

## TUMORE RENE STAGING E TERAPIA

renale (98 mesi) o trombosi della vena cava sottodiaframmatica (67 mesi); 2) pazienti con esclusiva invasione diretta del surrene omolaterale (24 mesi) o con trombosi della vena renale o della vena cava sottodiaframmatica e concomitante invasione del grasso perirenale (24 mesi); 3) pazienti con concomitante invasione del surrene omolaterale e trombosi della vena renale o cava sottodiaframmatica (11 mesi) o con trombosi della vena cava sopraframmatica (12 mesi) o con invasione della fascia di Gerota (12 mesi).

Le probabilità di sopravvivenza causa specifica a 5 anni sono risultate pari al 51% nel primo gruppo, al 35% nel secondo e al 12.9% nel terzo ( $p < 0.0001$ ). Anche dopo l'esclusione dei pazienti con malattia linfonodale o metastatica a distanza la classificazione proposta ha mantenuto una significatività statistica ( $p < 0.0001$ ).

La nuova classificazione (HR 1.628; 95%CI 1.475-1.797,  $p < 0.0001$ ), la presenza di sintomi locali o sistemici (HR 1.403; 95%CI 1.162-1.693,  $p < 0.0001$ ), le dimensioni della neoplasia  $> 8$  cm (HR 1.319; 95%CI 1.135-1.532,  $p < 0.0001$ ), il coinvolgimento linfonodale (HR 1.827; 95%CI 1.605-2.078,  $p < 0.0001$ ), le metastasi a distanza (HR 2.717; 95%CI 2.329-3.169,  $p < 0.0001$ ) e il grading nucleare di Fuhrman (HR 1.209; 95%CI 1.147-1.274,  $p < 0.0001$ ) sono risultate le variabili predittive indipendenti all'analisi multivariata.

### CONCLUSIONI

I risultati del presente studio multicentrico suggeriscono la necessità di riclassificare i pazienti con RCC localmente avanzato secondo le 3 categorie proposte.

### C97

#### TECNICA DI ENUCLEAZIONE SEMPLICE NEL TRATTAMENTO DELLE NEOPLASIE RENALI MULTIPLE: COMPLICANZE E RISULTATI A LUNGO TERMINE

G. Giubilei, A. Minervini, A. Lapini, L. Masieri, F. Lanzi, N. Tosi, G. Siena, S. Serni, M. Carini (Firenze)

### SCOPO DEL LAVORO

La tecnica di enucleazione semplice, da noi impiegata nel trattamento delle masse renali T1a e T1b cliniche, si è dimostrata una tecnica semplice e sicura ed in grado di garantire il massimo risparmio di parenchima sano funzionante. Obiettivo dello studio è di valutare il ruolo di tale tecnica in caso di masse renali multiple, monolaterali o bilaterali in pazienti con indicazioni imperative o relative analizzando il rischio di recidiva locale e a distanza ed il tasso di complicanze associate.

### MATERIALI E METODI

Sono stati analizzati retrospettivamente i dati relativi a pazienti sottoposti a chirurgia renale dal Gennaio 1996 all' Ottobre 2005 per tumori renali multipli non metastatici alla valutazione preoperatoria.

### RISULTATI

42 pazienti (42/702; 6%; età media 60 aa; range 33-77), presentavano almeno due lesioni tumorali alla diagnosi; di questi, 27 pazienti (64.3%) presentavano neoplasie multiple monolaterali o bilaterali; 15 pazienti (35.7%) presentavano invece neoplasie singole bilaterali. Il 57.1% (24/42) dei pazienti, presentava diagnosi istopatologica di RCC ed almeno una concomitante lesione omolaterale per un totale di 50 lesioni satelliti. Di questi 24 pazienti, 16 sono stati trattati con enucleazione multipla mono o bilaterale mentre 8 sono stati trattati con nefrectomia radicale. Dei 16 pazienti trattati con enucleazione multipla mono o bilaterale, 1 (6.2%) è deceduto 30 giorni dopo l'intervento. Ad un follow up medio di 60 mesi (range 12-158), 12 pazienti (85.7%, un paziente perso al follow up) risultano vivi e liberi da recidiva. Un paziente ha presentato malattia metastatica a 24 mesi dall'intervento, recidiva locale a 36 mesi, e decesso dopo 6 mesi. Un paziente in recidiva locale a 33 mesi, vivo a 93 mesi dall'intervento con progressione di malattia locale e a distanza. Dei 15 pazienti, 2 (14.2%) sono stati trasferiti nel post operatorio per sanguinamento ed anemizzazione; 1 paziente è stato sottoposto ad inserimento di stent ureterale per perdita prolungata di urina dal drenaggio. Degli 8 pazienti trattati con RN, 2 sono stati persi al follow up, 4 sono vivi liberi da malattia (follow up medio 41 mesi, range 10-114), 2 sono deceduti per causa tumore specifica.

### MESSAGGIO CONCLUSIVO

L'enucleazione semplice può essere usata anche per il trattamento di neoplasie renali multiple monolaterali e bilaterali perché garantisce risultati oncologici ed un tasso di complicanze accettabili. L'incidenza di lesioni renali benigne ipsilaterali o contralaterali associate ad RCC riscontrata in corso di MSE (19.4%) rappresenta a nostro avviso un ulteriore motivo a favore della chirurgia conservativa anche in queste condizioni cliniche.

### C98

#### TRATTAMENTO CHIRURGICO DELLA NEOPLASIA RENALE INFERIORE AI 7 CM: CONFRONTO TRA CHIRURGIA CONSERVATIVA E NEFRECTOMIA

M. Nicolai, A. Antonelli, D. Zani, T. Zanotelli, L. Perucchini, A. Cozzoli, S. Cosciani Cunico, C. Simeone (Bergamo)

### INTRODUZIONE

L'equivalenza tra chirurgia conservativa e nefrectomia nella terapia delle lesioni renali inferiori ai 4 centimetri, monofocali e intracapsulari è stata ormai da tempo dimostrata, ma più recentemente alcuni autori hanno proposto l'estensione dell'indicazione di elezione anche a neoplasie più voluminose. Nel presente studio viene rivalutata la nostra esperienza a riguardo.

### MATERIALI E METODI

Tra il 1983 e il 2005 sono state archiviate le informazioni relative al decorso clinico di 1290 pazienti sottoposti consecutivamente a chirurgia radicale per carcinoma renale e successivamente seguiti con un follow up periodico a tempo indeterminato.

Sono state selezionate le informazioni relative a pazienti trattati con chirurgia radicale (conser-

vativa o nefrectomia) per neoplasie inferiori a 7 cm, senza invasione venosa, metastasi linfonodali o a distanza. Sono stati esclusi i casi di neoplasia renale bilaterale sincrona e quelli che presentavano un follow up inferiore a 12 mesi.

I pazienti sono stati suddivisi in due gruppi in base alle caratteristiche della neoplasia:

A neoplasia monofocale, intracapsulare, di diametro inferiore ai 4 cm;

B neoplasia multifocale e/o intracapsulare e/o di diametro compreso tra 4 e 7 cm.

### RISULTATI

Sono stati selezionati i casi di 818 pazienti (età media 61,8 anni, rapporto M:F 1,7:1). 267 sono stati sottoposti a chirurgia conservativa (212 del gruppo A, 55 del gruppo B), 551 a nefrectomia (299 del gruppo A, 342 del gruppo B). Il follow up medio è stato di 66,9 mesi (range 1-295). È stata registrata una percentuale di progressione del 11,1% (91 casi), che differisce in maniera statisticamente significativa ( $p = 0,0138$ ) tra il gruppo A (9,4%) e il gruppo B (15,4%). Anche la sopravvivenza, valutata separatamente nei due gruppi, si è dimostrata significativamente differente (sopravvivenza a 5 anni 96,7% vs 90,4%,  $p = 0,0030$ ). All'interno dei due gruppi (A e B) l'applicazione della chirurgia conservativa rispetto alla nefrectomia non ha influito significativamente sulla sopravvivenza. I casi con neoplasia A hanno sviluppato prevalentemente recidive renali (omo e contralaterali) mentre quelli di tipo B hanno mostrato una quota maggiore di recidive in loggia e di metastasi a distanza.

### CONCLUSIONI

Nel campione analizzato i casi con neoplasie di dimensioni maggiori di 7 cm e/o multifocali e/o con estensione extracapsulare sono associati ad una prognosi peggiore rispetto a quelli con neoplasie inferiori a 4 cm e monofocali. L'applicazione della chirurgia conservativa rispetto alla nefrectomia non ha influito in maniera significativa sulla sopravvivenza né sul tasso di recidive, sia per le neoplasie piccole e monofocali sia per quelle più estese. La chirurgia conservativa, quando tecnicamente eseguibile, è proponibile anche per neoplasie più estese.

### C99

#### VALORE PROGNOSTICO DELLE DIMENSIONI DEL TUMORE PRIMITIVO NEI PT3 DEL CARCINOMA A CELLULE RENALI

V. Mancini, S. Palazzo, G. Lucarelli, P. Ditunno, A. Gernone, A. Avallo, P. Martino, M. Battaglia (Bari)

### INTRODUZIONE

negli ultimi anni il valore prognostico della classificazione TNM del 2002 per i carcinomi a cellule renali (RCC) è stato oggetto di dibattito e sono state suggerite modifiche sulla base delle nuove acquisizioni sulla sopravvivenza. Nel seguente studio è stato analizzato il ruolo predittivo delle dimensioni del tumore per i pazienti in stadio patologico T3 in riferimento alla frequenza delle recidive.

### MATERIALI E METODI

retrospettivamente sono stati raccolti i dati di 284 casi con RCC localizzato o localmente avanzato sottoposti a chirurgia dal 1980 al 2005. Obiettivo primario è stato valutare il tasso di recidiva. Il follow up è stato eseguito semestralmente con TC alternata ad ecografia addominale e radiografia del torace. Il follow up medio è stato 32,8 mesi (range 3-144 mesi). Le dimensioni medie del tumore sono state 6,8 cm (range 1-20). I pazienti con stadio patologico T3a e T3b stage sono stati stratificati sulla base del diametro del tumore.

### RISULTATI

35 pazienti su 284 hanno presentato recidiva (12,3%) e 25 sono deceduti per neoplasia (8,8%). Le curve di sopravvivenza libera da malattia hanno evidenziato una differenza statisticamente significativa per stadio e grado, con  $p$  rispettivamente di 0,0001 e 0,017. Nel gruppo dei pT3a, le dimensioni del tumore  $< 7$  cm hanno rilevanza prognostica con un tasso di recidiva di 7,8% rispetto al 21,4% dei tumori di dimensioni  $> 7$  cm. Nel gruppo dei pT3b la dimensione del tumore non influenza la prognosi. I piccoli tumori pT3a ( $< 7$  cm) non mostrano differenze di sopravvivenza rispetto ai tumori del gruppo pT1.

### CONCLUSIONE

nei pazienti affetti da RCC in stadio precoce, il grado istologico, lo stadio patologico e le dimensioni del tumore rappresentano i fattori prognostici di maggiore importanza. Per i piccoli tumori renali ( $< 7$  cm), l'invasione del grasso perirenale, osservata nei pT3a, non modifica la prognosi. Sulla base di questi dati, nelle piccole masse esofitiche un approccio conservativo appare essere quello maggiormente giustificato.