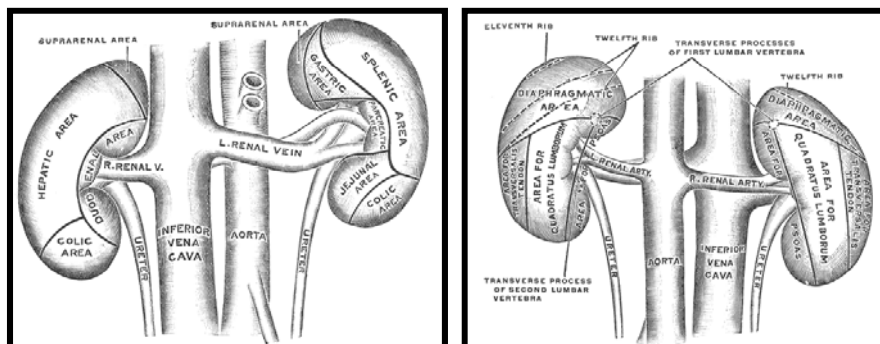


Cancro del rene

1

Anatomia



2

Epidemiologia ed Eziologia

- 2% DEI TUMORI DELL'ADULTO
- INCIDENZA 9-16 / 100000
- RAPPORTO M/F 2/1
- RARO PRIMA DELLA TERZA DECADE
- MAGGIOR FREQUENZA NELLA V E VI DECADE
- I tumori renali sono generalmente monolaterali (nel 2-5% dei casi bilaterali sincroni o asincroni)

3

Fattori di rischio

Genetici:

- Carcinoma renale ereditario a cellule chiare (HCRC)
- Carcinoma renale ereditario papillare (HPRC)

Ambientali:

- Fumo di sigaretta
- Piombo, cadmio, tricloroetilene, asbesto, torotrast, esposizione a radiazioni ionizzanti, fenacetina, dieta ricca di proteine e grassi

Patologie predisponenti:

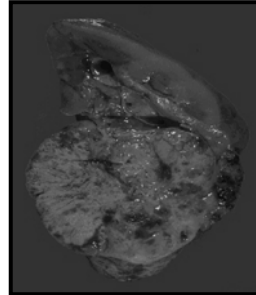
- Obesità
- Malattia policistica del rene
- Ipertensione
- Sdr. di Von Hippel Lindau (tumori pancreas, SNC, occhio, surrene, orecchio, epididimo)

4

ANATOMIA PATOLOGICA

MACROSCOPICAMENTE

- ROTONDEGGIANTE
- PRIVO DI CAPSULA VERA
- PRESENZA DI ZONE EMORRAGICHE E NECROTICHE



MICROSCOPICAMENTE

- ORIGINA DAL TUBULO CONTORTO PROSSIMALE
 - A CELLULE CHIARE
 - A CELLULE GRANULOSE
 - A CELLULE TUBULOPAPILLARI
 - A CELLULE SARCOMATOIDI
 - A CELLULARITA' MISTA

STORIA NATURALE

- Esso tende inizialmente a comprimere il sistema calico-pielico.
- Successivamente tende a superare la capsula renale e in fase avanzata la fascia del Gerota che funge da barriera protettiva.
- Nel 20-25% dei casi metastatizza per via linfatica in particolare ai linfonodi ilari, seguiti dai paraortici e paracavali.
- Una caratteristica peculiare di tale tumore è lo spiccato venotropismo. Infatti nel 20-40% dei casi si estende alla vena renale e nel 4-19% alla vena cava inferiore fino ad arrivare all'atrio destro.
- Tardivamente può dare lesioni metastatiche soprattutto a polmone (55%), fegato (33%), ossa (32%), SNC (5-7%) e rene controlaterale (11%), anche se in quest'ultimo caso appare incerta una possibile seconda lesione primitiva.

6

SINTOMI E SEGNI

– TRIADE CLASSICA:

- EMATURIA
- DOLORE
- MASSA LOMBARE

- E' DIVENUTA ESTREMAMENTE RARA (5-10%)

7

SINTOMI E SEGNI

EMATURIA (50%)

- MONOSINTOMATICA
- CAPRICCIOSA

PERDITA DI PESO

FEBBRE

8

Sindromi paraneoplastiche

- VES elevata
- ipertensione arteriosa: eccessiva produzione di renina o alla presenza di shunt artero-venosi in sede neoplastica;
- Poliglobulia: produzione di eritropoietina;
- Ipercalcemia : produzione di una sostanza PTH-like;
- Sindrome di Cushing: eccessiva produzione di ormone adrenocorticotropo da parte del tumore;
- ipoglicemia da iperinsulinemia.
- Sindrome di Stauffer disfunzione epatica non metastatica (alterazione degli enzimi epatici, leucopenia, febbre e zone di necrosi epatica)

9

Diagnosi

- DIAGNOSI STRUMENTALE ECOGRAFICA DURANTE ECOGRAFIA PER ALTRI MOTIVI
- AUMENTATA INCIDENZA DI TUMORI INCIDENTALI DIAGNOSTICATI IN FASE PRECOCE E ASINTOMATICA

10

METODICHE DIAGNOSTICHE

- ECOGRAFIA
- TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (T.C.)
- RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RMN)
- ARTERIOGRAFIA

11

- **ECOGRAFIA**

- PERMETTE DI DIFFERENZIARE MASSE SOLIDE CISTICHE O MISTE
- PERMETTE DI VALUTARE CON DISCRETA APPROSSIMAZIONE LO STADIO CLINICO
- LE CISTI RENALI SONO TIPICAMENTE ANECOGENE ALL'ECOGRAFIA
- TUTTE LE MASSE ECOGRAFICAMENTE DIMOSTRABILI E NON ANECOGENE DEVONO INDURRE AD UN APPROFONDIMENTO DIAGNOSTICO

12

TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA

- ACCURATEZZA DIAGNOSTICA DEL 95% SUL TUMORE PRIMITIVO
- BUONA SENSIBILITA' SULLE METASTASI VISCERALI A DISTANZA

RMN

- SUPERIORE NELLA VALUTAZIONE DEI TROMBI NEOPLASTICI

13

ARTERIOGRAFIA

- DIAGNOSI DIFFERENZIALE
 - » NEOPLASIE DELLA VIA ESCRETRICE
 - » ONCOCITOMI
- VALUTAZIONE DELLA VASCOLARIZZAZIONE
 - » STRATEGIA CHIRURGICA
 - » CHIRURGIA CONSERVATIVA
- EMBOLIZZAZIONE

14

ESAMI DI LABORATORIO

Emocromo con ematocrito

VES

Azotemia, clereance Creatinina

Calcemia

15

STADIAZIONE (TNM)

Tx La neoplasia non può essere identificata

T0 Non evidenza della neoplasia primitiva

T1 Ca <7 cm limitato al rene

T2 Ca >7 cm limitato al rene

T3 La neoplasia invade i vasi venosi maggiori o il surrene o i tessuti perirenali, ma non va oltre la fascia di Gerota

T3a La neoplasia invade il surrene o i tessuti perirenali

T3b La neoplasia invade la vena renale o la vena cava sotto il diaframma

T3c La neoplasia si estende nella vena cava fin sopra il diaframma

T4 La neoplasia invade e supera la fascia di Gerota

STADIAZIONE (TNM)

Nx I linfonodi regionali non possono essere accertati

N0 Assenza di metastasi ai linfonodi regionali

N1 Metastasi ad un singolo linfonodo regionale

N2 Metastasi a più di un linfonodo regionale

Mx Le metastasi a distanza non possono essere accertate

M0 Assenza di metastasi a distanza

M1 Metastasi a distanza

17

GRADING CARCINOMA RENALE

Si basa sul grado di anaplasia nucleare: Sistema di Fuhrman (1982):

G1: nuclei piccoli, tondeggianti, nucleoli poco evidenti

G2: nuclei ingrossati, irregolari, nucleoli piccoli

G3-G4: nuclei ingrossati, molto irregolari, nucleoli evidenti (aggregati in cromatina in G4)

GX	Grading non valutabile
G1	Ben differenziato
G2	Moderatamente differenziato
G3 - 4	Poco differenziato/indifferenziato

18

Trattamento

19

Chirurgia

- TERAPIA
 - LA CHIRURGIA RIMANE A TUTT’OGGI LA SOLA TERAPIA EFFICACE

Chirurgia

CHIRURGIA RADICALE

(NEFRECTOMIA ALLARGATA EXTRAFASZIALE CON
SURRENALECTOMIA, LINFADENECTOMIA CONSENSUALE ED
EVENTUALE TROMBECTOMIA CAVALE)

CHIRURGIA CONSERVATIVA

- NEFRECTOMIA PARZIALE
- ENUCLEORESEZIONE

- DI NECESSITA' : PZ MONORENE
INSUFFICIENZA RENALE
- DI ELEZIONE: TUMORI < 5 CM *

Radioterapia

Nella maggioranza dei casi tale strategia terapeutica ha un ruolo
palliativo nel trattamento palliativo delle lesioni metastatiche
sintomatiche

Chemioterapia

Modulatori della risposta biologica

IFN alpha
IL-2

Targeted therapy

Sorafenib
Sunitinib
Bevacisumab
Temsirolimus