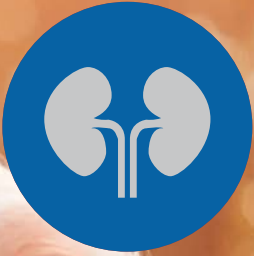


Come affrontare il tumore del rene



Ogni anno, in Italia, si registrano circa 13.400 nuovi casi di tumore del rene.

Questa malattia colpisce soprattutto il genere maschile (con un rapporto di 2 a 1 fra uomini e donne) e le persone con più di 60 anni.

Se stai leggendo questo opuscolo è probabile che a te, o a qualche persona cara, sia capitato di avere a che fare con la malattia.

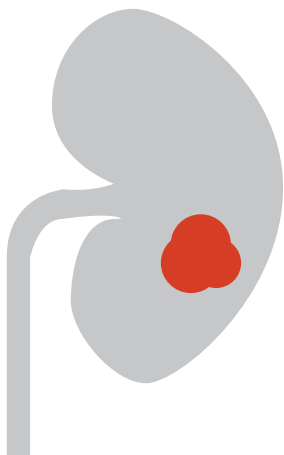
Questa breve guida vuole informarti su cosa sia il carcinoma renale, come si manifesta, quali effetti può avere sull'organismo e come bisogna affrontarlo. L'opuscolo è promosso dalla **Società Italiana di Urologia Oncologica (SIUrO)** ed è uno strumento di approfondimento e supporto con i propri medici curanti.



Società Italiana di Urologia Oncologica
Italian Society of Uro-Oncology

La SIUrO è un'associazione che riunisce urologi, oncologi medici, oncologi radioterapisti, anatomo-patologi, radiologi, ricercatori di base, psicologi e, più in generale, specialisti coinvolti nella cura dei tumori uro-oncologici per confrontare le proprie conoscenze ed esperienze professionali e per sviluppare un patrimonio culturale comune.

I vari tipi di tumore renale



NEL RENE possono svilupparsi due tipi di tumori, molto diversi fra di loro:

- quelli che nascono nel tessuto renale vero e proprio
- quelli che originano nella via escretrice intrarenale.

Questi ultimi si comportano come i tumori vescicali ed esulano dalla trattazione di questo opuscolo.

I tumori renali veri e propri possono essere benigni e maligni, tra i primi, più rari, si riconoscono l'angiomiolipoma e l'oncocitoma. **Più frequenti sono i tumori maligni**, tra questi in base alle caratteristiche istopatologiche si riconoscono in ordine decrescente di frequenza il **carcinoma renale a cellule chiare**, i **carcinomi papillari tipo 1 e 2**, e il **carcinoma renale cromofobo**. Ancora più rari sono il carcinoma dei dotti di Bellini e i sarcomi. Infine rare le localizzazioni renali da parte di tumori originanti in altri organi, da ricordare la possibilità di metastasi da tumore della mammella e da linfomi.

Sintomi

I segni caratteristici del tumore, in fase avanzata, sono tre: **ematuria** (perdita di sangue con le urine), **dolore** (al fianco, dorso o addome) e **massa palpabile**. Inoltre possono esserci sintomi dovuti alla diffusione del tumore ad altri organi (polmone, fegato, ossa) o sintomi dovuti alla produzione di sostanze da parte del tumore che causano delle sintomatologie aspecifiche (sindromi paraneoplastiche).

Negli ultimi decenni tuttavia è sempre più frequente il riscontro di tumori renali in fase iniziale e completamente asintomatici. La scoperta incidentale di questi tumori, che oggi supera il 50% dei casi, è dovuta al sempre più frequente ricorso all'ecografia e in misura minore a TAC e RMN per lo studio di disturbi addominali aspecifici (diversi).

La diagnosi

DI SOLITO inizia con il **riscontro ecografico** di una massa sospetta. La conferma solitamente consegue ad una **TAC**, in grado di definirne le dimensioni e i rapporti con strutture importanti come la vena renale e la cava, la capsula adiposa renale e la ghiandola surrenale. Inoltre la TAC ha valore stadiale consentendo anche la valutazione dello stato dei linfonodi e di organi possibili sedi di metastasi come fegato, polmoni, ossa ed encefalo. Quando sia impossibile eseguire una TAC per allergia al mezzo di contrasto, la **RMN** rappresenta una possibile alternativa. Nel sospetto di coinvolgimento osseo è utile effettuare una **scintigrafia ossea**.

La **biopsia** della massa renale non viene raccomandata quando le dimensioni o le caratteristiche siano tali da consigliare in ogni caso l'intervento chirurgico. La biopsia è invece richiesta in presenza di malattia metastatica non suscettibile di alcun trattamento chirurgico, anche palliativo, in modo da conoscere il tipo di tumore, al fine di scegliere una possibile terapia sistemica.

Gli esami stadiali, come la TAC, consentono di suddividere i tumori del rene in diversi stadi, ma fondamentalmente possiamo considerare:

- Tumori confinati al rene
- Tumori localmente avanzati con estensione alle strutture adiacenti: vena renale e cava, linfonodi, surrene.
- Tumori metastatici



Il trattamento

IL MIGLIOR TRATTAMENTO dipende dal tipo di neoplasia, da quanto è progredita e dallo stato generale di salute del paziente.

La chirurgia

È la principale terapia del cancro al rene. Anche se la neoplasia si è già diffusa, l'intervento può ancora essere favorevole perché al paziente rimane meno malattia da combattere con i trattamenti successivi. L'intervento si chiama **nefrectomia** e consiste nella rimozione di tutto o di una parte del rene. Può essere:

- **radicale o allargata:** asportazione del rene, surrene, grasso perineale, capsula di Gerota, parte dell'uretere e dei linfonodi locoregionali
- **semplice asportazione** solo del rene
- **parziale** nei tumori di piccole dimensioni

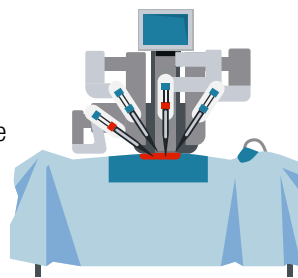
Fino ad alcuni anni fa la chirurgia del tumore renale veniva eseguita con il solo approccio **open** (cioè a cielo aperto).

Di recente sono state sviluppate tecniche chirurgiche **mini invasive** che consentono una ridotta degenza in ospedale e tempi di recupero più

brevi. Queste possono essere sia laparoscopiche che robot-assistite.

Queste ultime oggi rappresentano lo standard per la chirurgia conservativa (**nefrectomia parziale**) mentre la nefrectomia semplice ha oggi come standard l'approccio laparoscopico.

La chirurgia open o tradizionale trova ancora indicazione nei casi di coinvolgimento di organi o strutture contigue e nel trattamento della trombosi cavale neoplastica.



Oltre alla chirurgia possono essere utilizzate delle tecniche ablativo che, mediante diverse fonti di energia, possono distruggere il tumore. Sono la crioablazione e la radiofrequenza che dovrebbero essere utilizzate con procedura percutanea (senza incisioni), in particolare in pazienti in cui non sia proponibile un intervento chirurgico per condizioni generali non ideali.

Dopo l'intervento

IL PERIODO DI DEGENZA in ospedale dipende da molti fattori e varia dai **3-4 giorni** per un intervento laparoscopico ai **7-10** dopo un'operazione di nefrectomia. Eventuali complicanze possono allungare la permanenza nella struttura sanitaria. Nelle prime settimane molti pazienti lamentano fastidio o dolore intorno alla ferita. Se persistono è necessario informare prima possibile il personale medico che in questo caso potrà prescrivere farmaci analgesici.

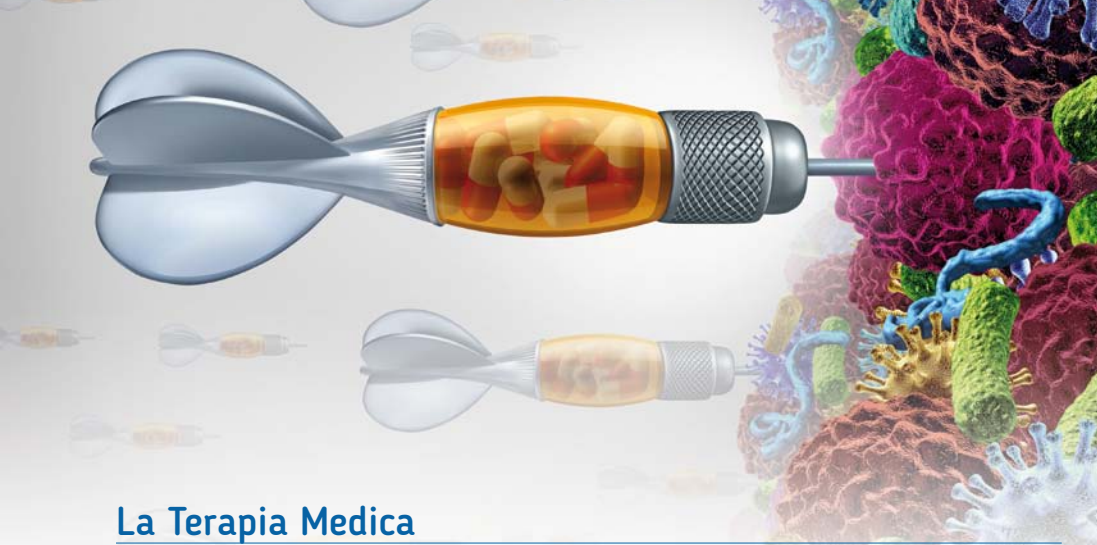
Un paziente sottoposto a nefrectomia radicale solitamente non ha restrizioni alimentari in quanto il rene residuo entro poco tempo compensa la mancanza dell'altro rene. Pertanto, in presenza di una funzione renale conservata, la dieta sarà libera; si consiglia di introdurre una buona quantità di liquidi come abitudine per evitare la formazione di calcoli urinari. Non è raccomandato, nell'immediato decorso post-operatorio, l'uso di vitamine o di integratori, salvo prescrizione medica. Anche da un punto di vista fisico non ci sono limitazioni una volta garantita la tenuta delle suture chirurgiche.

La Radioterapia



Questa cura attraverso **radiazioni ionizzanti** (insieme o meno alla chemioterapia) distrugge le cellule tumorali e riduce le dimensioni del cancro. Al tempo stesso cerca di non danneggiare i tessuti sani. Non viene molto utilizzata nel trattamento del tumore renale, se non in alcune particolari situazioni. Nel caso di metastasi cerebrali, a scopo antalgico in presenza di metastasi ossee dolorose, in presenza di piccole lesioni metastatiche non operabili.

Chi esegue radioterapia non emette radiazioni, quindi durante la cura è possibile rimanere in contatto con le persone care.



La Terapia Medica

Si basa su una **nuova generazione di farmaci** che si raggruppano nella categoria delle cosiddette “**targeted therapy**” o “**terapie mirate**”.

Queste cure sono state sviluppate allo scopo di colpire obiettivi precisi a livello cellulare. Possiedono un comune denominatore: hanno un’azione “anti-angiogenica” e possono inibire la formazione di nuovi vasi sanguigni. La loro azione interferisce con lo sviluppo del tumore che, per crescere, ha bisogno di ossigeno e di sangue e dunque di nuovi vasi che lo irrorationo. L’azione dei farmaci si compie anche attraverso l’inibizione della proliferazione cellulare.

Essendo delle terapie che interagiscono con diversi bersagli molecolari, possono dare effetti collaterali anche significativi. L’effetto collaterale più frequente è la **fatica**, vera e propria limitazione ad effettuare le comuni attività. Trova ragione in diversi meccanismi patogenetici ed è di difficile risoluzione. Altri possibili disturbi sono a carico dell’apparato digerente, come nausea, vomito e diarrea. Un altro effetto non trascurabile è l’ipertensione o l’aggravamento di una situazione preesistente, risolvibile con farmaci specifici.

Gli effetti tossici più caratteristici sono quelli a carico della **pelle**. Si tratta di disturbi che interessano soprattutto il palmo delle mani e le piante dei piedi, si tratta di ipercheratosi (calli, vescicole) che possono fissurarsi con sintomatologia dolorosa importante. Si devono utilizzare calzature che siano il più morbide possibile e creme specifiche per evitare la formazione dei calli

o ammorbidire quelli già formati. È possibile, a volte, osservare anche un cambiamento del colore della pelle, comunque reversibile dopo la sospensione delle terapie.

L'oncologo che prescrive i farmaci fornisce al contempo tutte le informazioni relative agli effetti collaterali e alla loro prevenzione e gestione. In caso di dubbio è bene comunque contattare sempre il proprio oncologo.

L'Immunoterapia

Recentemente l'immunoterapia ha ripreso ad avere un ruolo importante nel trattamento del tumore renale metastatico con la messa a punto di molecole in grado di "sbloccare" il sistema immunitario e renderlo in grado di riconoscere ed aggredire il tumore in quanto tale.

I numerosi farmaci in via di sviluppo per questa patologia (nivolumab, atezolizumab, pembrolizumab, ipilimumab, etc.) vengono globalmente raggruppati nella classe dei cosiddetti "**Inibitori di Checkpoint**" e hanno recentemente dimostrato di aumentare la sopravvivenza globale dei pazienti affetti da questa neoplasia e di essere, mediamente, ben tollerati.

Questa nuova immunoterapia si propone come valida alternativa ai farmaci antiangiogenici, anche se il primo farmaco ad arrivare in disponibilità (il nivolumab) potrà essere utilizzato solo in pazienti che abbiano fallito precedenti trattamenti con farmaci antiangiogenici.



La Chemioterapia

Non è indicata nei pazienti con carcinoma del rene. Può trovare indicazione nella rara forma originante dai dotti del Bellini.

Controlli dopo il trattamento

I **CONTROLLI DA EFFETTUARE** seguono protocolli diversi a seconda dello stadio di malattia e del trattamento effettuato. La pratica clinica dei controlli periodici è definita **follow-up**.

Perché fare i controlli? Per identificare la recidiva o la progressione di malattia o per monitorare eventuali complicanze derivanti dai trattamenti proposti.

Possiamo identificare diversi protocolli di follow-up:

1
Piccole masse renali trattate con nefrectomia parziale o tecniche ablative: queste hanno una scarsa propensione a dare metastasi, il problema maggiore è la recidiva locale. Per questo motivo si utilizzano ecografia, ecografia con contrasto e TC ad intervalli periodici di 6/12 mesi.

2
Tumori localmente avanzati: qui il rischio di metastasi è maggiore e la TC torace addome con contrasto riveste il ruolo più importante. Inizialmente 2 volte l'anno poi 1 volta l'anno. RMN in caso di allergia al contrasto.

3
Malattia metastatica: anche qui la TC riveste il ruolo fondamentale con estensione anche alla valutazione cerebrale. Possono essere utilizzati esami mirati TC, RMN, scintigrafia ossea a seconda delle sedi metastatiche. Utile durante la terapia medica monitorare alcuni parametri ematochimici al fine di valutare la tossicità dei farmaci. Per il tumore renale non sono disponibili marcatori sierologici specifici. Per questo motivo non vengono mai richiesti.

Il tumore del rene necessita di un follow-up molto lungo, anche superiore a 10 anni; dopo i 5 anni, tuttavia, è possibile allungare gli intervalli dei controlli ad un anno o più e individualizzare la procedura da eseguire.

Tornare a casa dopo l'operazione

DOPO L'INTERVENTO e il ricovero in ospedale inizia un periodo molto delicato. I familiari possono incontrare difficoltà perché non è sempre facile affrontare i problemi che inevitabilmente comporta una malattia difficile e complessa come il cancro.

Può essere di grande aiuto ricorrere al supporto di uno psicologo specializzato che può fornire assistenza a tutto il nucleo familiare. Queste prestazioni sono gratuite per tutti i pazienti che le richiedono.

I tuoi diritti

La cronicizzazione delle patologie oncologiche ha portato alla possibilità di tenerle sotto controllo per periodi di tempo anche molti lunghi. Le persone con un tumore possono continuare a praticare le loro attività quotidiane compatibilmente con il proprio stato di salute. La legge italiana tutela il paziente oncologico con una serie di misure che hanno lo scopo di garantire la migliore assistenza medica e, una volta sconfitta la malattia, il ritorno a una vita normale.

TRA I DIRITTI DEL MALATO RICORDIAMO:

- il riconoscimento dell'invalidità civile
- l'esenzione dal pagamento del ticket
- la pensione o assegno di invalidità civile (classificati a seconda della gravità della situazione)
- l'indennità di accompagnamento
- l'attivazione di rapporti lavorativi part-time (per chi è assunto a tempo pieno ma con ridotte capacità causate dalle terapie)
- il contrassegno di libera circolazione e di sosta
- l'assistenza a domicilio

Rivolgiti alla tua ASL per sapere come ottenere tutte queste tutele.



E la prevenzione non si ferma mai

Condurre stili di vita sani è fondamentale anche durante e dopo la diagnosi del cancro. Così è possibile evitare eventuali recidive.

Ecco perché è importante, durante tutto l'iter della malattia, **non fumare, seguire una dieta corretta, svolgere attività fisica, tenere sotto controllo il peso e limitare il più possibile il consumo di alcol.**



Società Italiana di Urologia Oncologica
Italian Society of Uro-Oncology

Via Dante 17, 40125 Bologna
tel +39 051 349224
fax +39 051 349224
cell +39 345 4669048
segreteria@siuro.it
www.siuro.it

Comitato direttivo 2015-2018

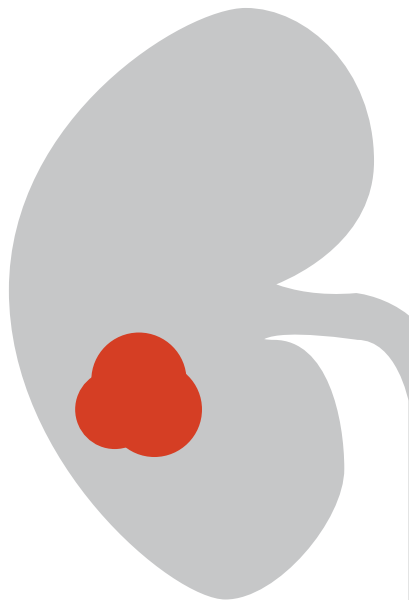
Presidente: Riccardo Valdagni
Past President/Segretario/Tesoriere: Giario N. Conti
Vice Presidente: Sergio Bracarda
Incoming President: Alberto Lapini

Consiglieri:

Vincenzo Altieri
Enrico Bollito
Marco Borghesi
Renzo Colombo
Luigi F. Da Pozzo
Cinzia Ortega
Roberto Sanseverino
Gigliola Sica
Vittorio Vavassori

Comitato Scientifico Eletto 2015-2018

Orazio Caffo
Giovanni L. Pappagallo



Realizzazione



via Malta 12/b, 25124 Brescia
intermedia@intermedianews.it
www.medinews.it
www.intermedianews.it

*Questo progetto è stato realizzato
con il contributo incondizionato di*



Bristol-Myers Squibb