

Anno II, n. 4 - Maggio 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

CLASSIFICAZIONE TNM 2002: STADIO T3A DEFINISCE GRUPPO OMOGENEO DI PAZIENTI? Lo stadio T3a, nella classificazione TNM 2002, identifica l'invasione del tessuto (grasso) perirenale. Secondo gli autori di questo studio retrospettivo ... (continua)

ESPRESSIONE DI PD-1 ASSOCIATA A ESITO SFAVOREVOLE DI PAZIENTI CON CARCINOMA A CELLULE RENALI I livelli di cellule immuni che esprimono il recettore Programmed Death-1 sono aumentati in pazienti con carcinoma a cellule renali ad alto ... (continua)

DIABETE MELLITO E RISCHIO DI CANCRO DEL RENE: RISULTATI DEL JACC STUDY L'International Journal of Urology ha recentemente pubblicato i risultati del Japan Collaborative Cohort Study for Evaluation of Cancer Risk (JACC Study) che indicano un ... (continua)

STUDIO DI FASE I PER LA CARATTERIZZAZIONE PREOPERATORIA DEL CARCINOMA RENALE A CELLULE CHIARE CON ANTICORPO CHIMERICO G250 RADIOATTIVO E PET Ricercatori del Memorial Sloan-Kettering Cancer Center e del Ludwig Institute for Cancer Research di New York hanno valutato, in questo studio di fase I, una forma innovativa ... (continua)

DIMENSIONI MASSA TUMORALE PER PREDIRE METASTASI SINCRONA NEL CARCINOMA A CELLULE RENALI: IMPLICAZIONI PER PICCOLE MASSE RENALI La dimensione radiografica del tumore è un fattore predittivo clinico significativo per la presenza di metastasi nel carcinoma a cellule renali. Nella serie di casi, studiata ... (continua)

CONSUMO DI ALCOOL E CARCINOMA A CELLULE RENALI: ANALISI DI 12 STUDI PROSPETTICI L'uso moderato di alcool è stato associato ad un più basso rischio di carcinoma a cellule renali in entrambe i sessi. L'associazione tra consumo di alcool e rischio di cancro renale è stata poco valutata in studi controllati. In un numero limitato ... (continua)

ANALISI DELLE COMPLICANZE DOPO NEFRECTOMIA PARZIALE O TOTALE PER CANCRO RENALE Le nefrectomie parziali e totali sono associate ad un basso profilo di morbilità e mortalità, ma le complicanze possono modificare mortalità, durata e oneri di ospedalizzazione. Tra il 2000 e il 2003, sono state condotte 3.019 ... (continua)

AGGIORNAMENTI E CONGRESSI

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

APPROCCI INNOVATIVI AL TRATTAMENTO DEL CARCINOMA RENALE AVANZATO (info)

1° CONGRESSO URO-ONCOLOGICO MODENESE (info)

1st EUROPEAN MULTIDISCIPLINARY MEETING ON UROLOGICAL CANCERS (info)

Per contattare la redazione scrivi a: newsletters@intermedianews.it

Per i numeri arretrati di Gastrointestinal News consulta il sito web: www.medinews.it

NEWS DALLA RICERCA

CLASSIFICAZIONE TNM 2002: STADIO T3A DEFINISCE GRUPPO OMOGENEO DI PAZIENTI?

Lo stadio T3a, nella classificazione TNM 2002, identifica l'invasione del tessuto (grasso) perirenale. Secondo gli autori di questo studio retrospettivo, pubblicato sul numero di maggio del *Journal of Urology*, così come definito, questo stadio definisce un gruppo disomogeneo di pazienti, con marcate differenze nella prognosi. Per questo motivo, gli autori dello studio hanno testato e proposto una nuova definizione della stadiazione rivalutando 237 pazienti consecutivi, operati tra gennaio 1985 e dicembre 1997 per carcinoma renale localizzato, e seguiti per un periodo mediano di 8 anni. In 48 di questi pazienti (20.2%) è stata osservata una recidiva di malattia ad un follow-up mediano di 21.5 mesi. L'analisi del diametro delle masse tumorali ha indicato una possibile disomogeneità del gruppo allo stadio T3a, che includeva sia pazienti con tumori di piccole dimensioni (prognosi ottimale) che tumori più grandi (prognosi sfavorevole). È stata proposta quindi una nuova stadiazione TNM, che ignori l'estensione al grasso perirenale, ma consideri la dimensione delle masse tumorali. Su queste basi è stato definito T1 lo stadio comprendente tumori fino a 4 cm, T1b (da 4 a 7 cm), T2a (tra 7 e 10 cm), T2b (dimensioni maggiori a 10 cm) e T3a l'invasione tumorale della vena renale. Questa nuova classificazione sarebbe più adeguata della TNM versione 2002, anche dopo analisi con test R2 di Nagelkerke (0.439 vs 0.359) e Hosmer and Lemeshow (0.335 vs 0.191), che indicano come superflua l'estensione al grasso perirenale nel predire un comportamento biologico aggressivo del carcinoma renale (NDR: va tuttavia ricordato che lo studio è retrospettivo e relativamente piccolo, con una media di 18 pazienti operati ad anno).

Does Stage T3a Renal Cell Carcinoma Embrace a Homogeneous Group of Patients?

Gofrit ON, Shapiro A, Pizov G, Landau EH, Katz R, Zorn KC, Pode D

Departments of Urology and Pathology, Hadassah University Hospital, Jerusalem, Israel and Section of Urology, University of Chicago Hospitals, Chicago, Illinois

The Journal of Urology 2007; Volume 177, Issue 6, May: Pages 1682-1686

TOP

NEWS DALLA RICERCA

ESPRESSIONE DI PD-1 ASSOCIATA A ESITO SFAVOREVOLE DI PAZIENTI CON CARCINOMA A CELLULE RENALI

I livelli di cellule immuni che esprimono il recettore Programmed Death-1 (PD-1) sono aumentati in pazienti con carcinoma a cellule renali ad alto rischio. Il recettore PD-1, espresso dalle cellule T attivate, interagisce con il peptide B7-H1, che influenza negativamente l'immunità cellulare, viene espresso nelle forme aggressive di carcinoma a cellule renali (RCC) ed è predittivo di esito sfavorevole. In questo studio, condotto da ricercatori della Mayo Medical School di Rochester in Minnesota, e pubblicato su *Clinical Cancer Research*, è stata valutata l'espressione di PD-1 nelle cellule immuni di RCC clinicamente importanti. Su 267 pazienti, sottoposti a nefrectomia presso la Mayo Clinic per RCC a cellule chiare tra il 2000 e il 2003 e di cui si disponeva di un campione di tessuto conservato per l'espressione di PD-1, è stata osservata infiltrazione di cellule mononucleate in 136 (50.9%) campioni. Cellule immuni PD-1(+) sono state osservate in 77 (56.6%) di questi tumori. Al contrario le cellule di RCC non esprimevano PD-1. I pazienti, portatori di cellule immuni PD-1(+), avevano maggiori probabilità di possedere cellule tumorali B7-H1(+) ($p < 0.001$), di sviluppare tumori di dimensioni maggiori ($p < 0.001$) e con grado nucleare più elevato ($p = 0.001$). Analogamente, cellule immuni PD-1(+) intratumorali sono state associate ad uno stadio TNM più avanzato ($p = 0.005$), a necrosi coagulativa ($p = 0.027$) e differenziazione sarcomatoide ($p = 0.008$). Ad un follow-up mediano di 2.9 anni, 52 pazienti erano deceduti per RCC. All'analisi univariata, i pazienti con cellule immuni PD-1(+) erano significativamente più a rischio di mortalità cancro-specifica rispetto ai pazienti con cellule immuni PD-1(-) (RR = 2.24; $p = 0.004$). La ricerca indica quindi che pazienti con RCC l'interazione tra PD-1 e B7-H1, contribuendo ad una disfunzione immunitaria, può favorire la progressione del carcinoma.

PD-1 Is Expressed by Tumor-Infiltrating Immune Cells and Is Associated with Poor Outcome for Patients with Renal Cell Carcinoma

*R. Houston Thompson*¹, *Haidong Dong*², *Christine M. Lohse*³, *Bradley C. Leibovich*¹, *Michael L. Blute*¹, *John C. Cheville*⁴ and *Eugene D. Kwon*^{1,2}

Departments of ¹ Urology, ² Immunology, ³ Health Sciences Research, and ⁴ Laboratory Medicine and Pathology, Mayo Medical School, Mayo Clinic, Rochester, Minnesota

Clinical Cancer Research 2007; March, Volume 15, Number 3: Pages 1757-1761

TOP

NEWS DALLA RICERCA

DIABETE MELLITO E RISCHIO DI CANCRO DEL RENE: RISULTATI DEL JACC STUDY

L'International Journal of Urology ha recentemente pubblicato i risultati del Japan Collaborative Cohort Study for Evaluation of Cancer Risk (JACC Study) che indicano un accresciuto, ma non significativo, rischio di cancro del rene nella popolazione giapponese con diabete mellito (DM). Il DM è già considerato un fattore di rischio associato a cancro del rene nei paesi occidentali, ma in Giappone l'incidenza sia di DM che di cancro del rene è bassa rispetto agli altri paesi sviluppati, anche se attualmente è in aumento. Gli autori hanno valutato i fattori di rischio di mortalità per cancro del rene usando il database del JACC study. La popolazione includeva 46.462 maschi e 64.326 femmine di età compresa tra 40 e 79 anni. Il DM aumenta il rischio di mortalità per cancro del rene, ma non raggiunge la significatività statistica dopo la correzione per altri fattori a causa del basso numero di morti verificatesi per cancro renale in questa popolazione.

Diabetes mellitus and kidney cancer risk: The results of Japan Collaborative Cohort Study for Evaluation of Cancer Risk (JACC Study)

Masakazu Washio^{1,2}, Mitsuru Mori¹, Mmh Khan¹, Fumio Sakauchi¹, Yoshiyuki Watanabe³, Kotaro Ozasa³, Kyohei Hayashi³, Tsuneharu Miki⁴, Masahiro Nakao⁴, Kazuya Mikami⁴, Yoshinori Ito^{5,8}, Tatsuhiko Kubo⁶, Kenji Waka^{7,8}, Akiko Tamakoshi⁸, The JACC Study Group (2007)

¹Department of Public Health, Sapporo Medical University School of Medicine, Sapporo, ²Department of Community Health and Clinical Epidemiology, St. Mary's College, Fukuoka, ³Department of Epidemiology for Community Health and Medicine, Kyoto Prefectural University of Medicine, ⁴Department of Urology, Graduate School of Medical Sciences, Kyoto Prefectural University of Medicine, Kyoto, ⁵Department of Public Health, Fujita Health University School of Health Sciences, Fujita, ⁶Department of Clinical Epidemiology, University of Occupational Health and Environmental Health, Kitakyushu, ⁷Division of Epidemiology and Prevention, Aichi Cancer Center Research Institute, Aichi, ⁸Department of Preventive Medicine/Biostatistics and Medical Decision Making, Nagoya University Graduate School of Medicine, Nagoya, Japan

International Journal of Urology 2007; Volume 14, Issue 5 May: Pages 393 - 397

[TOP](#)

NEWS DALLA RICERCA

STUDIO DI FASE I PER LA CARATTERIZZAZIONE PREOPERATORIA DEL CARCINOMA RENALE A CELLULE CHIARE CON ANTICORPO CHIMERICO G250 RADIOATTIVO E PET

Ricercatori del Memorial Sloan-Kettering Cancer Center e del Ludwig Institute for Cancer Research di New York hanno valutato, in questo studio di fase I, una forma innovativa di PET con somministrazione di anticorpo chimerico cG250 (marcato con iodio 124 [124I-cG250]) per cercare di identificare più accuratamente il carcinoma renale a cellule chiare (un risultato negativo dalla PET è altamente predittivo di un fenotipo di carcinoma meno aggressivo). L'identificazione preoperatoria del tipo di tumore potrebbe infatti avere importanti implicazioni per la scelta del successivo trattamento. L'anticorpo cG250 reagisce con anidrasi carbonica-IX, che è sovraespressa nei carcinomi renali a cellule chiare e pertanto può rivelare la presenza di carcinoma renale a cellule chiare, il tipo di cancro al rene più comune e aggressivo. Ventisei pazienti con masse renali, in lista per essere sottoposti a resezione chirurgica laparoscopica, hanno ricevuto una singola iniezione endovenosa di 124I-cG250 (185M Bq/10 mg) una settimana prima dell'intervento e sono stati sottoposti a PET e TAC dell'addome 3 ore prima dello stesso. Le immagini ottenute sono state classificate come positive (definite come rapporto tumore:rene sano > 3:1) o negative per l'assorbimento di anticorpo e sottoposte all'esame del chirurgo prima dell'intervento. Dopo la chirurgia, i tumori asportati sono stati classificati istologicamente come carcinomi renali a cellule chiare o meno. Solo un paziente, che ha ricevuto anticorpo inattivo, è stato escluso dall'analisi. In questo studio, pubblicato su *Lancet Oncology*, sono stati correttamente identificati con PET-anticorpo 15 dei 16 carcinomi renali a cellule chiare e tutte le 9 masse renali a cellule non chiare (negative per il tracciante). La sensibilità della PET associata a 124I-cG250 è stata pari a 94% (IC 95%: 70-100%), il valore predittivo negativo è risultato pari a 90% (55-100%) e la specificità e l'accuratezza predittiva positiva sono state entrambe pari a 100% (rispettivamente 66-100% e 78-100%). La stratificazione dei pazienti con masse renali mediante uso di PET associata a 124I-cG250 consente quindi l'identificazione di tumori aggressivi facilitando eventuali decisioni terapeutiche successive.

Preoperative characterisation of clear-cell renal carcinoma using iodine-124-labelled antibody chimeric G250 (124I-cG250) and PET in patients with renal masses: a phase I trial

Prof Chaitanya R Divgi^a, Neeta Pandit-Taskar MD^a, Achim A Jungbluth MD^b, Prof Victor E Reuter MD^a, Mithat Gönen PhD^a, Shutian Ruan PhD^a, Christine Pierre BA^a, Andrew Nagel BS^a, Daniel A Pryma MD^a, Prof John Humm PhD^a, Prof Steven M Larson MD^a, Lloyd J Old MD^b and Prof Paul Russo MD^a

^a. Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, New York, ^b. Ludwig Institute for Cancer Research, New York, NY, USA

Lancet Oncology 2007; Volume 8, Issue 4, April: Pages 304-310

TOP

NEWS DALLA RICERCA

DIMENSIONI MASSA TUMORALE PER PREDIRE METASTASI SINCRONA NEL CARCINOMA A CELLULE RENALI: IMPLICAZIONI PER PICCOLE MASSE RENALI

La dimensione radiografica del tumore è un fattore predittivo clinico significativo per la presenza di metastasi nel carcinoma a cellule renali. Nella serie di casi, studiata dai ricercatori del Fox Chase Cancer Center e dalla Temple University School of Medicine di Filadelfia, il rischio di malattia metastatica sincrona, convalidata da biopsia, cresce del 22% per ogni centimetro di aumento nelle dimensioni della massa tumorale. Un aumento del rischio del 100% (raddoppio del rischio di metastasi) si verifica con un aumento a 3.5 cm delle dimensioni del tumore primario. Questi dati hanno implicazioni molto importanti per la valutazione della malattia in pazienti con tumori di grandi dimensioni e per la sorveglianza attiva di piccole masse renali caratterizzate da crescita radiografica lenta e basso rischio di progressione metastatica. Le dimensioni radiografiche del tumore, in assenza di dati istologici, sono l'unico indicatore predittivo disponibile quando si consideri la sorveglianza attiva. Per meglio definire la relazione tra dimensione della massa tumorale e potenziale metastatico delle piccole masse renali, gli autori dello studio, pubblicato sul *Journal of Urology*, hanno valutato se le dimensioni radiografiche del tumore predicessero la presenza di metastasi sincrone. A questo fine, gli autori hanno revisionato il loro registro istituzionale dei tumori per identificare i casi di carcinoma sporadico a cellule renali trattati in un periodo di 8 anni. Hanno analizzato le dimensioni del tumore primario e la presenza di malattia metastatica sincrona al controllo, comprovata con biopsia. Tutti i pazienti allo stadio N+M0 e M+, confermato patologicamente, sono stati esclusi dallo studio. Sono stati inclusi invece 110 casi di carcinoma a cellule renali, con biopsia comprovante malattia metastatica sincrona al controllo, e 250 controlli, con carcinoma a cellule renali clinicamente localizzato. I tumori associati a metastasi sincrona sono risultati significativamente più grandi delle lesioni localizzate (mediana 8.0 cm [range: 2.2 - 20.0] vs 4.5 cm [range: 0.3 - 17.5], $p < 0.0001$). La probabilità di metastatizzazione sincrona aumenta con l'aumentare delle dimensioni del tumore primario ($p < 0.0001$). Non sono stati infatti osservati casi di malattia metastatica con conferma biptica in pazienti con tumori inferiori ai 2 cm, mentre meno del 5% (5 di 110) dei casi con tumori di dimensioni inferiori a 3 cm presentava metastasi sincrone riconosciute.

Tumor Size Predicts Synchronous Metastatic Renal Cell Carcinoma: Implications for Surveillance of Small Renal Masses

Kunkle DA^a, Crispen PL^a, Li T^b, Uzzo RG^a

^a Department of Urologic Oncology, ^b Department of Biostatistics, Fox Chase Cancer Center, and Temple University School of Medicine, Philadelphia, Pennsylvania

The Journal of Urology 2007; Volume 177, Issue 6, May: Pages 1692-1697

TOP

NEWS DALLA RICERCA

CONSUMO DI ALCOOL E CARCINOMA A CELLULE RENALI: ANALISI DI 12 STUDI PROSPETTICI

L'uso moderato di alcool è stato associato ad un più basso rischio di carcinoma a cellule renali in entrambe i sessi. L'associazione tra consumo di alcool e rischio di cancro renale è stata poco valutata in studi controllati. In un numero limitato di studi prospettici è stata osservata un'associazione negativa tra consumo di alcool e rischio di cancro del rene, ma la considerazione dei risultati è stata sottovalutata in quanto gli studi avevano considerato pochi pazienti. Gli autori dello studio, pubblicato su JNCI - Journal of the National Cancer Institute di maggio, hanno analizzato 12 studi prospettici che hanno considerato in totale 530.469 donne e 229.575 uomini per un follow-up massimo di 7-20 anni. Tutti i partecipanti agli studi hanno completato inizialmente un questionario validato sull'alimentazione. Con i dati originali di ciascun studio, è stato calcolato il rischio relativo (RR) studio-specifico per il cancro a cellule renali usando i modelli di Cox. Sono stati identificati 1.430 casi (711 donne e 719 uomini) di cancro a cellule renali. L'incidenza di cancro renale è risultata pari a 23 per 100.000 persone-anno tra i non bevitori e 15 per 100.000 persone-anno tra coloro che consumavano almeno 15 g d'alcool al giorno. Rispetto ai non bevitori, il consumo di alcool (superiore o uguale a 15 g/giorno, equivalente a poco più di un bicchiere al giorno) è stato associato a diminuito rischio di cancro renale (RR multivariato = 0.72, intervallo di confidenza 95% = 0.60 - 0.86; p tendenza < 0.001) e con un maggiore consumo le tendenze negative erano significative per entrambe i sessi, senza alcuna differenza significativa per gli stessi (p eterogeneità < 0.001). L'associazione tra consumo di alcool e cancro a cellule renali non era significativa in rapporto ai diversi tipi di bevanda (birra, vino, liquore) (p = 0.40).

Alcohol Intake and Renal Cell Cancer in a Pooled Analysis of 12 Prospective Studies

Jung Eun Lee, David J. Hunter, Donna Spiegelman, Hans-Olov Adami, Demetrius Albanes, Leslie Bernstein, Piet A. van den Brandt, Julie E. Buring, Eunyoung Cho, Aaron R. Folsom, Jo L. Freudenheim, Edward Giovannucci, Saxon Graham, Pamela L. Horn-Ross, Michael F. Leitzmann, Marjorie L. McCullough, Anthony B. Miller, Alexander S. Parker, Carmen Rodriguez, Thomas E. Rohan, Arthur Schatzkin, Leo J. Schouten, Mikko Virtanen, Walter C. Willett, Alicja Wolk, Shumin M. Zhang, Stephanie A. Smith-Warner

Channing Laboratory (JEL, DJH, EC, EG, WCW) and Division of Preventive Medicine (JEB, SMZ), Department of Medicine, Brigham and Women's Hospital and Harvard Medical School, Boston, MA; Departments of Nutrition (DJH, EG, WCW, SASW), Epidemiology (DJH, DS, HOA, JEB, EG, WCW, SMZ, SASW), and Biostatistics (DS), Harvard School of Public Health, Boston, MA; Department of Medical Epidemiology and Biostatistics (HOA) and Division of Nutritional Epidemiology, National Institute of Environmental Medicine (AW), Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden; Division of Cancer Epidemiology and Genetics, National Cancer Institute, National Institutes of Health, Department of Health and Health Services, Bethesda, MD (DA, MFL, AS); Department of Preventive Medicine and USC/Norris Comprehensive Cancer Center, University of Southern California, Los Angeles, CA (LB); Department of Epidemiology, Nutrition and Toxicology Research Institute Maastricht, Maastricht University, Maastricht, The Netherlands (PAVDB, LJS); Division of Epidemiology and Community Health, School of Public Health, University of Minnesota, Minneapolis, MN (ARF); Department of Social and Preventive Medicine, University at Buffalo, State University of New York, Buffalo, NY (JLF, SG); Northern California Cancer Center, Fremont, CA (PLHR); Epidemiology and Surveillance Research, American Cancer Society, Atlanta, GA (MLM, CR); Department of Public Health Sciences, University of Toronto, Toronto, ON, Canada (ABM); Department of Urology, Mayo Clinic College of Medicine, Jacksonville, FL (ASP); Department of Epidemiology and Population Health, Albert Einstein College of Medicine, Bronx, NY (TER); Department of Health Promotion and Chronic Disease Prevention, National Public Health Institute, Helsinki, Finland (MV)

JNCI Journal of the National Cancer Institute 2007; Volume 99, Number 10, 16 May: Pages 801-810

TOP

NEWS DALLA RICERCA

ANALISI DELLE COMPLICANZE DOPO NEFRECTOMIA PARZIALE O TOTALE PER CANCRO RENALE

Le nefrectomie parziali e totali sono associate ad un basso profilo di morbilità e mortalità, ma le complicanze possono modificare mortalità, durata e oneri di ospedalizzazione. Tra il 2000 e il 2003, sono state condotte 3.019 nefrectomie parziali e 18.575 totali, come riportato nel Nationwide Inpatient Sample data set of the Healthcare Cost and Utilization Project, e su queste è stata determinata la prevalenza delle complicazioni dopo nefrectomia, come codificato nell'International Classification of Diseases, 9th Revision. I fattori correlati all'ospedale e al paziente e associati all'occorrenza di una complicanza sono stati analizzati con regressione logica. Gli autori dello studio, appartenenti all'Università dell'Iowa (Iowa City) e della California (San Francisco), hanno valutato l'impatto delle complicanze sulla mortalità in ospedale, sulla durata dell'ospedalizzazione e sugli oneri ospedalieri. I risultati dello studio, pubblicato sul *Journal of Urology* di maggio, indicano che le complicanze respiratorie, digestive e emorragiche sono le più comuni, sia dopo nefrectomia parziale che totale. Predittori significativi di complicanze dopo nefrectomia totale sono età, sesso maschile, indice di severità delle comorbidità e localizzazione geografica dell'ospedale (città o campagna), mentre la comorbidità era l'unico predittore significativo per le complicanze da nefrectomia parziale. Complicanze del tratto digestivo e urinario, emorragie e infezioni post-operatorie hanno un impatto significativo sulla sola mortalità in ospedale dopo nefrectomia parziale. Le stesse, unite alle complicanze respiratorie e cardiache, assumono un valore significativo su oneri e durata dell'ospedalizzazione per i pazienti sottoposti a nefrectomia parziale e (ad eccezione delle complicanze digestive) su mortalità, oneri e durata dell'ospedalizzazione per i casi sottoposti a nefrectomia totale.

Analysis of Complications Following Partial and Total Nephrectomy for Renal Cancer in a Population Based Sample

Joudi FN^a, Allareddy V^a, Kane CJ^b, Konety BR^b

^a Department of Urology, University of Iowa, Iowa City, Iowa ^b Department of Urology, University of California, San Francisco, San Francisco, California

The Journal of Urology 2007; Volume 177, Issue 6, May: Pages 1709-1714

TOP

AGGIORNAMENTI E CONGRESSI

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

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

1° CONGRESSO URO-ONCOLOGICO MODENESE

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

Modena, 8-9 Ottobre 2007 – Centro Servizi Policlinico di Modena

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

Segreteria Scientifica: Cattedra di Urologia Dir. Prof. G. Bianchi, Dott. G. Saredi tel. 059 422.4766

Cattedra di Oncologia Dir. Prof. PF. Conte, Dott. R. Sabbatini tel. 059 422.4019

Segreteria Organizzativa:

Emilia Viaggi Congressi & Meeting Srl

Via Porrettana 76/2- 40033 – Casalecchio di Reno (BO)

Tel.: 039 – 619.4911

Fax: 039 – 619.4900

e-mail: evcongressi@emiliaviaggi.it

web: www.emiliaviaggi.it

TOP

1st EUROPEAN MULTIDISCIPLINARY MEETING ON UROLOGICAL CANCERS

Embracing Excellence in Prostate and Kidney Cancer

Barcelona 2-4 November 2007

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.

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