

## P 187

### L'EFFETTO DELLA NEPHRON SPARING SURGERY NEL RITARDARE LA COMPARSA DI INSUFFICIENZA RENALE TERMINALE POST CHIRURGICA

U. Capitanio, C. Terrone, A. Antonelli, A. Minervini, F. Porpiglia, A. Volpe, F. Deho', M. Furlan, A. Briganti, S. Serni, C. Simeone, F. Montorsi, R. Bertini (*milano*)

#### Scopo del lavoro

Obiettivo dello studio è di stabilire la prevalenza e i predittori di insufficienza renale terminale (IRT) post chirurgica (nephrectomia radicale vs nephron sparing surgery), tenendo conto delle caratteristiche cliniche, delle comorbidità e del rischio cardiovascolare di ciascun paziente.

#### Materiali e metodi

Studio multi-instituzionale condotto tra cinque centri di riferimento terziario comprendente 2029 pazienti con una massa renale classificabile come T1a-T1b. I pazienti sono stati sottoposti a nephrectomia radicale (RN, n=693, 34.2%) o a nephron sparing surgery (NSS, n=1336, 65.8%); tutti i pazienti avevano un tasso presunto di filtrazione glomerulare (eGFR) preoperatorio nella norma (definito come  $eGFR \geq 60 \text{ ml/min/1.73m}^2$  preoperatorio). Modelli di regressione univariata e multivariata secondo Cox sono stati utilizzati per predire il rischio di IRT (definito come  $eGFR < 15 \text{ ml/min/1.73m}^2$  postoperatorio). Il modello, per tener conto delle differenze cliniche presenti tra i vari pazienti, include come covariate l'età, il eGFR preoperatorio, le dimensioni del tumore valutate preoperatoriamente, la presenza di ipertensione arteriosa (classificata come assente vs presente vs controllata dalla terapia medica) e diabete, il Charlson Comorbidity Index (CCI) basale, il BMI, e il fatto che i pazienti fossero o meno fumatori.

#### Risultati

Il eGFR mediano riscontrato è stato di  $90 \text{ ml/min/1.73m}^2$  (IQR 79-99). La mediana di età e dimensione del tumore era rispettivamente di 61 anni (IQR 52-69) e 3.5 cm (IQR 2.5-5). Complessivamente, il 10.0% vs. 18.2% vs. 21.3% dei pazienti aveva una diagnosi di diabete, ipertensione non controllata e controllata dalla terapia medica. Il tasso di IRT post chirurgica riscontrato a 5, 10, e 15 anni è stato rispettivamente del 1.6%, 2.6% e 2.6% per le NSS e del 2.1%, 2.7% e 5.1% per quanto riguarda le RN ( $p=0.5$ ). All'analisi multivariata, dopo aver tenuto conto dei parametri sopra elencati, i pazienti con ipertensione non controllata dalla terapia medica (HR 4.2,  $p=0.02$ ) e coloro con più di due comorbidità (HR 8.5,  $p=0.009$ ) hanno dimostrato un rischio significativamente più alto di sviluppare IRT. I pazienti sottoposti a NSS sembrano avere lo stesso rischio di sviluppare IRT rispetto a coloro sottoposti a RN (HR 1.04,  $p=0.9$ ). Tuttavia, l'intervallo di tempo mediano tra l'intervento e lo sviluppo di IRT era significativamente più alto nei pazienti trattati con NSS rispetto a coloro sottoposti a RN (85 vs. 43 mesi,  $p$ -value bootstrapped =0.04).

#### Discussione

In una recente subanalisi di 514 pazienti inclusi nel trial randomizzato dell'EORTC 30904, l'incidenza di IRT era praticamente la stessa tra pazienti trattati con NSS o RN. In modo simile, nella nostra casistica circa il 2% dei pazienti con un eGFR preoperatorio nella norma svilupperà IRT, con una apparente assenza di differenza tra NSS e RN.

#### Conclusioni

La NSS ha dimostrato un effetto significativo nel ritardare lo sviluppo di IRT rispetto alla RN.