

POSTER TUMORI DEL RENE

za di oncocitoma e carcinoma nella stessa lesione o nello stesso rene. Riportiamo l'esperienza clinica di 2 pazienti affetti da oncocitoma bilaterale trattati con chirurgia conservativa.

CASO REPORT:

Caso I: uomo di 78 aa, con scoperta incidentale ecografica di duplice massa renale sinistra ed una singola massa destra. L'indagine TC confermava tale diagnosi, escludendo un coinvolgimento neoplastico vascolare, linfonodale o metastatico. Il paziente veniva sottoposto dapprima, con accesso anterolaterale sull'apice dell'XI costa, ad intervento chirurgico di enucleo-resezione renale sin di 4 lesioni solide di diametro compreso tra 8 e 35 mm (2 riscontrate intraoperatoriamente), in ischemia fredda previo clampaggio arterioso. Dopo 2 mesi il paziente veniva sottoposto mediante medesima tecnica ad enucleo-resezione renale dx di due neoformazioni rispettivamente di 65 e 10 mm di diametro. Per tutte le neoformazioni veniva formulata la diagnosi istologica definitiva di oncocitoma senza apparenti recidive a 30 mesi. Caso II: donna di 72 aa con diagnosi ecografica di cisti complessa renale dx. La TC evidenziava a carico del rene dx a sede mediosuperiore una formazione iperdensa di circa 20 mm con moderato enhancement contrastografico, e a livello del rene sin a sede mesorenale nodularità solida di 23 mm. Si procedeva quindi ad enucleo-resezione renale dx seguita a distanza di 6 mesi da enucleo-resezione renale sin mediante medesima tecnica. Anche in questo caso entrambe le neoformazioni asportate risultavano essere oncocitomi, con un follow up negativo a 18 mesi.

DISCUSSIONE E MESSAGGIO CONCLUSIVO:

La bilateralità sincrona o metacrona dell'oncocitoma è stata riportata nel 45%, la multifocalità nel 316%, la bilateralità e multifocalità insieme in circa il 1% dei casi. L'oncocitoma viene generalmente considerato con caratteri biologici benigni anche se sono stati riportati rari casi di oncocitoma renale metastatico o localmente invasivo. Una sicura diagnosi differenziale con il carcinoma renale variante cromofobo, implica l'ausilio dell'immunohistochimica. Ad oggi riteniamo che la chirurgia conservativa rappresenti il "gold standard". Infatti la benignità della lesione, la possibile multifocalità e bilateralità, l'impossibilità di effettuare una diagnosi differenziale preoperatoria e la possibile coesistenza di un carcinoma renale, impongono una esplorazione chirurgica delle neoformazioni renali con l'intento di rimuovere tutte le lesioni, risparmiando il più possibile la funzionalità renale.

P95

VALUTAZIONE DELLO SPESSORE DELLA PSEUDOCAPSULA PERITUMORALE IN RCC SOTTOPOSTI A CHIRURGIA CONSERVATIVA: STUDIO PROSPETTICO MONOCENTRICO

A. Tuccio, A. Minervini, F. Lanzi, G. Giubilei, G. Vittori, S. Serni, A. Lapini, M. Carini, G. Bevilacqua, M. Mancini, C. Della Rocca, C. Di Cristofano (Firenze)

SCOPO DEL LAVORO:

Valutare lo spessore della pseudocapsula peritumorale (PS) nel RCC e correlare tale dato con i principali parametri istopatologici della neoplasia e con il rischio di infiltrazione della pseudocapsula.

MATERIALI E METODI:

Tra Sett 06 e Dic 07, 104 pazienti consecutivi sono stati sottoposti a chirurgia conservativa mediante enucleazione. Tutti i campioni istologici sono stati analizzati da un unico anatomopatologo. Sono stati valutati i seguenti parametri: D tumorale patologica, TNM, istotipo, grado, stato della PS. Sono state eseguite delle sezioni sul piano sagittale della neoplasia di spessore di 5 mm. I preparati istologici sono stati allestiti effettuando sezioni di tessuto incluso in paraffina di 57 µm di spessore e colorate in ematoxilina-eosina. In 77 RCC, lo spessore della PS è stato misurato in quattro diversi punti del preparato e per ogni campione è stato definito un valore medio. Il t-test per variabili non parametriche è stato utilizzato per analizzare la possibile correlazione tra lo spessore della PS e i principali parametri clinici ed istopatologici studiati. L'analisi di regressione lineare è stata utilizzata per valutare la distribuzione del parametro spessore della PS in relazione alla dimensione tumorale patologica.

RISULTATI:

La D tumorale patologica media (range) era di 3.1 (1,112.5). Il 76.6% dei tumori erano RCC a cellule chiare; 15.6% papillari; 4% cromofobi; 3.8% altri. Il 17% erano G1, il 67% G2 e il 16% G3. Lo stadio patologico era pT1a in 58 casi (75.3%) e pT1b in 13 (16.9%), pT2 in 2 (2.6%), pT3a in 3 (3.9%) e pT3b in 1 (1.3%). L'analisi istopatologica della PS ha mostrato una PS integra, non fenestrata e indenne da infiltrazione neoplastica (PS-) in 50 RCC (64.9%) mentre in 27 (35.1%) erano presenti segni di infiltrazione o superamento da parte del tumore (PS+). Lo spessore della PS medio (range, SD, mediana) era 408 µm (110/106, 166, 384). In 16 casi (21%) era presente un infiltrato pericapsulare. All'analisi univariata, lo spessore della PS non era correlato significativamente con la dimensione tumorale, l'istotipo, il grado, lo stadio, la necrosi istologica, PS+ e con la presenza di infiltrato linfocitario pericapsulare. All'analisi di regressione lineare è stato osservato un trend positivo nell'incremento dello spessore della PS al crescere della D tumorale patologica, senza però una significatività statistica (P=0.259; Figura).

DISCUSSIONE:

I nostri dati non evidenziano alcuna correlazione significativa tra lo spessore della PS e le principali variabili istopatologiche della neoplasia. Inoltre, lo spessore della PS si distribuisce in modo omogeneo tra i carcinomi con PS+ e i carcinomi con PS-, dimostrando che lo spessore non rappresenta un fattore di rischio di invasione della PS.

MESSAGGIO CONCLUSIVO:

La dimensione tumorale, il grado nucleare e la presenza di un intenso infiltrato linfocitario pericapsulare non influiscono sullo sviluppo della PS che si dimostra un parametro con una scarsa variabilità nel campione di RCC analizzato.

P96

VALUTAZIONE PROSPETTICA DELLA QUALITÀ DELLA VITA DEI PAZIENTI SOTTOPOSTI A NEFRECTOMIA RADICALE O PARZIALE PER NEOFORMAZIONI RENALI PARENCHIMALI

S. Secco, A. Galfano, M. Iafrate, G. Novara, S. Cavalleri, W. Artibani, V. Ficarra (Padova)

SCOPO DEL LAVORO:

Nell'ambito dell'urologia oncologica la valutazione dell'impatto dei diversi trattamenti sulla qualità della vita dei pazienti sta assumendo una crescente importanza. Al momento i dati clinici disponibili sull'impatto dei trattamenti per neoformazioni renali sulla qualità della vita dei pazienti sono piuttosto limitati. L'obiettivo del nostro studio è di valutare la qualità della vita dei pazienti sottoposti a terapia chirurgica per neoformazioni renali parenchimali.

MATERIALI E METODI:

Dal febbraio 2006 al febbraio 2008, abbiamo raccolto prospetticamente i dati di 206 pazienti sottoposti a chirurgia per RCC. I pazienti hanno autocompilato il questionario RAND SF36 prima dell'intervento, 6, 12 e 24 mesi dopo la chirurgia. Per ogni paziente abbiamo valutato le seguenti variabili: sesso, età, stato civile, livello d'istruzione, BMI, modalità di presentazione, performance status ECOG, comorbidità espressa tramite il Charlson score, stadio patologico. I test di Wilcoxon, di Friedman e MannWhitney sono stati utilizzati per l'analisi statistica.

RISULTATI:

155 pazienti disponevano di un followup minimo di 6 mesi. Il questionario al followup di 6 e 12 mesi era disponibile in 111 e 83 pazienti, rispettivamente. Al followup di 6 e 12 mesi, differenze statisticamente significative sono state riscontrate nei seguenti domini del SF36: attività fisica (p=0.029), limitazioni di ruolo dovute all'attività fisica (p<0.0001), dolore fisico (p<0.0001), salute mentale (p<0.0001) e attività sociali (p=0.07). Al followup di 12 mesi, una percentuale di pazienti variabile tra il 50.6% per il dominio limitazioni di ruolo dovute all'attività fisica al 75.9% per il dominio limitazioni di ruolo dovute allo stato emotivo hanno raggiunto punteggi sovrapponibili a quelli preoperatori. Stratificando gli score nei diversi domini per le differenti caratteristiche cliniche e patologiche dei pazienti, il Charlson score è risultato significativamente associato agli score di qualità della vita nella maggior parte dei domini del SF36.

DISCUSSIONE:

A nostra conoscenza, il nostro è il primo studio prospettico che abbia valutato la qualità della vita dei pazienti sottoposti a terapia chirurgica per neoformazioni renali. Lo strumento utilizzato è il più diffuso questionario generico, validato in numerose traduzioni. Il principale limite dello studio è costituito dal mancato utilizzo di un questionario patologico specifico, dovuto all'assenza di questionari validati in lingua italiana.

MESSAGGIO CONCLUSIVO:

Ad un anno dall'intervento, abbiamo riscontrato un significativo decremento degli score dei domini inerenti la funzione fisica ed un incremento di quelli inerenti gli aspetti emozionali.

Il Charlson score è risultato l'unico parametro significativamente associato agli score di qualità della vita nella maggior parte dei domini del SF36.

P97

VARIAZIONE DI TECNICA PERFUSIONALE NEL TRATTAMENTO CHIRURGICO IN C.E.C. DI PAZIENTI CON NEOPLASIA RENALE CON TROMBO CAVALE

L. Perucchini, A. Antonelli, G. Mirabella, D. Zani, T. Zanotelli, A. Cozzoli, A. Vismara, C. Simeone, S. Cosciani Cunico, P. Piccoli, G. Bisleri, C. Muneretto (Brescia)

SCOPO DEL LAVORO:

Il trattamento dei tumori renali con trombo neoplastico che raggiunge il piano delle sovraepatiche prevede un approccio "toracoaddominale" e l'utilizzo della circolazione extracorporea (CEC) abbinata ad un periodo di arresto di circolo in ipotermia profonda. Tale procedura può determinare danni organici da ischemia/perfusione ed un'alterazione dei meccanismi della coagulazione e dell'aggregazione piastrinica. Per ridurre queste potenziali complicanze, presentiamo una variazione della tecnica perfusionale in grado di garantire un flusso ematico anterograde continuo nel distretto sovraaortico durante il periodo di arresto circolatorio sistemico, consentendo di eseguire l'intervento chirurgico in ipotermia moderata (28°C).

MATERIALI E METODI:

La perfusione cerebrale selettiva durante arresto di circolo è stata utilizzata in 2 pazienti sottoposte a nefrectomia con asportazione di trombo neoplastico esteso fino al piano delle sovraepatiche.

Lo schema di cannulazione non differisce da quello tradizionale. L'aorta ascendente viene intaccata per la linea arteriosa della CEC ed il ritorno venoso si ottiene mediante doppia cannulazione dell'atrio destro e della vena cava superiore. Instaurato il bypass cardiopolmonare si procede a raffreddamento del paziente sino a 28°C, e quindi al posizionamento del clamp aortico e successivo arresto dell'attività elettromeccanica cardiaca mediante soluzione cardioplegica cristalloide. Successivamente si posiziona un ulteriore clamp tra la carotide comune sn e la succlavia omolaterale. La cannula venosa nell'atrio destro viene poi rimossa previo clampaggio della stessa. Per ottenere la sola perfusione del distretto carotideo/cavale superiore viene stretta una fettuccia intorno alla vena cava per garantire il drenaggio completo e si inizia la perfusione anterograda tramite la cannula arteriosa a flussi di circa 1000ml/min. Successivamente si esegue l'atriotomia destra e l'esplorazione dell'ultimo tratto della VCI sino all'ingresso in atrio per escludere embolizzazione e garantire la completa rimozione del trombo.

Prima sutura dell'atrio destro e della vena cava inferiore, si procede a riposizionamento della cannula in atrio destro. Rimossi i due clamp aortici, si ripristina la circolazione extracorporea a flussi pieni (2.5 l/min/m²) e si riscalda il paziente.

RISULTATI:

In entrambi i casi le procedure eseguite sono state prive di complicanze e le pazienti sono state trasferite dall'unità di terapia intensiva in reparto in terza giornata postoperatoria.

DISCUSSIONE:

La CEC con arresto ipotermico di circolo può determinare coagulopatia, sofferenza cerebrale da ipoperfusione e danni ischemici multiorgano. La metodica che abbiamo descritto consente di mantenere la perfusione del distretto carotideo e dell'encefalo durante il periodo di arresto di circolo. Venendo meno la necessità di raggiungere la temperatura di 18°C per la protezione cerebrale, si riduce il rischio di insorgenza delle complicanze dovute all'ipotermia profonda.