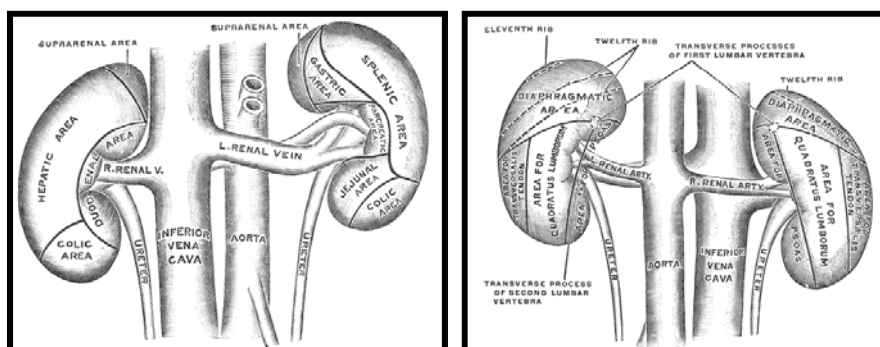


# Cancro del rene

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:

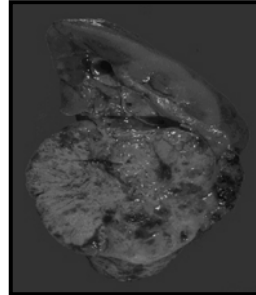
- Obesità
- Malattia policistica del rene
- Ipertensione
- Sdr. di Von Hippel Lindau (tumori pancreas, SNC, occhio, surrene, orecchio, epididimo)

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)

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

18

## Trattamento

19

## Chirurgia

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

## Chirurgia

### **CHIRURGIA RADICALE**

(NEFRECTOMIA ALLARGATA EXTRAFASCIALE 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