

POSTER TUMORI DEL RENE

P90

LA CHIRURGIA NEPHRON SPARING IN PRESENZA DI LESIONI MULTIPLE: CASISTICA PERSONALE

M. Seveso, G. Taverna, G. Giusti, A. Benetti, O. Maugeri, L. Pasini, M. Corinti, A. Piccinelli, P. Graziotti (Rozzano)

SCOPO DEL LAVORO:

L'inaspettata multifocalità dei tumori renali durante la chirurgia conservativa renale rappresenta un dilemma di strategia terapeutica. Scopo dello studio è stata la valutazione, nella nostra esperienza, della incidenza di lesioni satellitari durante la chirurgia nephron sparing considerando inoltre la validità del mantenimento dell'aporoce conservativo in termini di morbilità intra e perioperatoria e radicalità oncologica.

MATERIALI E METODI:

Abbiamo considerato il database dei 234 pazienti sottoposti a chirurgia conservativa renale per riscontro diagnostico di lesione solida monofocale renale nel periodo 1997/2007 presso il nostro istituto. L'intervento è stato eseguito per via lombotomica in 201 pazienti e per via laparoscopica in 33. Il follow up medio è stato di 41 mesi (range 3/122).

RISULTATI:

43 pazienti hanno presentato alla valutazione intraoperatoria una lesione satellite rimossa contestualmente alla lesione primaria. L'età media è stata di 64,6 anni; 28 maschi e 15 femmine. La lesione satellite era nota preoperatoriamente in 25 pazienti con caratteristica di cisti semplice mentre in 18 pazienti il riscontro è stato esclusivamente intraoperatorio. L'esame istologico definitivo delle lesioni satellite ha documentato 6 casi di carcinoma renale a cellule chiare, 5 angiomiolipomi, 3 oncocitomi, 4 tumori papillari, 1 carcinoma cistico, 3 adenomi e 21 cisti semplici. Le dimensioni medie della lesione primaria è stata di 3,2 cm, mentre la dimensione medie delle lesioni satellite è stata di 1,3 cm. Nessuna lesione satellitare si è dimostrata di grado superiore alla lesione primaria. In nessun caso una lesione primaria benigna si è associata ad una satellitare maligna. Tutte le lesioni maligne sono risultate a basso grado. Non abbiamo documentato complicanze intra e perioperatorie. Al follow up, 1 paziente risulta deceduto per secondarismi polmonari mentre non abbiamo registrato casi di recidiva neoplastica renale, omolaterale o controlaterale. 2 pazienti sono deceduti per motivi non correlati alla patologia renale. 5 pazienti hanno registrato un peggioramento della funzionalità renale senza necessità comunque di trattamento dialitico.

MESSAGGIO CONCLUSIVO:

La presenza di lesioni multiple è riscontrabile nel 20% della nostra casistica. Il 29% di queste lesioni è risultata maligna ma di basso grado. L'assenza di morbilità intra e perioperatoria ed il follow up con assenza di casi di recidive neoplastiche, supportano il mantenimento di un atteggiamento conservativo anche nei casi di riscontro intraoperatorio di lesioni renali multicentriche. Rimane comunque imperativa una appropriata valutazione intraoperatoria con una accurata ispezione di tutta la superficie renale.

P91

PICCOLE MASSE RENALI : SORVEGLIANZA ATTIVA VS. NEFRECTOMIA

U. Capitanio, N. Suardi, L. Zini, A. Gallina, A. Briganti, F. Sozzi, F. Pellucchi, P. Karokiewicz, P. Rigatti, F. Montorsi (Milano)

SCOPO DEL LAVORO:

Relativamente poche osservazioni hanno documentato il controllo oncologico e supportato l'efficacia della sorveglianza attiva nei pazienti con piccole e localizzate masse renali. In questo studio è stata analizzata la sopravvivenza causa specifica di tali pazienti sottoposti a sorveglianza attiva vs. nefrectomia.

MATERIALI E METODI:

Nel contesto del Surveillance, Epidemiology and End Results (SEER) database, sono stati individuati 10292 pazienti con masse renali inferiori a 4cm e assenza di metastasi linfonodali o a distanza. I pazienti sono stati sottoposti a sorveglianza attiva (434, 4,2%) o a nefrectomia (9858, 95,8%). Modelli multivariati di regressione Cox e matched ad unmatched Kaplan-Meier analisi sono state utilizzate per comparare gli effetti della sorveglianza attiva vs. nefrectomia sulla sopravvivenza causaspecifica. Inoltre sono stati utilizzati modelli statistici di competing risks regression per analizzare l'effetto della mortalità da altra causa.

RISULTATI:

La sopravvivenza causaspecifica ad 1, 2, 5 e 10 anni è risultata 99,1, 98,3, 96,5 e 94,1% vs. 92,6, 89,8, 80,2 e 77,3% per i pazienti sottoposti rispettivamente a nefrectomia o sorveglianza attiva. All'analisi multivariata, rispetto alla nefrectomia, la sorveglianza attiva è risultata associata con un rischio di mortalità causaspecifica 4,3 volte maggiore. All'analisi matched, la sorveglianza attiva è risultata associata con un rischio di mortalità causaspecifica 3,6 volte maggiore rispetto alla nefrectomia.

MESSAGGIO CONCLUSIVO:

La sorveglianza attiva reduce la sopravvivenza causaspecifica dei pazienti con piccole masse renali.

P92

REFLUSSO VESICO URETERALE NEL RENE TRAPIANTATO

L. Cristinelli, A. Moroni, D. Zani, N. Pesenti, L. Giovannessi, S. Casciani Cunico, C. Simeone, S. Sandrini, G. Setti (Brescia)

SCOPO DEL LAVORO:

Non è infrequente che pazienti sottoposti a trapianto renale manifestino complicanze legate al reimpianto dell'uretere in vescica. L'incidenza di reflusso nelle diverse casistiche varia dal 2 all'86%. Tuttavia è controverso l'atteggiamento da assumere nei confronti di questi pazienti. L'indicazione al trattamento chirurgico (endourológico o a cielo aperto) si pone solitamente in caso di sintomatologia e/o infezioni urinarie persistenti.

MATERIALI E METODI:

Dal gennaio 1984 al febbraio 2008 abbiamo valutato presso la nostra divisione 64 pazienti sottoposti a tra-

pianto renale e portatori di reflusso vesico ureterale del rene trapiantato (36 maschi, 28 femmine, età media 57,7 anni, range 39/75 anni). La latenza media tra trapianto renale e diagnosi cistografica di reflusso è risultata di 34,25 mesi. La causa che ha portato alla diagnosi di reflusso è stata in 6 casi la presenza di pielonefriti recidivanti, in 58 casi di batteriuria persistente. Solo 17 dei 64 pazienti sono stati avviati ad un intervento correttivo mentre i rimanenti sono stati trattati con terapia antibiotica a lungo termine e modulazione della terapia immunosoppressiva ottenendo una negativizzazione delle urinocolture ed una stabilizzazione della funzione renale. Tutti i pazienti avviati ad intervento chirurgico sono stati sottoposti a reimpianto ureterale per via transvesicale con tecnica antireflusso secondo Politano Leadbetter.

RISULTATI:

Di tutti i pazienti è disponibile un follow up medio di 12 mesi (range 1/130 mesi). 12 pazienti presentano funzione renale stabile, urinocolture negative e reperti ecografici di normalità a carico delle cavità escretrici. 2 pazienti hanno presentato un rigetto cronico e sono stati avviati ad espianto. 1 paziente ha presentato ancora urinocolture positive, presenta un reflusso persistente ma è in trattamento medico conservativo con antibiotico. 2 pazienti sono deceduti per cause non correlabili alla patologia in esame.

MESSAGGIO CONCLUSIVO:

La causa più frequente di reflusso nel rene trapiantato è ascrivibile alla tecnica di reimpianto dell'uretere in vescica. Tuttavia non tutti i reflussi documentati necessitano di trattamento. La terapia antibiotica a lungo termine è spesso sufficiente per risolvere il problema. È nostra convinzione che nei casi di reflusso sintomatico la soluzione che offre i migliori risultati sia la disinserzione dell'uretere dalla sede capsulare dove generalmente viene praticata la ureterocistostomia ed il reimpianto per via transvesicale con tunnel sottomucoso sulla parte fissa della vescica per garantire la competenza del meccanismo antireflusso ed evitare al tempo stesso che le escursioni durante la fase di riempimento e vuotamento della vescica possano creare un'angolatura dell'uretere terminale.

P93

RUOLO PROGNOSTICO ED ETIOPATOGENESI DELLA NECROSI ISTOLOGICA COAGULATIVA NEL CARCINOMA RENALE A CELLULE CHIARE NON METASTATICO

A. Minervini, G. Nesi, R. Minervini, G. Salintri, C. Di Cristofano, G. Bevilacqua, M. Menicagli, M. Lanciotti, A. Lopini, M. Gacci, S. Serni, M. Carini (Firenze)

SCOPO DEL LAVORO:

Valutare il ruolo prognostico della necrosi istologica nel RCC a cellule chiare (ccRCC) non metastatico, e definire l'evento etiopatogenetico causa dello sviluppo della necrosi istologica attraverso la correlazione con altri parametri patologici esaminati di routine, con l'infiltrato linfocitario intratumorale (TIL), con l'indice di proliferazione tumorale (Ki67) ed con markers molecolari dell'ipossia collegati alla via VHL/HIF1 alfa.

MATERIALI E METODI:

Istologicamente, la necrosi tumorale coagulativa è caratterizzata da gruppi omogenei di cellule degenerate e morte. La ialinizzazione, l'emorragia e la fibrosi non vengono considerati necrosi coagulativa. Sono stati analizzati i dati relativi a 213 pazienti con ccRCC non metastatico. Il followup medio (range) dei pazienti in vita è stato 75 (12/154) mesi. La presenza e l'estensione della necrosi (<30%, 30/75% e >75%) sono state correlate con la sopravvivenza tumore specifica, ai fattori clinicopatologici analizzati di routine, all'espressione dell'antigene Ki67 (score MIB1), a pVHL, a HIF1alfa, al grado di TIL espresso come lieve/moderato o severo.

RISULTATI:

La necrosi era presente nel 63,8% dei ccRCC ed è risultata correlata significativamente al grado ed al TIL, mentre la sua estensione era significativamente correlata con il grado, il TIL e lo stadio. La presenza della necrosi e la sua estensione nel ccRCC non sono risultati associati alla D del tumore. Infatti la dimensione media dei tumori con e senza necrosi era 5,2 e 4,8 cm e la dimensione media dei tumori con estensione della necrosi <30%, 30/75% e >75% è stata rispettivamente 5,1, 4,7 e 7,2 cm (test di Kruskal-Wallis, p=0,08). La presenza e l'estensione della necrosi non sono associate ad un'elevata espressione di Ki67 e non correlano con l'espressione di pVHL né di HIF1alfa nucleare e citoplasmatico. La necrosi è risultata un fattore prognostico significativo di sopravvivenza tumore specifica, dato confermato anche limitando l'analisi ai ccRCC intracapsulari. Alla multivariata, la necrosi non è risultata un fattore predittivo indipendente. Al contrario il grado, lo stadio, la bassa espressione di pVHL e l'elevata espressione di HIF1alfa nucleare hanno confermato la loro indipendenza. L'estensione della necrosi istologica invece non è risultata un fattore prognostico significativo all'univariata.

DISCUSSIONE:

In letteratura è riportata la capacità della necrosi di predire l'aggressività del RCC; altri non la considerano un fattore prognostico predittivo di sopravvivenza. Sono ancora in discussione anche i dati relativi al valore prognostico della sua estensione e del suo ruolo in base ai diversi sottotipi istologici. Inoltre, la patogenesi della necrosi istologica nel ccRCC è ancora in gran parte sconosciuta.

MESSAGGIO CONCLUSIVO:

La necrosi non è un fattore prognostico indipendente di sopravvivenza tumore specifica nel ccRCC non metastatico. Il meccanismo causale rimane sconosciuto, ma la risposta immunitaria potrebbe contribuire significativamente al suo sviluppo.

P94

TRATTAMENTO CHIRURGICO CONSERVATIVO DI ONCOCITOMI RENALI BILATERALI

A. Magorovich, G. Giannarini, M. De Maria, M.G. Cuttano, C. Selli (Pisa)

SCOPO DEL LAVORO:

L'oncocitoma rappresenta il 310% di tutte le neoplasie renali. La modalità di presentazione tipica è quella di massa singola e la diagnosi differenziale preoperatoria risulta complessa. La TC può rivelare la presenza di un'area stellata cicatriziale centrale e l'esame angiografico un pattern tipico cosiddetto "a ruota raggiata", caratteristiche tuttavia non patognomoniche dell'oncocitoma essendo state riscontrate anche nel carcinoma renale. Il ruolo dell'agobiopsia percutanea è ancora controverso per la possibile coesistenza