. 1

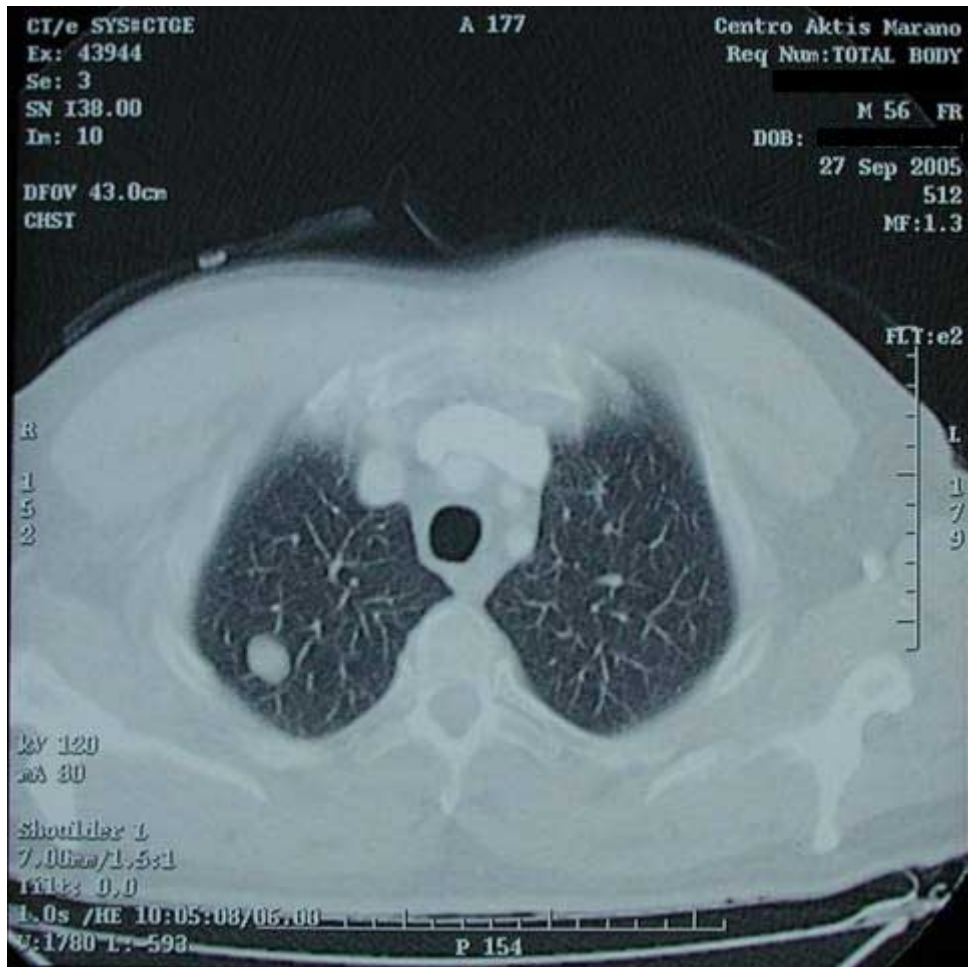


Fig. 2

Le conclusioni sono abbastanza evidenti. La terapia Di Bella si è dimostrata efficace malgrado le vicissitudini traumatiche subite, avendo anche limitato e contenuto il danno a una recidiva solo locale, quindi la malattia non ha coinvolto altri distretti. Di fronte alla insistenza di presidi terapeutici ufficiali efficaci per il fibrosarcoma osseo di IV grado, dopo 7 anni di malattia si può considerare che il protocollo Di Bella sia l'unico responsabile del risultato ottenuto.

Il secondo caso invece riguarda un paziente attualmente di 34 anni di sesso maschile che nel maggio '96 ha subito l'asportazione di una formazione nodulare intradermica al dorso del piede e la diagnosi istologica è stata di "sarcoma epidermoide di Ewing". È stata subito impostata una terapia di tipo chemioterapico di prima linea con epirubicina e fosfamide. Nel giugno '99, dopo tre anni quindi di terapia completa, il paziente ripete un follow up e alla TAC risulta questo quadro (figg.3 e 4), cioè una ripresa di malattia con impegno polmonare bilaterale, soprattutto a carico del polmone destro, per cui viene riproposta una terapia con epirubicina e fosfamide.



Fig. 3

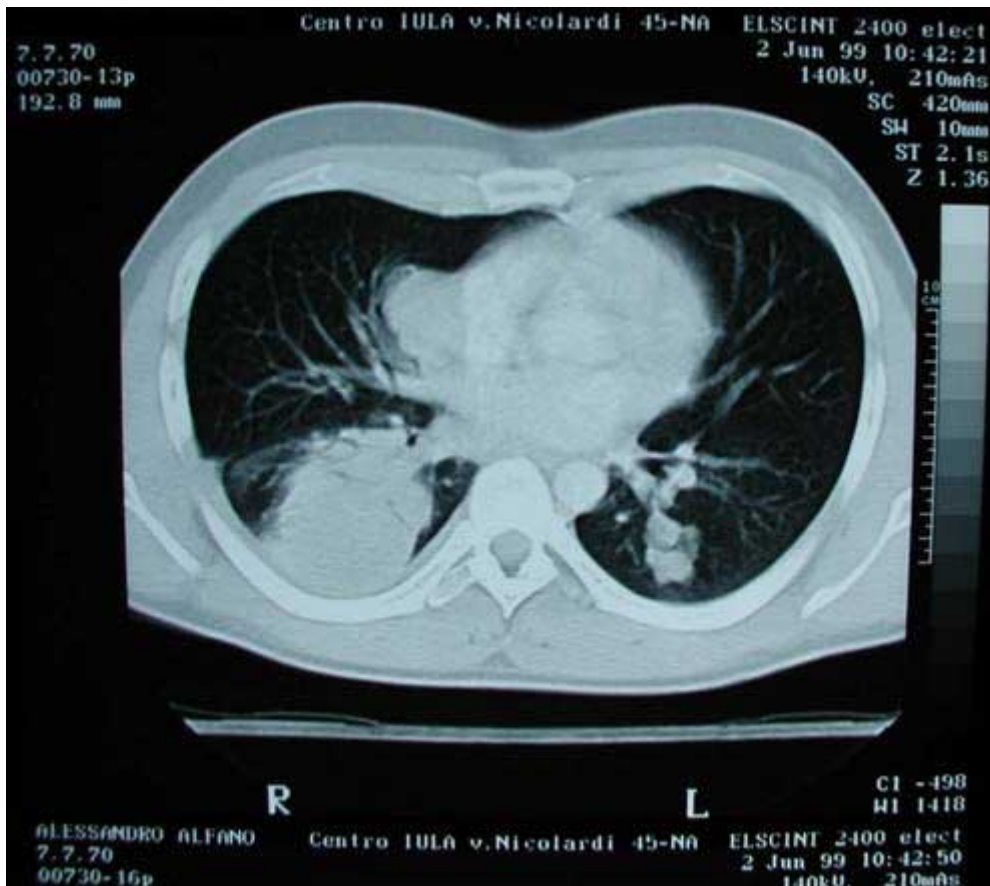


Fig. 4



Nel settembre, due mesi dopo, le lesioni si sono lievemente ridotte (figg.5 e 6) per cui viene proposta la terapia chirurgica con una resezione atipica delle lesioni polmonari e una pleuroscopia nel lato di sinistra.

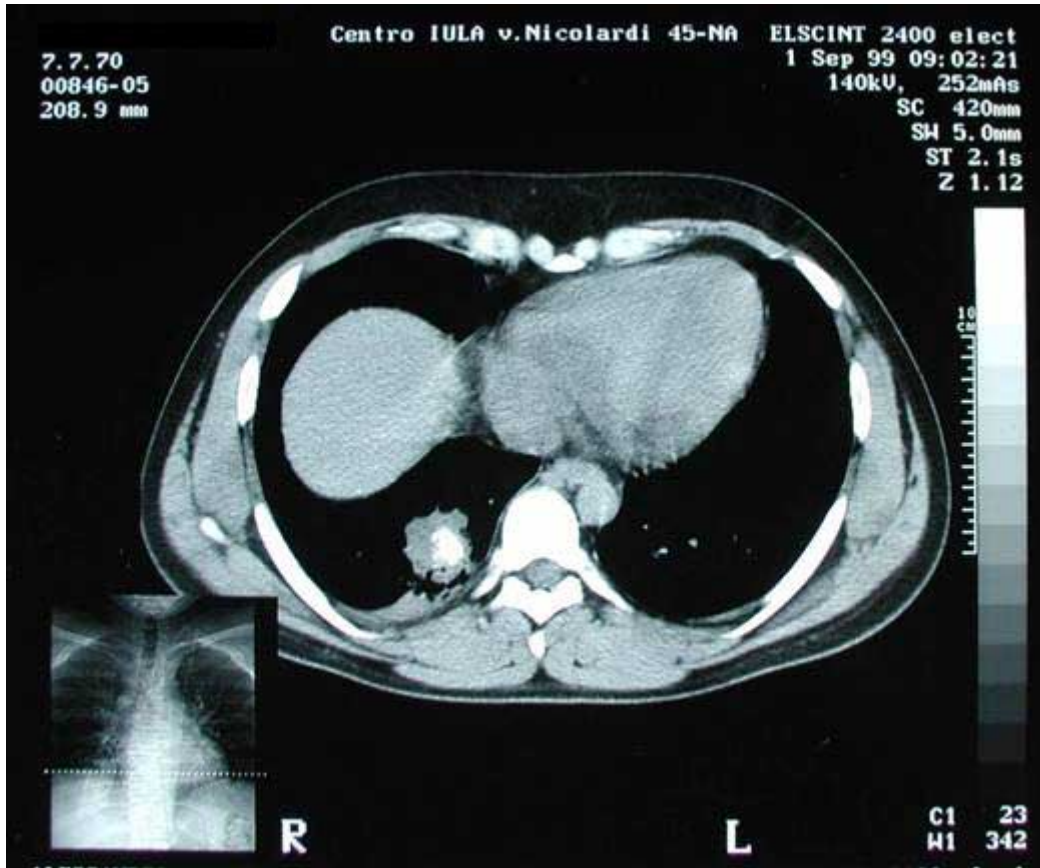


Fig. 5

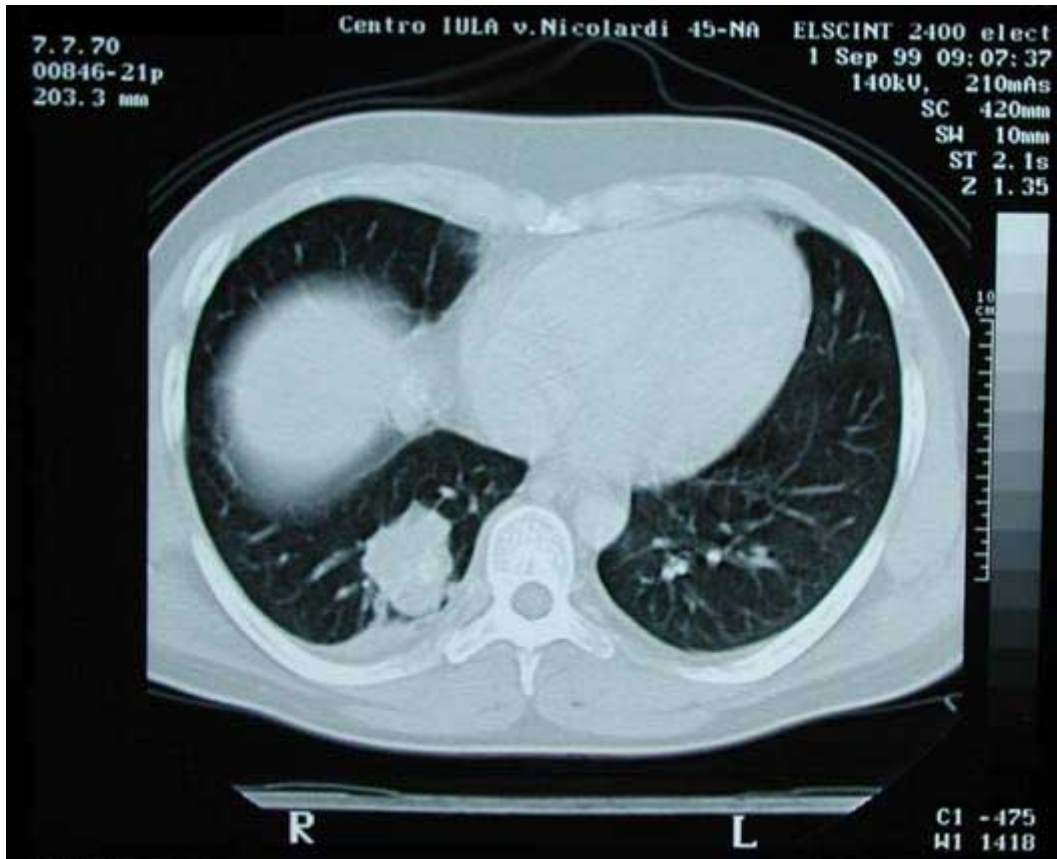


Fig. 6

A novembre, dopo altri due mesi, permane la lesione al lobo inferiore sinistro (fig.7), viene suggerita una ulteriore terapia chirurgica di segmentectomia apicale inferiore sinistra.

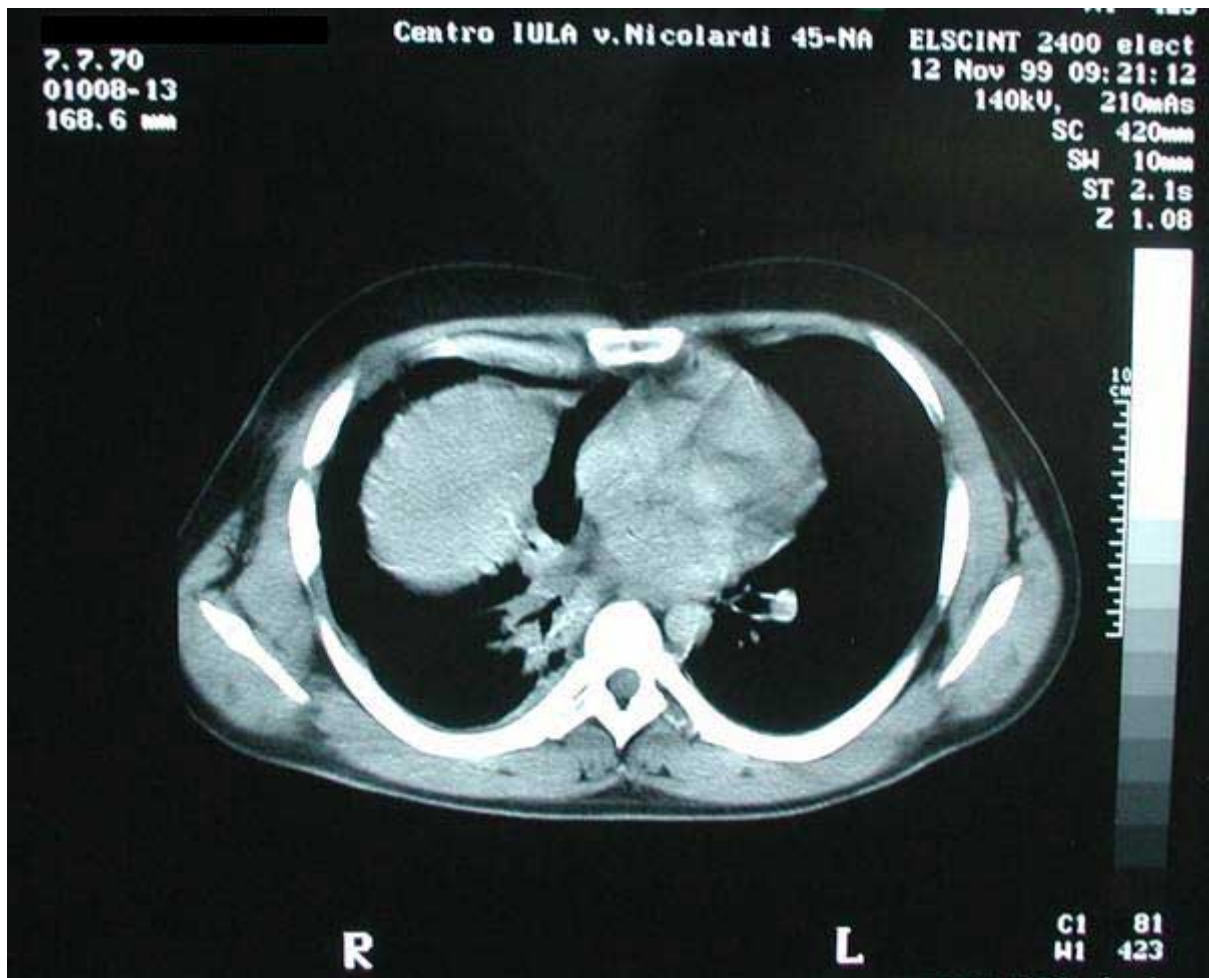


Fig. 7

Questo paziente è stato tartassato dalle chemio e dagli interventi chirurgici. A ottobre 2000, malgrado tutto, ricompare una recidiva al lobo superiore sinistro (figg.8 e 9) con un versamento pleurico per cui viene proposta una chemioterapia e si procede alla raccolta delle cellule staminali per l'autotrapianto.





Fig. 8

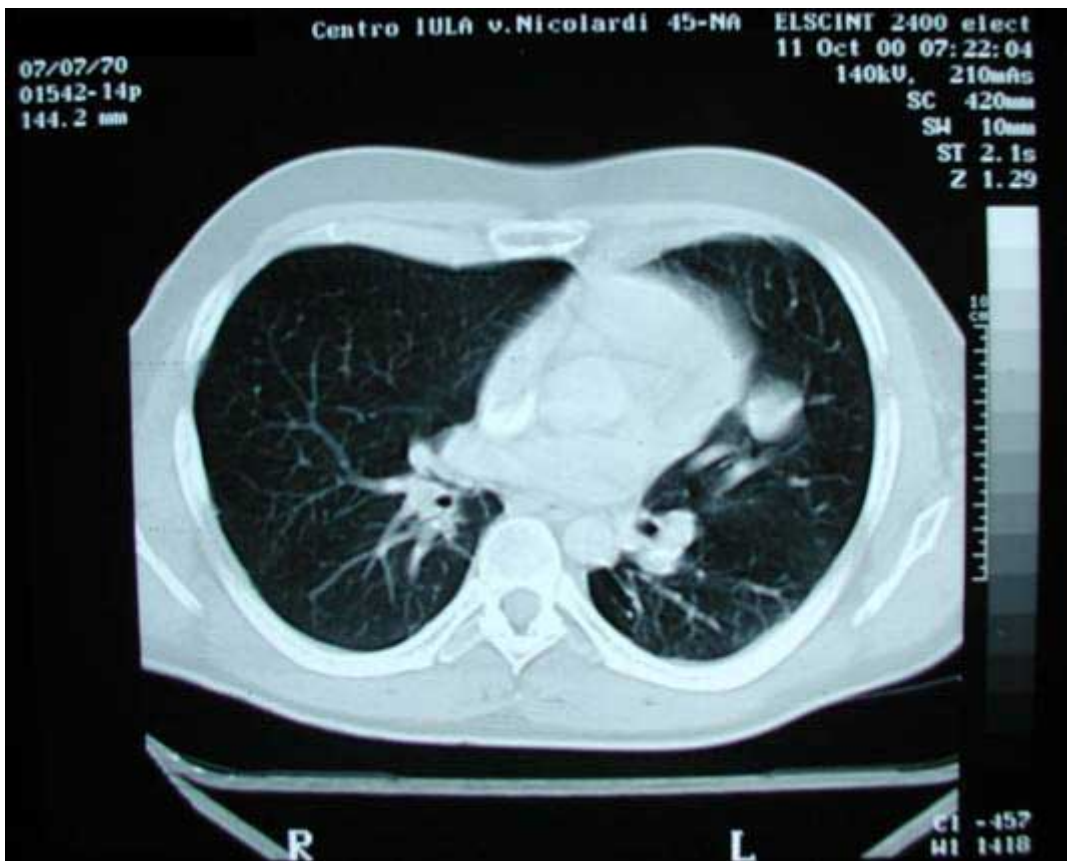


Fig. 9

A novembre la recidiva è aumentata di volume in regione paracardiaca e nella regione lingulare (figg.10 e 11), per cui si passa al programma antitumorale (oncobusulfano e Alkeran), vengono reinfuse le cellule staminali periferiche, il paziente viene trasferito, come di norma, in camera a bassa carica microbica, con tutti le conseguenze e gli effetti collaterali che questo comporta: febbre, neutropenia, mucosite, quindi nutrizione parenterale, piastrinopenia, il paziente riceve ben sei trasfusioni di concentrati piastrinici.



Fig. 10

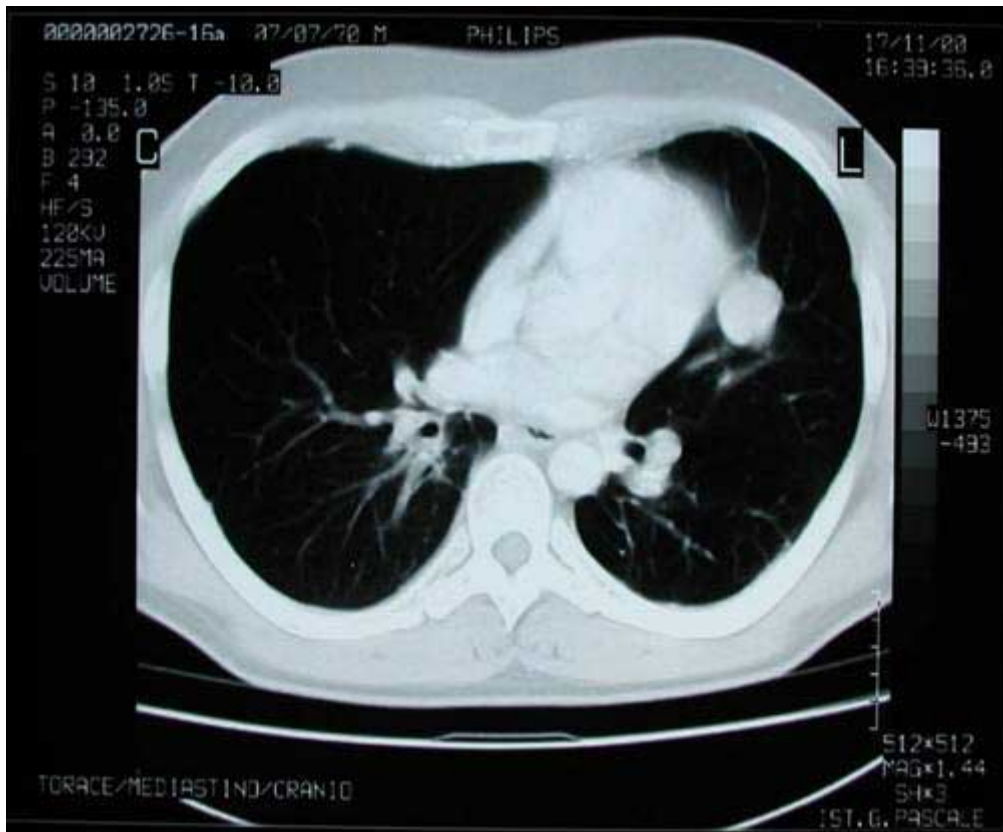


Fig. 11

Nel 2001, malgrado tutto, la lesione permane, di conseguenza viene fatto un altro intervento chirurgico e una radioterapia iperfrazionata su entrambi i campi polmonari.

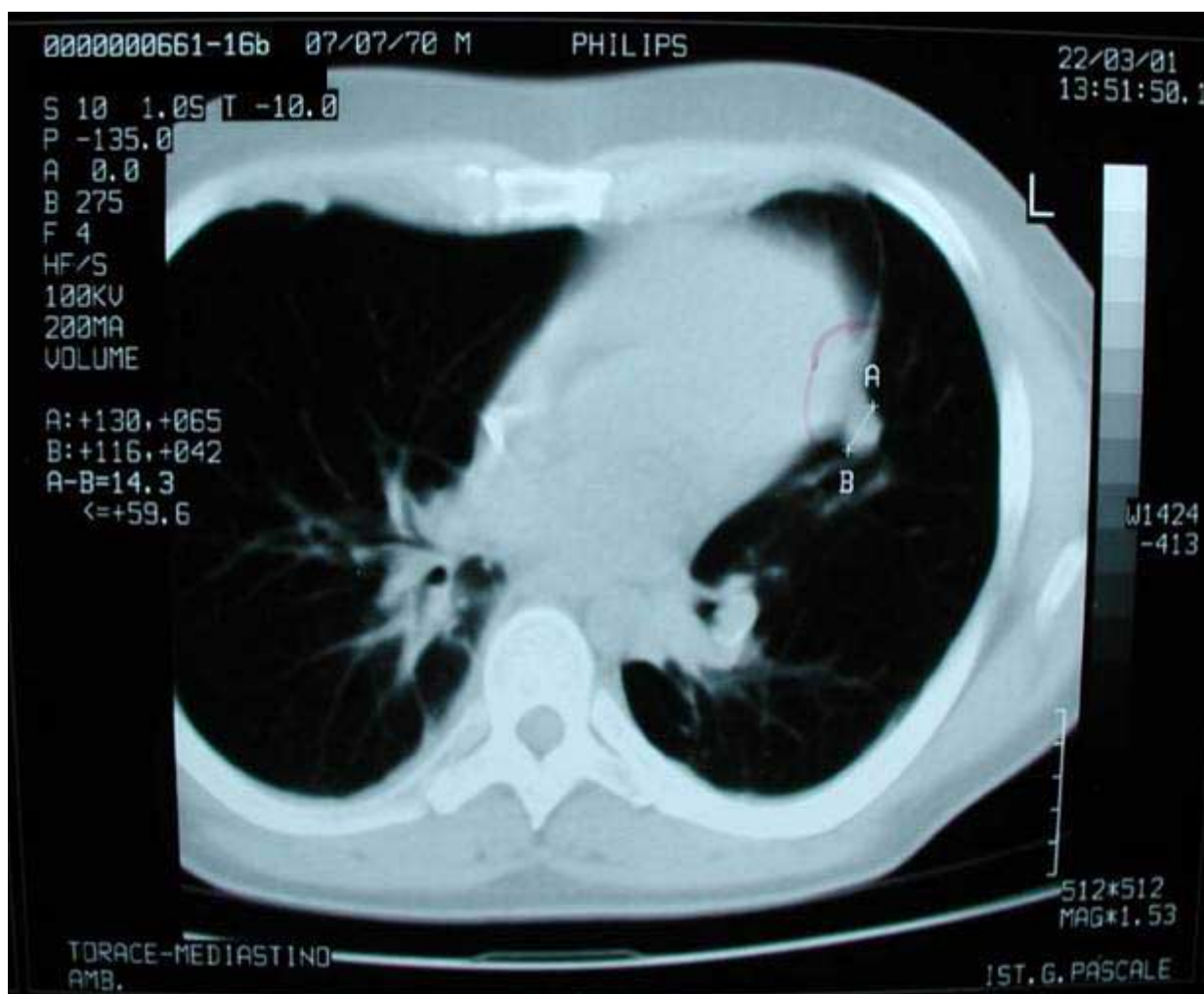


Fig. 12

Quindi il paziente è stato veramente subissato. Di conseguenza, nel luglio 2001 decide di cambiare strada e di intraprendere la terapia Di Bella. Lo schema terapeutico è sempre quello, cambiando ovviamente le posologie. La TAC di febbraio 2002 (figg.13 e 14), dopo sei mesi, non mostra nessuna recidiva locale e da febbraio ad oggi, semestralmente, il paziente ha sempre eseguito delle TAC total body che sono risultate sempre negative.



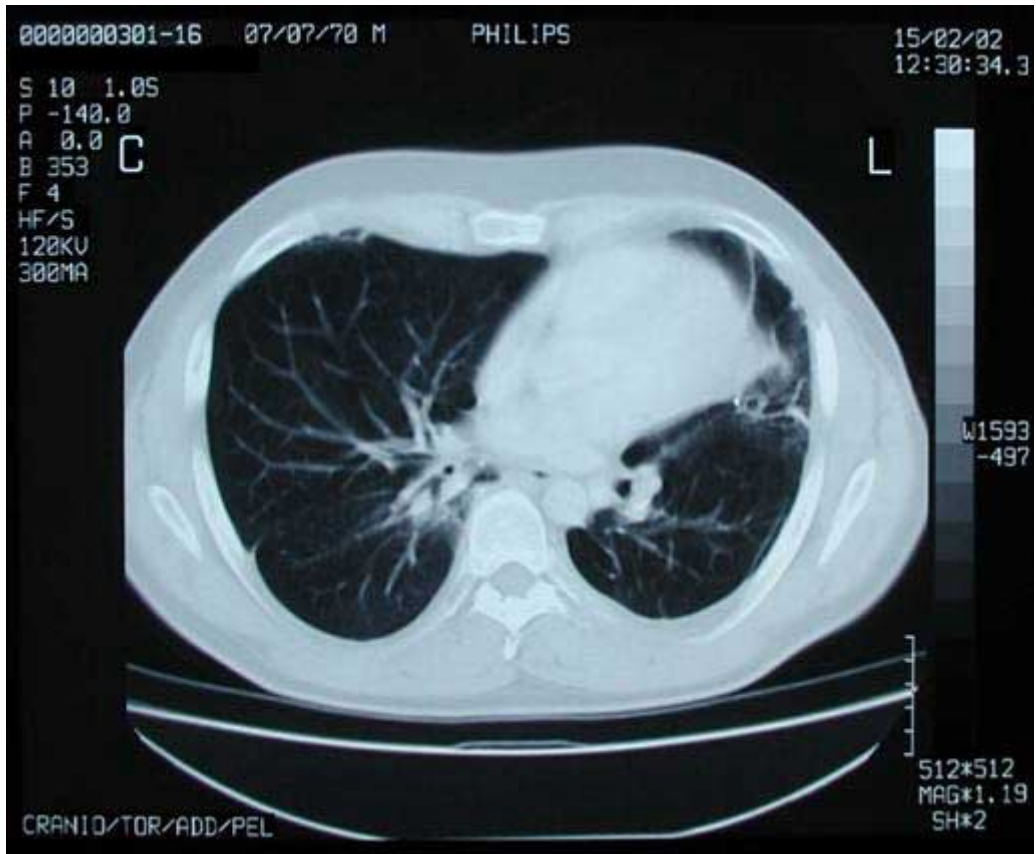


Fig. 13

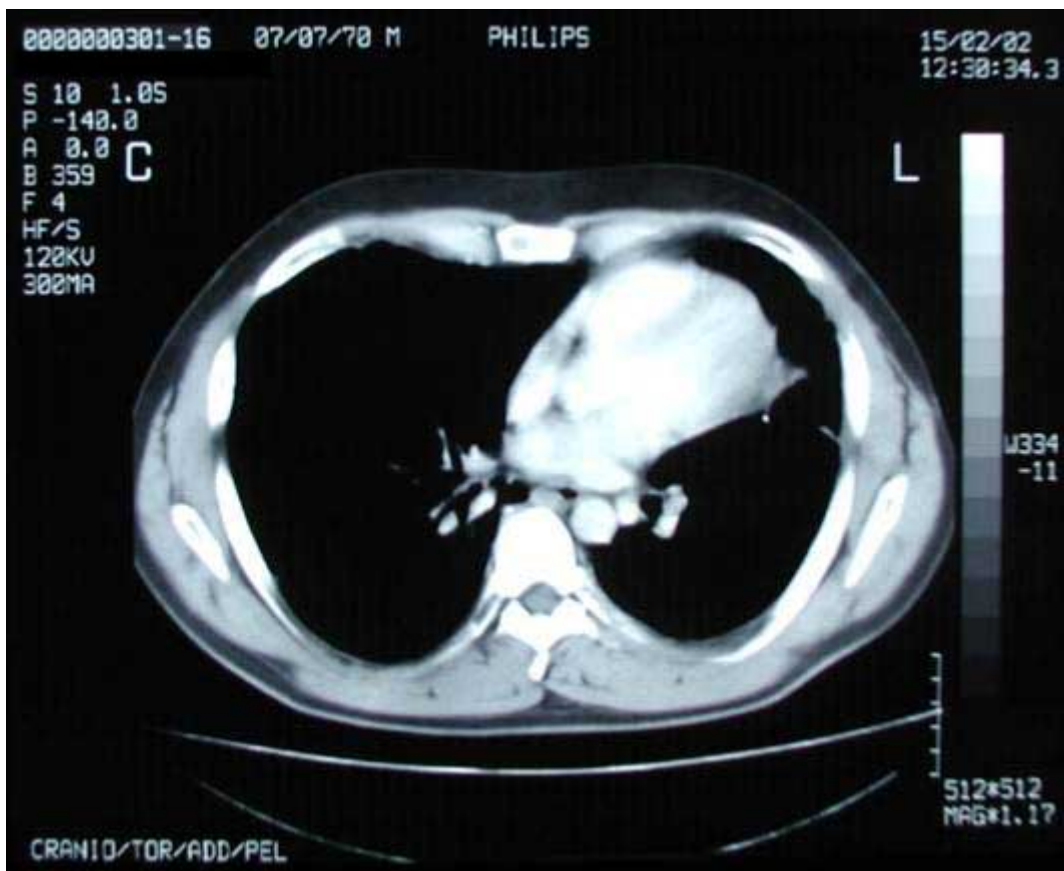


Fig. 14



Infatti l'ultima di marzo 2005 mostra ancora i campi polmonari puliti e anche gli altri distretti sono assolutamente negativi.



Fig. 15



Fig. 16

Dall'inizio quindi della terapia Di Bella nel luglio 2001 il paziente non ha più presentato recidive, le condizioni cliniche sono andate migliorando, attualmente gode di buona salute, la vita di relazione è migliorata, da due anni si è anche sposato, continua una terapia di mantenimento con la miscela ai retinoidi, la melatonina, la vitamina C e la somatostatina a dosi veramente ridotte.

Anche questo paziente ha fatto ovviamente ricorso al T.A.R. per avere diritto ai farmaci della terapia gratuitamente, l'esito è stato favorevole per cui abbiamo concluso in maniera positiva anche in questo senso.

Io ho finito, penso che sia più che soddisfacente il risultato.