



PSDTA Carcinoma del Rene

Allegato 3 : Chirurgia tumore localizzato

**A cura del Gruppo di Studio
Carcinoma del Rene
Rete Oncologica Piemonte e Valle 'Aosta
Anno di pubblicazione 2024**

- **CHIRURGIA DEL TUMORE RENALE LOCALIZZATO**

Costituisce il trattamento di elezione. Deve essere eseguito in reparti urologici entro 30 giorni dall'inserimento in lista di attesa. Comprende :

- 1) Nefrectomia parziale: asportazione radicale della neoformazione, preservando il restante parenchima renale. Può costituire:
 - trattamento di elezione quando tecnicamente fattibile, riservato ai tumori renali localizzati
 - trattamento di necessità in caso di pazienti mono-rene congenito o acquisito o con insufficienza renale cronica, con il fine di preservare il più possibile la funzione renale residua.
- 2) Nefrectomia radicale (+ surrenectomia e linfadenectomia loco\regionale da valutare in modo caso-specifico): quando la nefrectomia parziale non è indicata ed in tutti i tumori nonlocalizzati.

La tecnica chirurgica può essere open, video-laparoscopica o robotica a seconda dell'esperienza dell'operatore. L'indisponibilità della tecnica mini-invasiva non deve compromettere l'utilizzo della nefrectomia parziale nei casi in cui tecnicamente fattibile. In caso di masse complesse non ritenute gestibili presso il singolo centro, il paziente dovrebbe essere inviato a centri ad alto volume.

Alternative alla chirurgia del tumore renale

Sorveglianza attiva di piccola massa renale

Indicata per tumori renali di piccole dimensioni, localizzati, che tendono a crescere lentamente e raramente hanno potenziale metastatico. Può essere raccomandata se la chirurgia non rappresenta l'opzione di trattamento ideale (es: paziente anziano e/o fragile per co-morbilità tali da controindicare un intervento chirurgico) e se il tumore ha un diametro <4 cm.

Richiede un monitoraggio seriato che permetta di identificare precocemente l'eventuale crescita clinicamente significativa del tumore, con conseguente valutazione di ulteriore opzione terapeutica. Il monitoraggio avviene abitualmente con ecografia o TC\RM, ogni 6 mesi nel primo anno dalla diagnosi, quindi ogni 6\12 mesi.

Va prevista l'uscita dal protocollo di sorveglianza attiva in caso di:

- raddoppio volumetrico entro 1 anno;
- superamento del diametro limite di 4 cm.

Terapia ablativa di piccola massa renale

Radiofrequenza, Crioterapia e Microonde

Rappresenta un approccio alternativo per i pazienti con neoplasia renale localizzata cT1.

I criteri di selezione dei pazienti non sono standardizzati, né i risultati oncologici verificati da studi clinici controllati. Dovrebbe essere preceduta da biopsia di conferma della lesione renale neoplastica da trattare. A causa di un numero maggiore di recidive locali rispetto alla chirurgia, viene proposta principalmente a pazienti (spesso anziani) con comorbilità che rendono controindicata la nefrectomia parziale, a pazienti con precedenti chirurgie renali, a pazienti affetti da forme ereditarie di tumore renale, spesso con lesioni multifocali sincrone o metacrone, a pazienti monorene o con neoplasie nel rene trapiantato

Radioterapia stereotassica (SBRT) del tumore renale localizzato

La radioterapia stereotassica (SABR o SBRT) rappresenta un'opzione terapeutica alternativa alla

chirurgia che sta emergendo nei pazienti non operabili per comorbidità o per le caratteristiche locali del tumore.

Può essere utilizzata per il trattamento del tumore primitivo renale in stadio iniziale, grazie all'utilizzo di dosi ablative che consentono di superare la scarsa sensibilità del tumore renale alla classica radioterapia convenzionale. Essa rappresenta inoltre un'opzione terapeutica non invasiva e con minimi effetti collaterali anche sulla funzionalità renale; pertanto, può essere un'alternativa a trattamenti più invasivi in particolare nei pazienti fragili o con comorbidità.

Chirurgia del tumore renale metastatico

Nel quadro della malattia metastatica la chirurgia può essere potenzialmente curativa solo se tutte le localizzazioni tumorali vengono asportate. Nella maggior parte dei pazienti con malattia metastatica la nefrectomia radicale cosiddetta citoriduttiva ha un significato palliativo e un trattamento sistemico è comunque necessario. Sulla base dei risultati di un recente studio multicentrico randomizzato di fase III (Carmena trial) che ha confrontato la terapia sistemica con sunitinib con la terapia sistemica preceduta dalla chirurgia citoriduttiva dimostrando la non inferiorità della sola terapia sistemica in termini di sopravvivenza complessiva, queste sono le attuali raccomandazioni a riguardo del ruolo della chirurgia nella malattia renale metastatica:

- La nefrectomia citoriduttiva non deve essere eseguita in pazienti con scarsa prognosi secondo le attuali classificazioni di rischio (MSKCC, Heng score)
- La nefrectomia citoriduttiva non deve essere eseguita in pazienti con prognosi intermedia che presentino un tumore primitivo sincro asintomatico e richiedano l'avvio di una terapia sistemica. In questi pazienti deve essere subito iniziata la terapia sistemica con uno dei protocolli attualmente raccomandati in prima linea di trattamento
- La nefrectomia citoriduttiva deve essere discussa con i pazienti che ottengono un beneficio clinico significativo con la terapia sistemica (risposta completa o parziale prolungata) – cosiddetta nefrectomia citoriduttiva dilazionata
- La nefrectomia citoriduttiva deve essere eseguita in prima battuta in pazienti con buona prognosi e buon performance status che non richiedano l'avvio della terapia sistemica
- La nefrectomia citoriduttiva può essere eseguita in pazienti con malattia oligometastatica quando il trattamento locale delle metastasi può essere radicale.