

RCC avanzato. Abbiamo analizzato una serie prospettica di pazienti con lo scopo di valutare l'approccio multimodale, in cui la TT precede o segue la chirurgia nel trattamento del RCC avanzato.

Materiali e metodi:

Dal gennaio 2007 al marzo 2010, 25 pazienti consecutivi (12 maschi e 13 femmine) sono stati valutati nella nostra istituzione per un approccio multimodale con TT +/- Chirurgia. Tutti presentavano un ECOG-PS \leq 1 con malattia localmente avanzata o metastatica (cT3-4 e/o N1-3 e/o M1). TT è stata eseguita con Sunitinib 50mg/die per 4 settimane o con Sorafenib 400mg x2 die per 4-8 settimane. La risposta è stata valutata secondo i criteri di risposta per i tumori solidi (RECIST).

Risultati:

8 pazienti hanno ricevuto prima la chirurgia e poi la TT: 4 sono vivi a 4, 13, 20, 21 mesi senza eventi segnalati ai controlli, 2 pazienti hanno sviluppato metastasi a 4 e 6 mesi dopo la chirurgia ed hanno iniziato la TT (attualmente ancora in terapia a 13 e 15 mesi), 2 pazienti sono deceduti per progressione di malattia con TT in corso a 1 e 4 mesi.

17 pazienti hanno ricevuto la TT in previsione di un eventuale programma chirurgico: abbiamo osservato 3 risposte complete (CR), 2 malattie stabili (SD), 9 risposte parziali (PR) e 3 pazienti sono in TT in attesa di rivalutazione pre chirurgica. Le 9 PR sono state successivamente operate (follow-up 6-33 mesi). In tutti i casi era presente nel preparato istologico tumore attivo associato a necrosi, non si sono osservati problemi di guarigione della ferita, sanguinamenti significativi nel postoperatorio né eventi trombo embolici. In un solo caso si è verificato sanguinamento durante la TT con grado 3-4 di tossicità (vomito e nausea) che ha richiesto la sospensione del trattamento medico ed il ricorso alla chirurgia, nello stesso caso si è verificata emorragia nel post operatorio che ha richiesto revisione chirurgica. Non si sono osservati altri casi di tossicità ematologica di grado 3-4, mentre tutti i casi hanno mostrato effetti cutanei di grado 1-2 indotti dal TT.

Discussione e messaggio conclusivo:

La terapia target associata alla chirurgia si è dimostrata un approccio perseguibile nei pazienti con RCC avanzato. Il setting dei pazienti, il timing ottimale, la durata del trattamento medico pre/post chirurgia rimane da stabilire con una casistica più ampia.

C10

RECIDIVA LOCALE DOPO ENUCLEAZIONE DEI TUMORI RENALI SENZA ABLAZIONE DEL LETTO TUMORALE: RISULTATI CLINICI PRELIMINARI DI UNO STUDIO PROSPETTICO MONOCENTRICO

S. Serni, A. Minervini, A. Tuccio, S. Posi, G. Siena, G. Vittori, S. Khorrami, S. Giancane, A. Lapini, M. Carini (Firenze)

Scopo del lavoro:

Valutare in modo prospettico l'incidenza di margini chirurgici positivi e il rischio di recidiva locale in pazienti trattati mediante tecnica di enucleazione (TE) utilizzando il naturale piano di clivaggio tra parenchima sano e tumore, senza ablazione del letto tumorale.

Materiali e metodi:

Nel periodo tra Gennaio 2005 e Dicembre 2007, 201 pazienti consecutivi sono stati sottoposti a TE senza ablazione del letto tumorale. Complessivamente, 164

pazienti sono stati trattati con TE per carcinoma a cellule renali (RCC) singolo, sporadico. Tutti i campioni istologici sono stati analizzati da due uropatologi (C.D.C.; M.R.R.). Tutti i pazienti sono stati rivalutati mediante TC addome con mezzo di contrasto eseguita all'ultimo follow-up.

Risultati:

Dei 201 tumori, 164 (81.6%) sono stati classificati come RCC ed inclusi nello studio. Le dimensioni tumorali patologiche medie (mediana, range) erano di 3.5 (3.2, 0.512.5) cm. Il 70.1% dei tumori erano carcinomi a cellule chiare; 16.5%, papillari; 11.6%, cromofobi. In totale, il 13.4% erano G1, il 78.6% G2 e l'8% G3. Lo stadio patologico era pT1a in 115 casi (70.2%), pT1b in 31 (18.9%), pT2 in 3 (1.8%), pT3a in 15 (9.1%). I margini chirurgici sono risultati sempre negativi. Il follow-up medio (range) è stato di 40 (2562) mesi. La sopravvivenza libera da progressione a 3 anni è stata del 95.6%. Durante il follow-up, 7 pazienti hanno avuto una progressione di malattia (4.3%) e di questi, 2 sono deceduti per RCC, mentre 10 pazienti sono deceduti per cause non relative alla patologia neoplastica renale. Dei 7 pazienti con progressione di malattia, 3 hanno avuto una recidiva locale (1.8%). Tuttavia, solo uno di questi (0.6%) ha riportato una recidiva locale sul letto di enucleazione, rilevata a distanza di 35 mesi dall'intervento mentre nei 2 restanti pazienti (1.2%) è stata fatta diagnosi di recidiva renale in altra sede associata a metastasi a distanza, diagnosticate a 16 e 13 mesi dall'intervento, suggerendo un possibile RCC multifocale metacrono o RCC multifocale sincrone non rilevato all'imaging preoperatorio. I restanti 4 pazienti (2.4%) hanno sviluppato metastasi a distanza senza evidenza di recidiva locale. Il tasso di recidiva locale/sistemica è stato di 1.7% nei pT1a, 3.2% nei pT1b e 26.7% nei pT3a. Inoltre, tale percentuale è stata del 2% nelle procedure di elezione, e del 31.8% in caso di indicazione imperativa.

Discussione:

Il nostro studio prospettico evidenzia ad un follow-up medio di 40 mesi la radicalità oncologica della tecnica di enucleazione eseguita "in vivo" e conferma gli ottimi risultati istologici ottenuti e già pubblicati.

Messaggio conclusivo:

I nostri risultati patologici e clinici suggeriscono che l'enucleazione tumorale senza l'ablazione del letto chirurgico è una tecnica di per se efficace e sicura e che l'ablazione del letto di enucleazione può eventualmente rivestire un ruolo emostatico ma non ha alcun effetto sulla radicalità oncologica.

C11

ANALISI DELLE COMPLICANZE POSTOPERATORIE E DEI FATTORI PREDITTIVI IN PAZIENTI TRATTATI CON ENUCLEAZIONE TUMORALE PER CARCINOMA RENALE: STUDIO PROSPETTICO MONOCENTRICO SU 200 CASI

A. Minervini, G. Vittori, A. Tuccio, G. Siena, S. Giancane, M. Salvi, S. Posi, A. Lapini, S. Serni, M. Carini (FIRENZE)

Scopo del lavoro:

Analizzare complicanze postoperatorie e determinare eventuali fattori di rischio per lo sviluppo delle complicanze dopo enucleazione tumorale (TE).

Materiali e metodi:

Sono stati valutati prospetticamente 200 pazienti trattati con TE a cielo aperto per RCC nella nostra clinica. La tecnica prevede la rimozione della neoplasia per via smussa, seguendo il naturale piano di clivaggio tra capsula tumorale e parenchima renale, e l'emostasi con sutura sul letto di enucleazione, uso