



PSDTA Carcinome del Rene

Allegato 5 : Terapia sistemica del tumore renale metastatico

**A cura del Gruppo di Studio
Carcinoma del Rene
Rete Oncologica del Piemonte e Valle d'Aosta
Anno di pubblicazione 2024
Revisione 2025**

Nel tumore del rene a cellule chiare operato e oligometastatico M1 reso M0, è indicata terapia adiuvante con Pembrolizumab.

La scelta della terapia medica nel **tumore renale metastatico a cellule chiare** si basa sull'attribuzione del paziente ad una classe prognostica (ad oggi utilizziamo *Heng score*). Per ogni classe prognostica gli studi randomizzati disponibili hanno definito alcuni schemi terapeutici a farmaco singolo o in associazione, che hanno determinato la possibilità nella pratica clinica di ritagliare la terapia sul singolo paziente tenendo conto delle sue comorbidità. In sintesi possiamo così suddividere per classi prognostiche gli schemi ad oggi utilizzabili

I linea, prognosi favorevole (Heng Score):

- Nivolumab-Cabozantinib
- Pembrolizumab-Axitinib
- Pembrolizumab-Lenvatinib
- Sunitinib o Pazopanib in casi selezionati
- Studi clinici (se disponibili)

I linea, prognosi intermedia/sfavorevole (Heng Score):

- Nivolumab-Cabozantinib
- Pembrolizumab-Axitinib
- Ipilimumab-Nivolumab
- Pembrolizumab-Lenvatinib
- Cabozantinib se paziente non candidabile ad immunoterapia
- Studi clinici randomizzati (se disponibili)

II linea

Dopo immunoterapia+TKI:

- Cabozantinib (se non già utilizzato in I linea)
- Sunitinib (se non già utilizzato in I linea)
- Studi clinici randomizzati (se disponibili)

Dopo TKI:

- Nivolumab
- Cabozantinib, Axitinib, Sunitinib, Sorafenib (in relazione ai trattamenti effettuati in precedenza)
- Studi clinici randomizzati (se disponibili)

Dalla III linea in poi

- Cabozantinib, Sunitinib, Sorafenib o Nivolumab se non precedentemente utilizzati
- Everolimus
- Studi clinici randomizzati (se disponibili)

Tumori renali non a cellule chiare

Il 20– 25% dei tumori renali viene classificato come non a cellule chiare.

- Tumore renale metastatico papillare
 - I linea*
 - Cabozantinib (preferito), sunitinib
 - Nivolumab-Cabozantinib
 - Pembrolizumab-Lenvatinib
 - Studi clinici randomizzati (se disponibili)

II linea

- Cabozantinib o Sunitinib (se non già utilizzati in I linea) o Everolimus
- Studi clinici randomizzati (se disponibili)

- Tumore renale cromofobo
 - I linea:*
 - Studi clinici randomizzati (se disponibili)
 - Sunitinib o pazopanib
 - Pembrolizumab-Lenvatinib

- Tumore dei Dotti collettori o midollare:
 - I linea:*
 - Studi clinici randomizzati (se disponibili)
 - Chemioterapia a base di cisplatino
 - Cabozantinib Sunitinib o Pazopanib

- Differenziazione sarcomatoide predominante:
 - Nivolumab-Cabozantinib
 - Pembrolizumab-Axitinib
 - Ipilimumab-Nivolumab
 - Pembrolizumab-Lenvatinib
 - Sunitinib
 - Pazopanib
 - Studi clinici randomizzati (se disponibili)

Per questi tumori più rari non è ad oggi definita una seconda linea di terapia standard, si consiglia quindi l'inserimento in studi clinici, se possibile.

Il trattamento con bifosfonati o denosumab viene preso in considerazione in caso di evidenza di metastasi ossee che necessitano di trattamento per la riduzione del rischio di eventi scheletrici avversi oppure in caso di ipercalcemia oppure in caso di sintomatologia algica ossea, previa valutazione odontoiatrica.

Per la scelta del trattamento sistemico dei pazienti con tumore del rene, si consiglia riferimento costante alle linee guida AIOM 2025 e alle linee guida ESMO 2024.