

# TUMORI DEL RENE

# CLASSIFICAZIONE (I)

## 1. TUMORI PRIMITIVI

- EPITELIALI
- MESENCHIMALI
- EMBRIONALI

## 2. TUMORI SECONDARI

# CLASSIFICAZIONE (II)

## TUMORI PRIMITIVI DEL PARENCHIMA RENALE

- TUMORI EPITELIALI:
  - MALIGNI: CARCINOMA
  - BENIGNI: ADENOMA, ONCOCITOMA
- TUMORI MESENCHIMALI:
  - MALIGNI: LEIO/MIO/LIPO/SARCOMA
  - BENIGNI: ANGIOMIOLIPOMA, FIBROMA, LIPOMA
- TUMORI EMBRIONALI:
  - TUMORE DI WILMS (MALIGNO)

# CLASSIFICAZIONE (III)

## TUMORI SECONDARI DEL PARENCHIMA RENALE

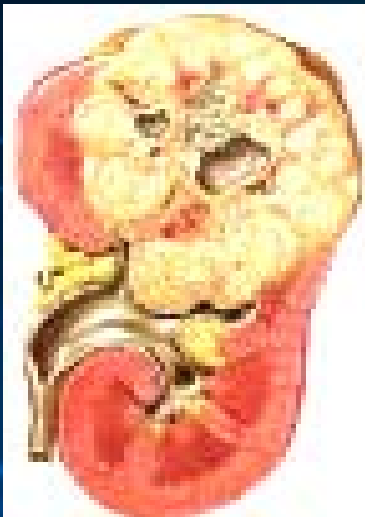
- LINFOMI
- POLMONARI
- OVARICI
- GASTRICI
- INTESTINALI
- CEREBRALI

# CARCINOMA RENALE

IPERNEFROMA

TUMORE DI GRAWITZ

**ADENOCARCINOMA**



Descritto da Grawitz nel 1883... sosteneva che il tumore originasse da residui surrenalici presenti all'interno del rene.

(contenuto adiposo simile al surrene)

# EPIDEMIOLOGIA

- 90% dei tumori renali primitivi
- 5% di tutti i tumori maligni nell'uomo
- Al 10° posto fra le cause di morte per tumore
- Circa 4000 nuovi casi e 2000 morti/anno in Italia
- Altissima incidenza nei Paesi Scandinavi
- Età prevalente: tra 5<sup>a</sup> e 6<sup>a</sup> decade (anche a 30 aa)
- Rapporto ♂/ ♀: 2/1

# FATTORI DI RISCHIO

- ❖ **Fumo di sigaretta, caffè**
- ❖ **Radiazioni ionizzanti**
- ❖ **Delezioni cromosomiche (3 e 7, raramente 6, 8, 11)**
- ❖ **Familiarità**
- ❖ **Abuso di analgesici e estrogeni**
- ❖ **Esposizione al cadmio, piombo, asbesto, arsenio**
- ❖ **Obesità e dieta iperproteica**

# STORIA NATURALE (I)

“Comportamento imprevedibile”

## 2 MODELLI EVOLUTIVI

### **1- A LENTO ACCRESCIMENTO :**

- a) scarsa attività infiltrativa
- b) metastasi tardive
- c) notevoli dimensioni

### **2- A RAPIDO ACCRESCIMENTO**

- a) precoci metastasi a distanza



## STORIA NATURALE (II)

- **Origina dalle cellule epiteliali del tubulo contorto prossimale**
- **Accrescimento verso i tessuti perirenali**
- **Massa unica (95% dei casi) / Focolai multipli (5% dei casi)**
- **Dimensioni variabili**
- **Unilaterale (2% dei casi bilaterale)**
- **Pseudocapsula**
- **Aree di emorragie e di necrosi**

# EVOLUZIONE

## DIFFUSIONE LOCALE

La fascia di Gerota rappresenta una barriera naturale  
(tessuti perirenali, surrene, pancreas, intestino)

## DIFFUSIONE A DISTANZA

- **Via linfatica (20%):** linfonodi ilari, lomboaortici
- **Trombi venosi:** v. renale, v. cava, vv. paravertebrali
- **Metastasi ematiche (80%):** polmone, fegato, ossa, cervello, cute, rene controlaterale

# ANATOMIA PATOLOGICA / ISTOLOGIA

## Aspetti macroscopici

- 1) Tondeggiante
- 2) Pseudocapsula
- 3) Aree emorragiche / necrotiche
- 4) Giallo / brunastro / grigio

## Tipi istologici

- 1) A CELLULE CHIARE (75 %)
- 2) PAPPILLARE I° tipo (5%)
- 3) PAPPILLARE II° TIPO (10%) (aggressivo)
- 4) CROMOFORO (5-7%) (miglior prognosi)
- 5) ALTRI (3-5%) (prognosi peggiore)

# STADIAZIONE CLINICA

**1. Stadio patologico TNM**

**2. Grado di malignità**

# GRADI DI MALIGNITA'

## GRADING DI FUHRMAN

**G1:** nuclei piccoli, tondeggianti, nucleoli poco evidenti

**G2:** nuclei ingrossati, irregolari, nucleoli piccoli

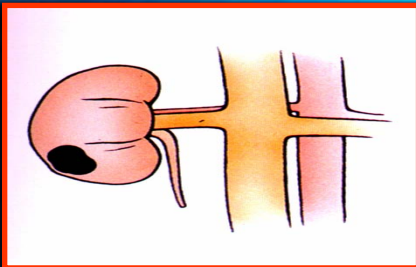
**G3:** nuclei ingrossati, molto irregolari, nucleoli evidenti

**G4:** nuclei ingrossati, molto irregolari, nucleoli evidenti, aggregati di cromatina

**G1** | — **Basso grado = Prognosi favorevole**  
**G2** |

**G3** | — **Alto grado = Prognosi sfavorevole**  
**G4** |

# STADIAZIONE T

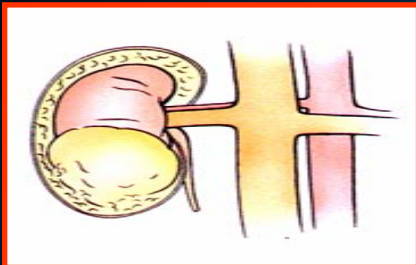


## T1 e T2:

**T1a** Tumore confinato al rene: < 4 cm

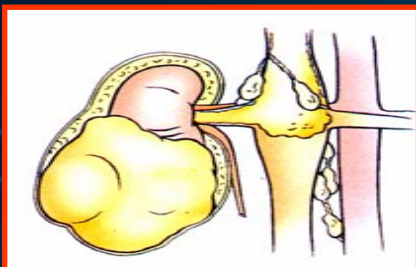
**T1b** Tumore confinato al rene: 4 - 7 cm

**T2:** Tumore confinato al rene > 7 cm



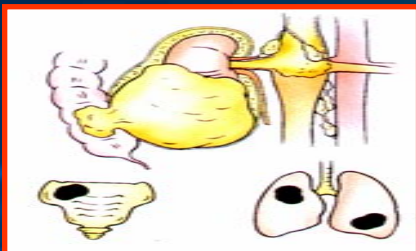
**T3:** Tumore extracapsulare, confinato alla fascia di Gerota

**T3a:** Estensione al grasso perinefrico e/o al surrene



**T3b:** estensione alla vena renale e/o cava sottodiaframmatica

**T3c:** estensione alla vena cava sovradiaframmatica



**T4:** Il tumore supera la fascia di Gerota ed infiltra gli organi adiacenti

# STADIAZIONE N e M

**N1-N2:** Interessamento dei linfonodi regionali

**N3-N4:** Interessamento dei linfonodi iuxtaregionali

**M1:** Metastasi a distanza (qualsiasi organo)

# CLINICA

**Ematuria** (80%)

**Dolore** (45%)

**Massa** (30%)

## ➤ Sindromi paraneoplastiche

La triade classica: Ematuria, Dolore, Massa palpabile,  
è presente SOLO nel 10% dei casi



## SINDROMI PARANEOPLASTICHE

1.	VES ELEVATA	70%
2.	CALO PONDERALE / ASTENIA	50%
3.	ANEMIA	45%
4.	IPER-RENINEMIA	40%
5.	FEBBRE	15%
6.	SINDROME DI STAUFFER	15%
7.	POLIGLOBULIA	4%
8.	IPERCALCEMIA	4%
9.	NEUROMIOPATIA	2%

*indicano generalmente una malattia in fase avanzata*

# DIAGNOSI

*“Radicale cambiamento nella diagnostica”*

Fino a 10 anni fa, il 90% dei tumori renali venivano diagnosticati quando erano già sintomatici.

**Oggi il 50% dei tumori renali viene diagnosticato incidentalmente !!!**

# DIAGNOSI

## DIAGNOSI CLINICA (Anamnesi, Sintomi, Segni)

## DIAGNOSI STRUMENTALE

- **ECOGRAFIA**: distinzione tra lesioni cistiche e solide
- **TAC / RMN**: diagnostica e stadiale
- **ANGIOGRAFIA** (valutazione pre-operatoria in chirurgia conservativa in presenza di Malformazioni o ectopia )

# DIAGNOSI DIFFERENZIALE

1. CISTI SEMPLICI E MULTILOCULARI
2. ADENOMI, ONCOCITOMI, ANGIOMIOLIPOMI
3. PIELONEFRITE GRANULOMATOSA

# TERAPIA

*“quasi esclusivamente chirurgica”*

## NEFRECTOMIA RADICALE

Asportazione “en bloc” di: RENE, SURRENE, URETERE,  
GRASSO PERIRENALE E FASCIA DI GEROTA

## NEFRECTOMIA PARZIALE

- EMINEFRECTOMIA
- RESEZIONE POLARE
- ENUCLEORESEZIONE O TUMORECTOMIA

# TERAPIA CHIRURGICA CONSERVATIVA

## ENUCLEORESEZIONE Chirurgia Nephron Sparing

### INDICAZIONI

#### DI NECESSITA'

- paziente monorene
- tumore in rene unico funzionante
- forme bilaterali

#### DI ELEZIONE

- diametro < 4 cm (T1)
- lesione monolaterale
- lesione unica

# TERAPIA

**Radioresistente e Chemioresistente**

**E' UNA DELLE POCHE NEOPLASIE CHE  
RISPONDONO AI MODIFICATORI DELLA  
RISPOSTA BIOLOGICA ( IL2 + IF )**

**Sono state descritte regressioni spontanee di metastasi  
polmonari dopo rimozione della neoplasia primitiva**

# TERAPIA

## FORME AVANZATE

- **CHEMIOTERAPIA**
  - SOLO PALLIATIVA (elevata resistenza)
  
- **RADIOTERAPIA**
  - SOLO PALLIATIVA (elevata resistenza)
  
- **IMMUNOTERAPIA**
  - Il carcinoma renale è altamente immunogenico



# PROGNOSI

## Sopravvivenza a 5 aa

**T1-T2: 80 -100%**

---

**T3a: 60%**

---

**T3b-c: < 30%**

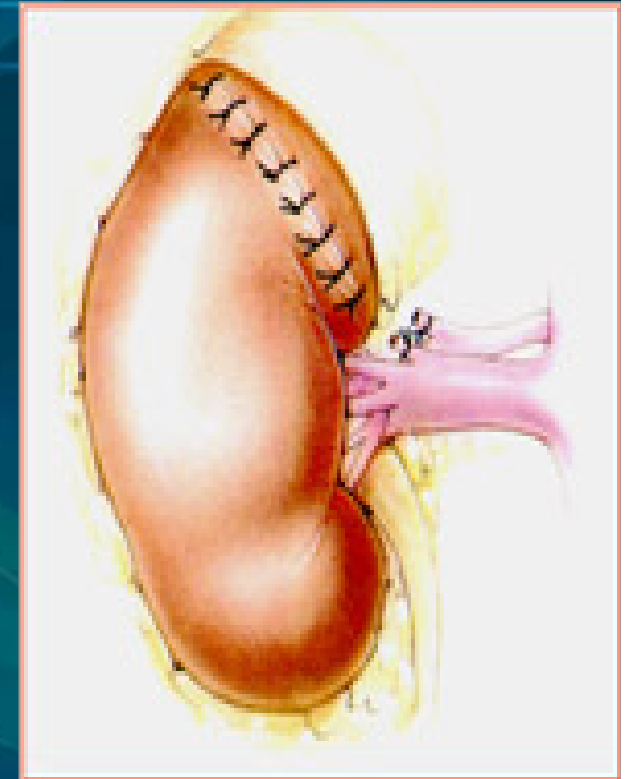
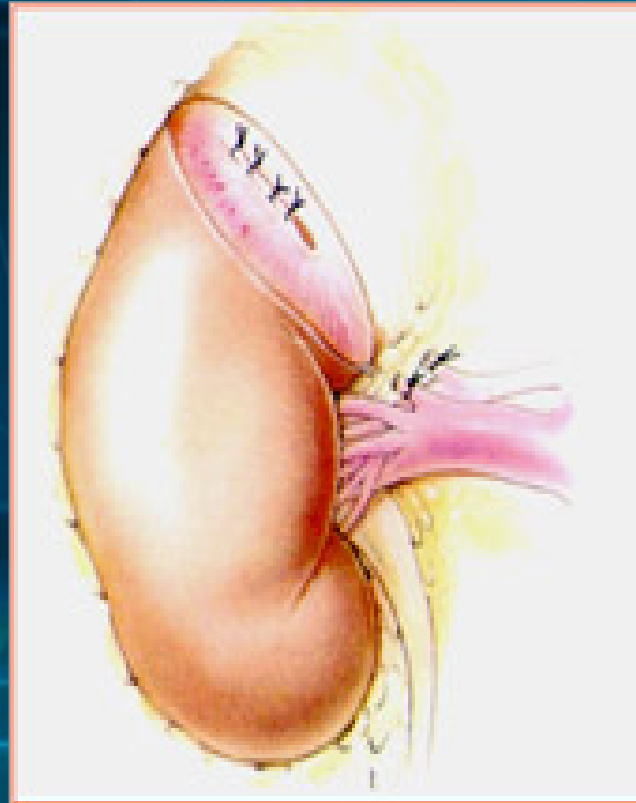
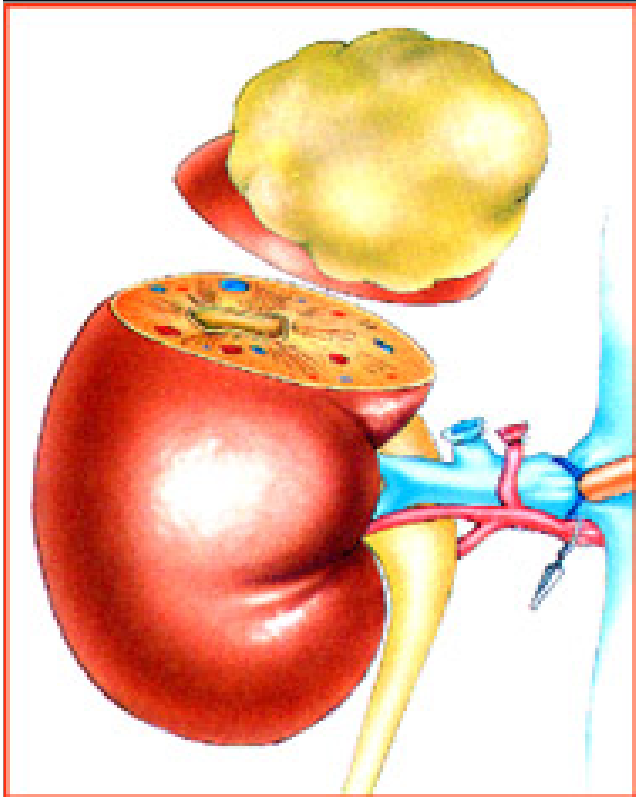
---

**T4: 0-10%**

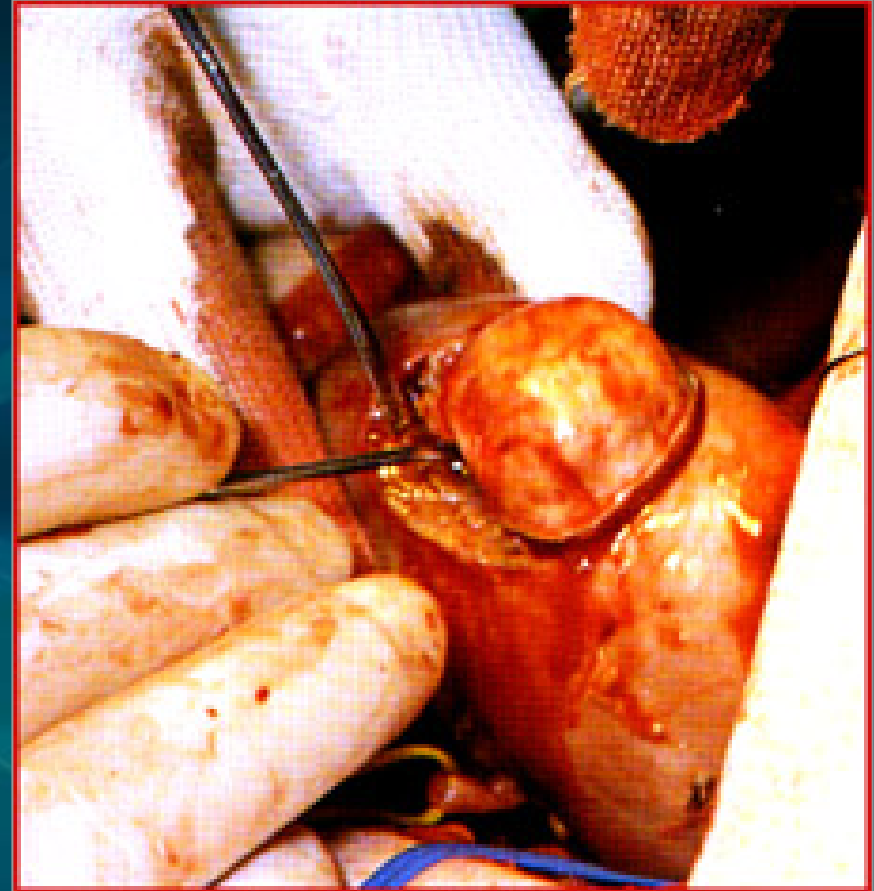
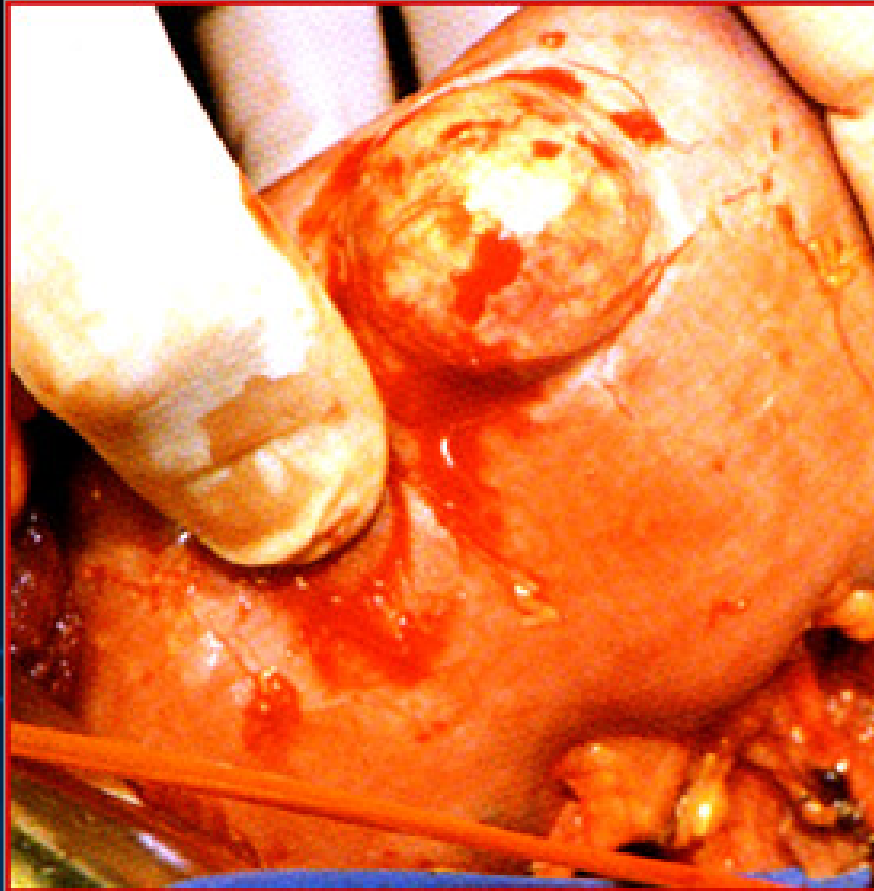
---

TUMORI DEL RENE

# NEFRECTOMIA POLARE



# ENUCLEORESEZIONE



# ANGIOMIOLIPOMA

**Tumore benigno mesenchimale, costituito da tessuto adiposo, vasi sanguigni anomali e fibre muscolari lisce**

- 5% di tutti i tumori renali
- Forma isolata (80%) / associata alla sclerosi tuberosa (20%)
- Asintomatico nella maggioranza dei casi
- 10% esordio acuto con emorragie retroperitoneali

**DIAGNOSI:**

- ECOGRAFIA gold standard (lesione iperecogena)
- TC (lesione ipodensa)
- ARTERIOGRAFIA: area ipervascolarizzata

**TERAPIA:**

- FOLLOW-UP (diametro < 4 cm, asintomatici)
- CHIRURGICA (conservativa, raramente radicale)

# ONCOCITOMA

**Tumore epiteliale, generalmente benigno, ma può essere maligno nel 10% dei casi, che origina dalle cellule epiteliali dei tubuli distali**

- **3-7% di tutti i tumori renali**
- **95% unilaterali - 5% bilaterali**
- **Incidentale nel 65% dei casi**
- **30% sintomatico (triade)**