

che in lesioni > 30 mm); 3) ripetibile nel caso di persistenza di malattia o di recidiva; 4) utilizzabile contestualmente anche su lesioni secondarie. Un follow-up più maturo è necessario per definire l'efficacia oncologica a lungo termine.

Messaggio conclusivo:

La TE e la RN per RCC pT1a e pT1b hanno conferito gli stessi risultati oncologici in una larga casistica retrospettiva con lungo follow-up.

C15

COMPARAZIONE TRA DIVERSI SISTEMI PROGNOSTICI EGRATI PREDITIVI DELLA SOPRAVVIVENZA CAUSA-SPECIFICA NEI PAZIENTI SOTTOPOSTI A TRATTAMENTO CHIRURGICO PER CARCINOMA RENALE PARENCHIMALE

V. Ficarra, G. Novara, W. Artibani, S. Serni, G. Morgia, A. Minervini, M. Carini, A. Simonato, N. Longo, C. Imbimbo, V. Mirone, C. Terrone, D. Fontana, F. Zattoni, P. Gontero, R. Bertini, P. Karakiewicz, F. Montorsi, O. de Cobelli, F. Rocco, G. Carmignani (Padova)

Scopo del lavoro:

Obiettivo del presente lavoro è stato quello di confrontare l'accuratezza diagnostica dei 3 principali sistemi prognostici (UCLA Integrated Staging System [UISS], lo Stage, Size, Grade and Necrosis [SSIGN] score ed il nomogramma di Karakiewicz) nel predire la sopravvivenza causa-specifica dei pazienti con RCC a cellule chiare e a cellule non chiare (RCC papillari, cromofobi, Bellini e non classificabili).

Materiali e metodi:

Sono stati analizzati retrospettivamente i dati relativi a 5.463 neoplasie renali parenchimali sottoposti a trattamento chirurgico per RCC in 16 centri accademici di urologia nel periodo compreso tra gennaio 1995 e Dicembre 2007. Per il presente studio sono stati estratti dal database tutti i casi in cui erano disponibili le seguenti informazioni: performance status ECOG, sintomi d'esordio della neoplasia, stadio patologico del tumore primitivo, coinvolgimento linfonodale, presenza di metastasi a distanza, grading nucleare sec Fuhrman, dimensioni patologiche del tumore primitivo, necrosi coagulativa e follow-up. Inoltre, l'analisi è stata limitata dapprima ai soli casi con RCC a cellule chiare e successivamente ai soli casi con RCC non a cellule chiare. Per ciascun caso è stato assegnato il relativo gruppo di rischio in accordo con l'UISS, il relativo score in accordo con l'SSIGN e la relativa probabilità di decesso per malattia in accordo con il nomogramma di Karakiewicz. La regressione di Cox è stata utilizzata per l'analisi univariata e multivariata dei dati. Il log rank test è stato utilizzato per il confronto tra le curve di sopravvivenza. L'accuratezza prognostica dei diversi modelli è stata calcolata a 12, 36 e 60 mesi dall'intervento utilizzando il concordance index. La differenza statistica tra i differenti modelli è stata calcolata utilizzando il metodo di DeLong.

Risultati:

1871 con RCC a cellule chiare e 379 con RCC non a cellule chiare sono stati inclusi nello studio. Nei pazienti con RCC a cellule chiare, il concordance index dell'UISS è risultato 84.5 a 12 mesi, 85 a 36 mesi e 84.1 a 60 mesi dall'intervento chirurgico. Il concordance index dell'SSIGN score è risultato 87.7 a 12 mesi, 87.9 a 36 mesi e 82.5 a 60 mesi dall'intervento. Il concordance index del nomogramma di Karakiewicz è risultato pari a 89.3 a 12 mesi, 88.9 a 36 mesi e 88.8 a 60 mesi. Il nomogramma presenta un'accuratezza prognostica

significativamente maggiore rispetto al sistema UISS a 12 ($p=0.001$), 36 ($p<0.001$) e 60 mesi ($p<0.001$). Viceversa, presenta un'accuratezza prognostica maggiore dell'algoritmo SSIGN solo a 60 mesi dall'intervento. Quest'ultimo algoritmo si è dimostrato più accurato dell'UISS a 12 ($p=0.04$) e 36 mesi ($p=0.008$) e sostanzialmente sovrapponibile a 60 mesi ($p=0.3$).

Nei pazienti con RCC non a cellule chiare, il concordance index dell'UISS è risultato 90.2 a 12 mesi, 91.3 a 36 mesi e 91.9 a 60 mesi dall'intervento chirurgico. Il concordance index dell'SSIGN score è risultato 92.1 a 12 mesi, 89.9 a 36 mesi e 80.6 a 60 mesi dall'intervento. Il concordance index del nomogramma di Karakiewicz è risultato pari a 95 a 12 mesi, 94.3 a 36 mesi e 93.6 a 60 mesi. Il nomogramma presenta un'accuratezza prognostica lievemente maggiore rispetto al sistema UISS a 12 ($p=0.04$) e 36 ($p<0.03$) mesi. Nessuna differenza è stata osservata a 60 mesi ($p=0.3$). Viceversa, presenta un'accuratezza prognostica maggiore dell'algoritmo SSIGN a 12 ($p=0.03$), 36 ($p=0.01$) e 60 mesi ($p<0.001$). L'SSIGN si è dimostrato meno accurato dell'UISS a 60 mesi ($p<0.001$).

Discussione e messaggio conclusivo:

Il nomogramma di Karakiewicz si è dimostrato lo strumento dotato di maggiore accuratezza prognostica sia negli RCC a cellule chiare che in quelli a cellule non chiare. Pertanto, il suo utilizzo andrebbe considerato con maggiore frequenza nel counseling dei pazienti con RCC a cellule chiare e nella standardizzazione del loro follow-up.

C16

LA DIFFERENZIAZIONE SARCOMATOIDE INFLUENZA NEGATIVAMENTE LA PROGNOSI NEI PAZIENTI AFFETTI DA CARCINOMA A CELLULE RENALI INDIPENDENTEMENTE DALL'ISTOTIPO

M. Roscigno, R. Bertini, E. Strada, G. Petralia, F. Montorsi, A. Antonelli, C. Simeone, S. Cosciani, A. Minervini, S. Serni, V. Alessandro, G. Carmignani, F. Rocco, N. Giacomo, V. Mirone, V. Ficarra (Bergamo)

Scopo del lavoro:

Il carcinoma a cellule renali (RCC) con differenziazione sarcomatoide (DS) non è una entità istologica distinta, ma rappresenta una trasformazione altamente aggressiva nei differenti istotipi. Il presente studio vuole valutare l'impatto prognostico della presenza di DS nell'intera popolazione di pazienti con RCC e nei singoli istotipi.

Materiali e metodi:

Il progetto "Surveillance And Treatment Update Renal Neoplasms" (SATURN) è stato promosso dalla fondazione LUNA (Leading Urological No profit foundation Advanced research), appartenente alla Società Italiana di Urologia (S.I.U.). I dati provenienti da 16 centri accademici in Italia sono stati raccolti in un unico database. Sono stati analizzati 4942 pazienti sottoposti a nefrectomia radicale o parziale dal 1995 al 2007 per RCC a cellule chiare ($n=4121$), papillare ($n=540$), o cromofobo ($n=281$).

La neoplasia è stata stadiata secondo il TNM 2002. Le classificazioni di Heidelberg e Fuhrman sono state utilizzate per assegnare l'istotipo ed il grado nucleare, rispettivamente. Non è stata eseguita una revisione anatomopatologica centralizzata.

Il metodo di KaplanMeier è stato utilizzato per analizzare le curve di sopravvivenza. Le analisi unie multivariate secondo il modello di regressione di Cox han-