

Anno II, n. 2 - Marzo 2007

RENAL CANCER NEWSGROUP

Newsletter mensile di informazione sul cancro del rene

Comitato scientifico: Sergio Bracarda, Francesco Cognetti, Pierfranco Conte, Roberto Labianca, Marco Venturini
Editore Intermedia - Direttore Responsabile Mauro Boldrini

NEWS DALLA RICERCA

DIFFERENZIAMENTO SARCOMATOIDE: FATTORE PROGNOSTICO PER IMMUNOTERAPIA NEL CARCINOMA CELLULARE RENALE METASTATICO Un gruppo di ricercatori appartenenti al National University Hospital, al National University College of Medicine e al Veterans Hospital di Seoul ha identificato ... (continua)

CARCINOMA RENALE FAMILIARE: VALUTAZIONE CLINICA, SOTTOTIPI CLINICI E RISCHIO DI SVILUPPO DEL CARCINOMA RENALE Il carcinoma renale familiare è una patologia clinica eterogenea, che viene definita tale quando 2 o più individui della stessa famiglia sono affetti da questa neoplasia in assenza di sindromi ereditarie che hanno esito nel tumore renale. Per meglio caratterizzarlo ... (continua)

RISCHIO DI CARCINOMA CELLULARE RENALE E MICRONUTRIENTI: STUDIO CASO-CONTROLLO ITALIANO Uno studio multicentrico, caso-controllo, condotto da ricercatori dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri" di Milano, del Centro di Riferimento Oncologico di Aviano (Pordenone), dell'Istituto Tumori "Fondazione Pascale" ... (continua)

ATTESA VIGILE PER MASSE RENALI SOLIDE: STORIA NATURALE E RISULTATI DELL'INTERVENTO TARDIVO Per approfondire le conoscenze sulla progressione e sull'esito a breve termine dei pazienti con piccole masse tumorali renali, sono stati presi in considerazione gli effetti di un intervento tardivo, dopo un periodo di attesa vigile, in pazienti ... (continua)

NEFRECTOMIA CITORIDUTTIVA IN PAZIENTI ANZIANI: ESPERIENZA DELL' M.D. ANDERSON CANCER CENTER La chirurgia citoriduttiva del rene può essere considerata come parte di un approccio multidisciplinare nel trattamento del carcinoma cellulare renale metastatico perché sembra offrire benefici, come una sopravvivenza più lunga, ... (continua)

ATTIVITÀ FISICA DURATURA E RISCHIO DI CANCRO CELLULARE RENALE La relazione tra l'attività fisica lavorativa e ricreativa duratura e il rischio di cancro cellulare renale è stata valutata in uno studio caso-controllo multicentrico condotto in Italia tra il 1992 e il 2004. Gli autori dello studio, pubblicato ... (continua)

AGGIORNAMENTI E CONGRESSI

XIV CONFERENZA NAZIONALE AIOM (info)

1° CONGRESSO URO-ONCOLOGICO MODENESE (info)

SECONDO CORSO NAZIONALE PER IL TEAM ONCOLOGICO DI APPROFONDIMENTO SUGLI STRUMENTI ORGANIZZATIVO-GESTIONALI (info)

APPROCCI INNOVATIVI AL TRATTAMENTO DEL CARCINOMA RENALE AVANZATO (info)

1st EUROPEAN MULTIDISCIPLINARY MEETING ON UROLOGICAL CANCERS (info)

NEWS DALLA RICERCA

DIFFERENZIAMENTO SARCOMATOIDE: FATTORE PROGNOSTICO PER IMMUNOTERAPIA NEL CARCINOMA CELLULARE RENALE METASTATICO

Un gruppo di ricercatori appartenenti al National University Hospital, al National University College of Medicine e al Veterans Hospital di Seoul ha identificato proprio nella differenziazione sarcomatoide del carcinoma renale metastatico un importante fattore prognostico negativo per l'indicazione all'immunoterapia. Lo studio, pubblicato sulla rivista *Journal of Surgical Oncology*, ha comportato la valutazione retrospettiva (maggio 1990 - luglio 2004) dei dati di 252 pazienti affetti dalla variante sarcomatoide di carcinoma renale che ha caratteristiche molto aggressive. Dopo immunoterapia, cui sono stati sottoposti 148 pazienti, la sopravvivenza mediana libera da progressione è stata di 9 mesi (intervallo di confidenza [IC] 95%: 1.4 - 52.7) per i pazienti senza differenziazione sarcomatoide, ma si riduceva a 3.2 mesi (IC 95%: 0. - 42.9) per i portatori di variante sarcomatoide ($p = 0.0001$). La sopravvivenza mediana globale è stata rispettivamente di 22.2 mesi (IC 95%: 3.2 - 75.4) e 10 mesi (IC 95%: 0.7 - 60.1). L'analisi multivariata di Cox ha indicato che lo stadio T (hazard ratio [HR] 1.71; IC 95%: 1.07 - 2.74; $p = 0.024$), la differenziazione in carcinoma sarcomatoide (HR 2.18; IC 95%: 1.30 - 3.66; $p = 0.003$) e il numero di localizzazioni delle metastasi (HR 1.81; IC 95%: 1.14 - 2.88; $p = 0.012$) possono essere considerati predittori indipendenti della sopravvivenza libera da progressione e della sopravvivenza globale. La stima del rischio relativo di differenziazione in carcinoma sarcomatoide e del numero di localizzazioni delle metastasi è stata rispettivamente 2.83 (95% IC: 1.49 - 5.40; $P = 0.002$) e 2.31 (95% IC: 1.29 - 4.16; $P = 0.005$).

Sarcomatoid differentiation as a prognostic factor for immunotherapy in metastatic renal cell carcinoma

Cheol Kwak, MD, Yong Hyun Park, Chang Wook Jeong, Hyeon Jeong, Sang Eun Lee, Kyung Chul Moon, Ja Hyeon Ku

Department of Urology, Seoul National University Hospital, Department of Urology, Seoul National University College of Medicine, Seoul, Department of Pathology, Seoul National University Hospital, Seoul, Department of Urology, Seoul Veterans Hospital, Seoul, Korea

Journal of Surgical Oncology 2007; Volume 95, Issue 4, 15 March: Pages 317 - 323

TOP

NEWS DALLA RICERCA**CARCINOMA RENALE FAMILIARE: VALUTAZIONE CLINICA, SOTTOTIPI CLINICI E RISCHIO DI SVILUPPO DEL CARCINOMA RENALE**

Il carcinoma renale familiare è una patologia clinica eterogenea, che viene definita tale quando 2 o più individui della stessa famiglia sono affetti da questa neoplasia in assenza di sindromi ereditarie che hanno esito nel tumore renale. Per meglio caratterizzarlo, gli autori dello studio, appartenenti al Molecular Imaging Program, Center for Cancer Research and Genetic Epidemiology Branch e al National Cancer Institute, Bethesda and Basic Research Program, SAIC-Frederick del Mariland e pubblicato sul Journal of Urology, hanno considerato le famiglie con casi di carcinoma renale registrate presso il National Cancer Institute tra il 1990 e il 2004 per identificare le caratteristiche distintive del rischio di carcinoma renale nei parenti di primo grado. Sono stati valutati 141 pazienti, parenti di primo grado asintomatici e a rischio appartenenti a 50 famiglie con 2 o più membri affetti da carcinoma renale. Gli esami istologici dei pazienti affetti da tumori renali sono stati riesaminati e i parenti a rischio sono stati sottoposti a ecografia e TAC renale per la ricerca di neoplasie renali occulte. Le famiglie con carcinomi renali familiari sono state sottoposte ad analisi del DNA per valutare la presenza di anomalie ereditarie e suddivise in gruppi in base alla molteplicità e all'istologia del tumore renale. Dei 141 individui a rischio, solo 2 casi di tumore sono stati diagnosticati: un oncocitoma renale e un piccolo tumore solido, che non è stato asportato. Non sono stati osservati casi di carcinoma renale occulto con conferma istologica nei familiari a rischio e molte famiglie precedentemente incluse nel gruppo del carcinoma renale familiare sono state successivamente riclassificate come affette da sindromi ereditarie di cancro renale. Il rischio empirico di carcinoma renale documentato istologicamente è risultato inferiore a 1:141.

Familial Renal Carcinoma: Clinical Evaluation, Clinical Subtypes and Risk of Renal Carcinoma Development

Zbar B, Glenn G, Merino M, Middleton L, Peterson J, Toro J, Coleman J, Pinto P, Schmidt LS, Choyke P, Linehan WM

Urologic Oncology Branch, Laboratory of Immunobiology, Laboratory of Pathology, Molecular Imaging Program, Center for Cancer Research and Genetic Epidemiology Branch, Division of Cancer Epidemiology and Genetics, National Cancer Institute, Bethesda and Basic Research Program, SAIC-Frederick, Inc., Frederick, Maryland

The Journal of Urology 2007; Volume 177, Issue 2, February: Pages 461-465

TOP

NEWS DALLA RICERCA**RISCHIO DI CARCINOMA CELLULARE RENALE E MICRONUTRIENTI: STUDIO CASO-CONTROLLO ITALIANO**

Uno studio multicentrico, caso-controllo, condotto da ricercatori dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri" di Milano, del Centro di Riferimento Oncologico di Aviano (Pordenone), dell'Istituto Tumori "Fondazione Pascale" di Napoli, dell'Istituto Regina Elena di Roma, dell'International Agency for Research on Cancer di Lione e dell'Università degli Studi di Milano, ha rivelato un possibile effetto benefico della vitamina E e C verso il rischio di carcinoma cellulare renale. Lo studio, pubblicato sulla rivista *International Journal of Cancer*, ha valutato il ruolo di vari micronutrienti sul rischio di carcinoma cellulare renale. Le informazioni sulle abitudini alimentari sono state raccolte attraverso la somministrazione di un questionario validato a 767 pazienti (494 uomini e 273 donne) con cancro cellulare renale incidentale, confermato istologicamente, e a 1534 controlli (988 uomini e 546 donne) ammessi agli stessi ospedali per condizioni acute non neoplastiche di altra natura. È stata osservata un'associazione inversa per la vitamina E (odds ratio [OR] assunzione nel quintile più alto verso quello più basso 0.56; intervallo di confidenza [IC] 95%: 0.41 - 0.75) e per la vitamina C (OR = 0.72; IC 95%: 0.54 - 0.96), sebbene il trend di rischio relativo alla vitamina C fosse al limite della significatività. Al contrario, nessun trend significativo di rischio inferiore è stato osservato per gli altri micronutrienti studiati. L'OR è risultato 0.80 (IC 95%: 0.59 - 1.08) per il retinolo, 0.82 (IC 95%: 0.61 - 1.10) per l'alfa-carotene, 0.90 (IC 95%: 0.68 - 1.20) per il beta-carotene, 0.94 (IC 95%: 0.73 - 1.21) per la beta-criptoxantina, 0.85 (IC 95%: 0.63 - 1.14) per luteina/zeaxantina, 0.76 (IC 95%: 0.57 - 1.01) per la vitamina D, 0.75 (IC 95%: 0.55 - 1.01) per la tiamina, 0.88 (IC 95%: 0.66 - 1.19) per la riboflavina, 0.85 (IC 95%: 0.64 - 1.13) per la vitamina B6, 0.85 (IC 95%: 0.64 - 1.12) per il folato e 0.80 (IC 95%: 0.60 - 1.07) per la niacina.

Micronutrients and the risk of renal cell cancer: A case-control study from Italy

Cristina Bosetti, Lorenza Scotti, Luigino Dal Maso, Renato Talamini, Maurizio Montella, Eva Negri, Valerio Ramazzotti, Silvia Franceschi, Carlo La Vecchia

Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri", Milan, Unità di Epidemiologia e Biostatistica, Centro di Riferimento Oncologico di Aviano, Aviano (PN), Servizio di Epidemiologia, Istituto Tumori "Fondazione Pascale", Naples, Servizio integrato di Epidemiologia e Sistemi Informativi, Istituto Regina Elena, Rome, International Agency for Research on Cancer, Lyon, France Istituto di Statistica Medica e Biometria, Università degli Studi di Milano, Milan, Italy

International Journal of Cancer 2007; Volume 120, Issue 4, 15 February: Pages 892 - 896

TOP

NEWS DALLA RICERCA

ATTESA VIGILE PER MASSE RENALI SOLIDE: STORIA NATURALE E RISULTATI DELL'INTERVENTO TARDIVO

Per approfondire le conoscenze sulla progressione e sull'esito a breve termine dei pazienti con piccole masse tumorali renali, sono stati presi in considerazione gli effetti di un intervento tardivo, dopo un periodo di attesa vigile, in pazienti che affetti da neoplasie renale. Questo piccolo studio sembra mostrare che un intervento chirurgico posticipato non provoca progressione della malattia, né incide negativamente sull'esito patologico e che una vigile attesa rappresenta un'indicazione ragionevole per pazienti selezionati con masse renali solide, specialmente se affetti da concomitanti comorbidità. Quarantatre pazienti con 46 masse renali sono stati posti in attesa vigile per l'ingrossamento delle masse renali solide o cistiche (Bosniak IV). Una parte (13) dei pazienti, sottoposti in seguito ad intervento chirurgico, è stata esaminata. Nel presente studio, pubblicato sul *Journal of Urology*, sono stati descritti gli esiti relativi ad età, genere, velocità di crescita del tumore, successivo intervento chirurgico e follow-up clinico. Ad una vigile attesa media di 36 mesi, il 74% dei pazienti ha manifestato una velocità di crescita tumorale media (e mediana) di 0.70 (0.35) cm per anno. Nessuno dei pazienti ha riportato sintomi gravi, progressione della malattia o morte specifica per cancro, ad esclusione di 4 pazienti (10%) deceduti per altre cause. I 13 pazienti sottoposti ad intervento chirurgico tardivo erano più giovani di quelli mantenuti in attesa vigile (56 vs 72 anni, rispettivamente, $p = 0.0006$) ed hanno manifestato una velocità di crescita tumorale maggiore di quelli sottoposti ad attesa vigile (0.90 vs 0.61 cm per anno, rispettivamente, $p = 0.1486$). In 12 dei 14 pazienti (87%) sottoposti ad asportazione chirurgica tardiva, i tumori sono stati classificati carcinomi cellulari renali, tutti allo stadio pT1. Dodici dei 13 pazienti erano vivi dopo 41 mesi e un solo paziente era deceduto per altre cause a 30 mesi dall'operazione chirurgica.

Watchful Waiting for Solid Renal Masses: Insight Into the Natural History and Results of Delayed Intervention

Kouba E, Smith A, McRackan D, Wallen EM, Pruthi RS

Division of Urologic Surgery, The University of North Carolina at Chapel Hill, Chapel Hill, North Carolina

The Journal of Urology 2007; Volume 177, Issue 2, February: Pages 466-470

TOP

NEWS DALLA RICERCA**NEFRECTOMIA CITORIDUTTIVA IN PAZIENTI ANZIANI: ESPERIENZA DELL'M.D. ANDERSON CANCER CENTER**

La chirurgia citoriduttiva del rene può essere considerata come parte di un approccio multidisciplinare nel trattamento del carcinoma cellulare renale metastatico perché sembra offrire benefici, come una sopravvivenza più lunga, che possono giustificare anche la sua applicazione in pazienti altamente selezionati di età superiore a 75 anni. Tuttavia, la decisione deve essere presa con cautela e con aspettative realistiche sia da parte del paziente che dell'urologo. Un gruppo di ricercatori appartenenti a vari dipartimenti dell'Università del Texas, hanno fatto una revisione dell'esperienza presso l'M. D. Anderson Cancer Center di Houston per definire il beneficio negli anziani, fino ad ora poco chiaro. Da 404 pazienti sottoposti a nefrectomia, con chirurgia citoriduttiva nel periodo 1995 - 2005, sono stati selezionati 24 anziani, i cui esiti sono stati confrontati con i rimanenti 380 casi di età inferiore a 75 anni. L'età mediana nel gruppo di anziani, e non, era rispettivamente 77.5 e 57.0 anni. Performance status, distribuzione relativa al sesso, istologia, stadio, grado e dimensioni del tumore erano paragonabili nei due gruppi, come anche la perdita stimata di sangue, la velocità di trasfusione, la durata della chirurgia e dell'ospedalizzazione. Sono stati registrati 5 decessi perioperatori (21%) nei pazienti anziani rispetto ai 4 (1.1%) nel gruppo di pazienti più giovani ($p < 0.01$). La perdita stimata di sangue, le unità trasfuse e la durata dell'operazione chirurgica sono state maggiori nel gruppo di pazienti deceduti durante il periodo operatorio ($p < 0.05$). La sopravvivenza mediana è stata 16.6 mesi negli anziani, dato non statisticamente diverso dai 13.7 mesi nel gruppo di pazienti più giovani. Secondo questo studio, pubblicato sul *Journal of Urology*, la chirurgia citoriduttiva potrebbe però essere associata ad una maggiore morbilità e mortalità nella popolazione anziana, la sua effettuazione va perciò riservata a casi selezionati (n.d.r: da sottoporre ad accurato monitoraggio post-operatorio).

Cytoreductive Nephrectomy in the Elderly Patient: The M. D. Anderson Cancer Center Experience

Kader AK, Tamboli P, Luongo T, Matin SF, Bell K, Jonasch E, Swanson DA, Wood CG

Department of Urology, Department of Pathology, Department of Genitourinary Medical Oncology, University of Texas, M. D. Anderson Cancer Center, Houston, Texas

The Journal of Urology 2007; Volume 177, Issue 3, March: Pages 855-861

TOP

NEWS DALLA RICERCA

ATTIVITÀ FISICA DURATURA E RISCHIO DI CANCRO CELLULARE RENALE

La relazione tra l'attività fisica lavorativa e ricreativa duratura e il rischio di cancro cellulare renale è stata valutata in uno studio caso-controllo multicentrico condotto in Italia tra il 1992 e il 2004. Gli autori dello studio, pubblicato sull'*International Journal of Cancer*, hanno raccolto 767 casi di cancro cellulare renale istologicamente confermato e 1534 pazienti di controllo ospedalizzati per malattie acute non neoplastiche. Rispetto ad una limitata attività fisica lavorativa, l'OR per l'elevata attività fisica è stato 0.65 (IC 95%: 0.49 - 0.87) all'età di 12 anni, 0.67 (IC 95%: 0.53 - 0.89) all'età di 15-19 anni, 0.74 (IC 95%: 0.59 - 0.93) all'età di 30-39 anni e 0.71 (IC 95%: 0.55 - 0.92) all'età di 50-59 anni, con un trend di rischio inverso significativo. L'associazione inversa era riproducibile anche dopo stratificazione per sesso, età e diagnosi, indice di massa corporea, abitudine al fumo e consumo di alcool. Nessuna associazione significativa è stata inoltre osservata per l'attività fisica svolta nel tempo libero. L'associazione inversa tra attività fisica lavorativa e rischio di cancro cellulare renale, se veritiera, potrebbe essere collegata all'effetto di fattori di crescita insulino-simili o alla lipoperossidazione e circa il 9% dei casi di carcinoma cellulare renale in Italia potrebbe essere evitato con un aumento dell'attività fisica. Tuttavia, l'associazione inversa potrebbe coinvolgere fattori confondenti attraverso meccanismi indiretti, quali struttura corporea e altri fattori relativi alla classe sociale.

Lifetime physical activity and the risk of renal cell cancer

Alessandra Tavani, Antonella Zucchetto, Luigino Dal Maso, Maurizio Montella, Valerio Ramazzotti, Renato Talamini, Silvia Franceschi, Carlo La Vecchia

Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri", Milan, Unità di Epidemiologia e Biostatistica, Centro di Riferimento Oncologico, Aviano (PN), Servizio di Epidemiologia, Istituto Tumori "Fondazione Pascale", Naples, Servizio Integrato di Epidemiologia e Sistemi Informativi, Istituto Nazionale Tumori "Regina Elena", Rome, International Agency for Research on Cancer, Lyon, France Istituto di Statistica Medica e Biometria, Università degli Studi di Milano, Milan, Italy

International Journal of Cancer 2007;Volume 120, Issue 9 (1 May): Pages 1977-1980

TOP

AGGIORNAMENTI E CONGRESSI

XIV CONFERENZA NAZIONALE AIOM

I tumori urologici

Pescara, 18-20 aprile 2007 (Montesilvano, Hotel Serena Majestic)

Per scaricare il primo annuncio consulta il sito web: www.medinews.it

TOP

1° CONGRESSO URO-ONCOLOGICO MODENESE

Progressi nella terapia del Carcinoma Renale: dalla biologia alle innovazioni tecnologiche

Modena, 27-28 aprile 2007 (Centro Servizi Policlinico di Modena)

Presidenti del Congresso: Prof. Giampaolo Bianchi, Prof. Pierfranco Conte

Segreteria Organizzativa:

Emilia Viaggi Congressi & Meeting

Via Porrettana 76/2

40033 Casalecchio di Reno (Bologna)

tel +39 051.6194911

fax +39 051.569313

e-mail: robertadesimoni@emiliaviaggi.it

website: www.emiliaviaggi.it

TOP

SECONDO CORSO NAZIONALE PER IL TEAM ONCOLOGICO DI APPROFONDIMENTO SUGLI STRUMENTI ORGANIZZATIVO-GESTIONALI

Roma – Hotel Villa Torlonia

I modulo – 26/27/28 aprile 2007

II modulo – 24/25/26 maggio 2007

Segreteria Organizzativa:

Gamma Congressi

Tel. 06.36300769 – email: info@gammacongressi.it

Per scaricare il programma collegati al sito web: www.gammacongressi.it

TOP

AGGIORNAMENTI E CONGRESSI

APPROCCI INNOVATIVI AL TRATTAMENTO DEL CARCINOMA RENALE AVANZATO

Perugia, 15-16 Giugno 2007 - Hotel Alla Posta dei Donini

Presidente Onorario: Prof. Maurizio Tonato

Presidenti del Congresso: Prof. Sergio Bracarda, Prof. Lucio Crinò

Coordinatore Scientifico: Prof. Sergio Bracarda

Segreteria Scientifica: Claudia Caserta, Marta Rossi, Alketa Hamzaj

Segreteria Organizzativa:

Start Promotion Srl

Via Mauro Macchi, 50 - 20124 - Milano

Tel.: 02 - 67.07.13.83

Fax: 02 - 67.07.22.94

e-mail: info@startpromotion.it

TOP

ESMO is proud to announce the

1st EUROPEAN MULTIDISCIPLINARY MEETING ON UROLOGICAL CANCERS

Embracing Excellence in Prostate and Kidney Cancer

Barcelona 2-4 November 2007

For the first time in history all major organisations in Europe – ESMO, ESTRO and EAU - involved in urological malignant disorders have joined forces in setting up a meeting to present and discuss the latest state-of-the-art issues and controversies in this rapidly evolving field.

Program: An interesting scientific program, with an eminent faculty of world leading experts, has been developed to shed new light on the most current and important topics on urogenital cancers from gene to clinics.

Registration: ESMO, ESTRO and EAU members benefit from a discounted fee of 250 EUR until the registration deadline of **Monday, 1 October 2007**

Abstract submission - Abstracts may be submitted online, before **Saturday, 30 June 2007 (23:59:59 CET)**

To view the scientific program of the event and get more information on registration and abstract submission, please visit <http://www.emucbarcelona2007.org/>

TOP