

**Convegni  
2006**



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia



**Riunione  
Scientifica  
Annuale  
dell'Associazione  
Italiana  
Registri  
Tumori**

**5-6-7 aprile 2006**

**Hotel Astoria - Mercure**  
viale Nobili, 2 • Reggio Emilia

**Enti organizzatori**

AIRT (Associazione Italiana Registri Tumori)  
AUSL di Reggio Emilia - Registro Tumori Reggiano  
Università di Modena e Reggio Emilia

**In collaborazione con**

AIE (Ass. Italiana Epidemiologia)  
AIOM (Ass. Italiana Oncologia Medica)  
ASMN (Azienda Ospedaliera S.Maria Nuova, Reggio Emilia)

**Con il Patrocinio di**

Assessorato Politiche per la Salute della  
Regione Emilia Romagna  
Provincia di Reggio Emilia  
Comune di Reggio Emilia

**Ordine dei Medici**

Lega contro i Tumori. Sezione di Reggio Emilia  
Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori  
CCM (Centro Controllo Malattie) - Ministero della Salute  
Associazione "Alleanza Contro il Cancro"

**Terapia chirurgica radicale e conservativa nel carcinoma renale a cellule chiare: esperienza congiunta di 2 centri urologici, Reggio Emilia e Parma**

Pini G, Rossi R, Mora A, Spatafora S, Martino F, Spagni M, Ferretti S\*, Cortellini P\*, Leoni S  
SC UROLOGIA ASMN REGGIO NELL'EMILIA - \*SC UROLOGIA AO UNIVERSITARIA  
PARMA

**Obiettivi:** Riportiamo l'esperienza congiunta di due centri di Urologia sulla terapia chirurgica del Carcinoma Renale a Cellule Chiare (Renal Cell Carcinoma-RCC): la Nefrectomia Radicale (RN- Radical Nephrectomy) e la Chirurgia Conservativa (NSS- Nephron Sparing Surgery). Risultati, followup e nuove strategie.

**Materiali e metodi:** Sono stati diagnosticati e stadiati clinicamente (Ecografia addominale, TC toraco-addominale, Scintigrafia ossea, RX torace, emocromo, profilo renale ed epatico) 292 pazienti (186 maschi, 106 femmine, rapporto maschi/femmine 1,8 e con età media di 68 anni, range 31-88 anni) affetti da RCC e sottoposti a terapia chirurgica in un periodo di 6 anni compreso fra gennaio 1999 e dicembre 2004.

La scelta chirurgica è stata indirizzata dalle linee guida internazionali basate sullo stadio clinico (TNM), sulla presentazione della neoplasia e storia clinica del paziente:

- a) Stadio clinico T1-T4, N+: → NEFRECTOMIA RADICALE,
- b) Stadio clinico T1 N0M0, buon performance status → CHIRURGIA CONSERVATIVA ELETTIVA (Enucleoresezione, Resezione Polare, Eminefrectomia).
- c) Bilateralità, monorene chirurgico o congenito, IRC, Idroureteronefrosi → CHIRURGIA CONSERVATIVA ASSOLUTA, d) M+, buon performance status → NEFRECTOMIA RADICALE + METASTASECTOMIA e/o IMMUNOTERAPIA (Il-2, IFN- $\alpha$ ).

Il follow-up si è svolto mediante Tc, Scintigrafia ossea, ecografia addome, esame urine e citologia urinaria a scadenze trimestrali, semestrali o annuali presso i nostri ambulatori.

**Risultati:** Si è eseguito Nefrectomia Radicale (RN) in 179 Pz (61,2%), Chirurgia Conservativa Elettiva (NSS) in 72 Pz (24,7%), Chirurgia Conservativa Assoluta in 9 Pz (3,1%), Nefrectomia Radicale + Metastasectomia e/o Immunoterapia in 32 Pz (11%).

E' stato possibile risalire alla stadiazione pTNM in 277 pazienti: pT1 154 (54%), pT2 47 (16,7%), pT3a 29 (10,1%), pT3b 53 (18,5%), pT3c 1 (0,3%), pT4 3 (1%), pN0 256 (88%) pN1 11 (3,9%) pN2 22 (7,6%), pM0 263 (91,6%), pM1 24 (8,4%), follow-up medio 42 mesi (6-78).

Tasso di sopravvivenza globale 80,9%, tasso sopravvivenza libero da malattia 73,6%.

Tasso di progressione della malattia 24,9% di cui 9 recidive renali e 60 metastasi a distanza con tempo libero dalla malattia 15,2 mesi (0- 60 mesi). 14 sono stati trattati con metastasectomia e 10 immunoterapia.

**Conclusioni:**

1) Constatando un aumento della diagnosi incidentale della neoplasia (da 39% del 1999 a 68% del 2004) e un aumento della diagnosi di neoplasie  $\leq 4$ cm ( T1a) (da 6 del 1999 a 18 del 2004) abbiamo aderito ai criteri di modifica del TNM (2002) dello stadio T1 in due sottoclassi - T1a ( $\leq 4$ cm) e T1b (4cm)

2) I dati ricavati dalla nostra esperienza confermano inoltre che è possibile ampliare con un buon margine di sicurezza le indicazioni alla chirurgia conservativa d'elezione anche a neoplasie renali localizzate di diametro superiore a 4cm: stadio T1b

3) Si è confermato una maggiore incidenza nel sesso maschile (m/f=1,8/1) peraltro associata ad una peggiore prognosi rispetto alla controparte femminile.

**4)** Il follow-up dei pazienti affetti da neoplasia associata a trombosi delle vena renale o cava (stadio pT3b) non infiltrante la parete, non è correlato all'estensione craniale o caudale del trombo nel vaso, quanto al diametro medio della neoplasia originaria nel rene.