

Anno II, n. 5 - Giugno 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

PROPOSTA DI REVISIONE DELLA CLASSIFICAZIONE TNM AJCC 2002 PER IL CARCINOMA RENALE pT3
L'accuratezza prognostica della classificazione AJCC (American Joint Committee on Cancer) 2002 del carcinoma renale in stadio patologico T3 potrebbe essere migliorata distinguendo in sottoclassi separate i pazienti con estensione extrarenale ... (continua)

COMPLICANZE MINORI CON NEFRECTOMIA PARZIALE CON TECNICA LAPAROSCOPICA: IMPIEGO DI UN SISTEMA STANDARDIZZATO PER IL REPORT
Ricercatori del Glickman Urological Institute, della Cleveland Clinic

(Ohio,USA), utilizzando un sistema standardizzato di registrazione delle complicanze, hanno osservato, in una ... (continua)

LEIOMIOMATOSI E CANCRO A CELLULE RENALI: SINDROME ASSOCIATA A FORMA EREDITARIA AGGRESSIVA DI CANCRO RENALE
I tumori renali che si sviluppano in pazienti affetti da leiomiomatosi ereditaria sono significativamente più aggressivi di quelli associati ... (continua)

CARCINOMA A CELLULE RENALI BILATERALE METACRONO: DETERMINAZIONE DEL RISCHIO, PRO-

GNOSI E RILEVANZA DELL'INTERVALLO LIBERO DAL CANCRO PRIMARIO
La sopravvivenza a lungo termine dei pazienti affetti da carcinoma a cellule renali bilaterale metacrono è limitata. La presenza di malattia di ... (continua)

TEMSIROLIMUS E/O INTERFERONE ALFA NEL TRATTAMENTO DEL CARCINOMA A CELLULE RENALI AVANZATO
Rispetto ad interferone (IFN)-alfa, temsirolimus migliora la sopravvivenza globale nei pazienti con carcinoma a cellule renali metastatico a prognosi peggiore ... (continua)

AGGIORNAMENTI E CONGRESSI

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

PROPOSTA DI REVISIONE DELLA CLASSIFICAZIONE TNM AJCC 2002 PER IL CARCINOMA RENALE pT3

L'accuratezza prognostica della classificazione AJCC (American Joint Committee on Cancer) 2002 del carcinoma renale (RCC) in stadio patologico T3 (pT3) potrebbe essere migliorata distinguendo in sottoclassi separate i pazienti con estensione extrarenale del tumore (ERE), quelli con trombo venoso tumorale (VTT) e quelli con entrambe le patologie. Queste le conclusioni dello studio condotto da ricercatori dell'MD Anderson Cancer Center dell'Università del Texas di Houston. Nello studio, pubblicato sulla rivista Cancer di giugno, gli autori hanno valutato il significato prognostico del VTT e la sua estensione, la presenza e localizzazione di ERE o la combinazione di entrambi sulla sopravvivenza dei pazienti con RCC in stadio pT3. Dopo approvazione dell'Institutional Review Board, sono stati rivalutati i 3470 pazienti con RCC pT3 presenti nel database delle nefrectomie (parziali o totali), condotte all'MD Anderson Cancer Center dal 1990 al 2006. Sono stati inclusi nell'analisi 419 pazienti con RCC non metastatico e linfonodi negativi (pT3N0/NxM0). Il follow-up medio è stato di 40.8 mesi. All'analisi multivariata di Cox, la classificazione AJCC 2002 del tumore primario non è risultata predittore indipendente di mortalità cancro-specifica. I 211 pazienti con sola ERE (50.4%) ed i 72 pazienti con solo VTT (17.2%) avevano un simile rischio di morte per RCC (hazard ratio [HR] = 1.018; p = 0.957), mentre i 136 pazienti con entrambe le caratteristiche (32.5%) erano più a rischio di morte per RCC (HR = 2.660; p < 0.001). Gli autori hanno quindi proposto una nuova classificazione che comprenda come categoria separata di T i pazienti con entrambe le patologie (ERE e VTT, predittore indipendente di sopravvivenza cancro-specifica) che sembra essere migliore dal punto di vista prognostico rispetto alla classificazione AJCC 2002 (indici c rispettivamente 0.625 e 0.580).

Redefining pT3 renal cell carcinoma in the modern era. A proposal for a revision of the current TNM primary tumor classification system

Vitaly Margulis, MD¹, Pheroze Tamboli, MD², Surena F. Matin, MD¹, Matthew Meisner, BS¹, David A. Swanson, MD¹, Christopher G. Wood, MD¹

¹Department of Urology, and ²Department of Pathology, The University of Texas M. D. Anderson Cancer Center, Houston, Texas

Cancer 2007; Volume 109, 15 June, Issue 12: Pages 2439 - 2444

TOP

NEWS DALLA RICERCA

COMPLICANZE MINORI CON NEFRECTOMIA PARZIALE CON TECNICA LAPAROSCOPICA: IMPIEGO DI UN SISTEMA STANDARDIZZATO PER IL REPORT

Ricercatori del Glickman Urological Institute, della Cleveland Clinic (Ohio, USA), utilizzando un sistema standardizzato di registrazione delle complicanze, hanno osservato, in una popolazione di 200 pazienti, una diminuzione delle complicanze da nefrectomia parziale con tecnica laparoscopica rispetto alla nefrectomia parziale a cielo aperto. Le registrazioni sono state eseguite nel periodo settembre 2003 - novembre 2005. Le dimensioni medie delle masse tumorali erano 3 cm, e la profondità media di invasione parenchimale era 1.8 cm. Nel corso dello studio, pubblicato sul Journal of Urology, sono stati osservati 97 tumori centrali (48.5%) e 9 tumori localizzati in un solo rene (4.5%). La severità delle complicanze in ciascun paziente è stata valutata usando la scala a 5 gradi di tossicità del National Cancer Institute. Trentacinque pazienti (17.5%) hanno mostrato complicanze con una quota complessiva pari al 19%, di queste il 29%, 42%, 26% e 2.6% erano, rispettivamente, di grado da I a IV. Non sono state osservate complicanze di grado V. La perdita media di sangue è stata pari a 150 ml, mentre complicanze quali emorragie e perdita di urine si sono verificate rispettivamente in 9 (4.5%) e 4 (2%) pazienti. La conversione a nefrectomia parziale a cielo aperto e a nefrectomia radicale laparoscopica è stata osservata in 2 (1%) e 1 (0.5%) pazienti rispettivamente. Rispetto ai 200 pazienti iniziali, questo gruppo di 200 pazienti, sottoposto a nefrectomia parziale laparoscopica, ha mostrato una diminuzione significativa del tasso di complicanze globale, urologiche e emorragiche malgrado un aumento di complessità tumorale ($p = 0.02, 0.04$ e 0.04 , rispettivamente). L'uso di un sistema standardizzato di rilevazione delle complicanze può migliorare una efficace comparazione delle diverse tecniche.

Decreased Complications of Contemporary Laparoscopic Partial Nephrectomy: Use of a Standardized Reporting System

Matthew N. Simmons, Inderbir S. Gill

Glickman Urological Institute, Cleveland Clinic, Cleveland, Ohio

The Journal of Urology 2007; Volume 177, Issue 6, June: Pages 2067 - 2073

TOP

NEWS DALLA RICERCA**LEIOMIOMATOSI E CANCRO A CELLULE RENALI: SINDROME ASSOCIATA A FORMA EREDITARIA AGGRESSIVA DI CANCRO RENALE**

I tumori renali che si sviluppano in pazienti affetti da leiomiomatosi ereditaria sono significativamente più aggressivi di quelli associati ad altre sindromi ereditarie. La concomitanza di leiomiomatosi ereditaria e carcinoma renale è stata descritta come sindrome ereditaria e le persone che ne soffrono possono sviluppare leiomiomi cutanei, uterini e cancro del rene. Rispetto ad altre sindromi di cancro renale familiare, la sola osservazione di masse tumorali renali di dimensioni fino a 3 cm non è raccomandata, è comunque necessario un follow-up molto accurato delle persone affette da questa sindrome o a rischio. Ricercatori della Divisione di Epidemiologia e Genetica del Cancro, del National Cancer Institute di Bethesda, infatti, hanno osservato come questi tumori siano molto aggressivi e spesso manifestino metastasi nelle fasi precoci di malattia anche se il tumore primario è molto piccolo. Gli autori dello studio, pubblicato sul *Journal of Urology*, hanno osservato le caratteristiche cliniche e il trattamento urologico di pazienti affetti da questa sindrome. Sono stati valutati 19 pazienti (11 donne e 8 uomini, con età alla diagnosi compresa tra 22 e 67 anni, età mediana 39) affetti da leiomiomatosi ereditaria con associato cancro a cellule renali e follow-up clinico e radiologico mediano di 34 mesi (range: 6-141). I pazienti hanno manifestato leiomiomi cutanei in 11 dei 17 casi valutabili (65%) e leiomiomi uterini in tutte le donne (100%). La dimensione mediana dei tumori era di 7.8 cm (range: 1.5-20) e i sottotipi istologici erano compatibili con leiomiomatosi ereditaria e carcinomi a cellule renali. Quattro dei 7 pazienti con tumori T1 di dimensioni comprese tra 2.0 e 6.7 cm hanno manifestato diffusione ai linfonodi regionali o metastasi alla nefrectomia e 9 dei 19 pazienti (47%) hanno presentato metastasi nodali o a distanza.

Hereditary Leiomyomatosis and Renal Cell Cancer: A Syndrome Associated With an Aggressive Form of Inherited Renal Cancer

Robert L. Grubb III^a, Michael E. Franks^a, Jorge Toro^c, Lindsay Middleton^a, Lynda Choyke^a, Sarah Fowler^a, Carlos Torres-Cabala^{ab}, Gladys M. Glenn^e, Peter Choyke^e, Maria J. Merino^b, Berton Zbar^d, Peter A. Pinto^a, Ramaprasad Srinivasan^a, Jonathan A. Coleman^a, W. Marston Linehan^a

^aUrologic Oncology Branch, ^bLaboratory of Pathology, ^cMolecular Imaging Program, ^dLaboratory of Immunobiology, ^eCenter for Cancer Research and Genetic Epidemiology Branch, Division of Cancer Epidemiology and Genetics, National Cancer Institute, National Institutes of Health, Bethesda, Maryland

The Journal of Urology 2007; Volume 177, Issue 6, June: Pages 2074 - 2080

TOP

NEWS DALLA RICERCA

CARCINOMA A CELLULE RENALI BILATERALE METACRONO: DETERMINAZIONE DEL RISCHIO, PROGNOSI E RILEVANZA DELL'INTERVALLO LIBERO DAL CANCRO PRIMARIO

La sopravvivenza a lungo termine dei pazienti affetti da carcinoma a cellule renali bilaterale metacrono è limitata. La presenza di malattia di von Hippel Lindau, una storia familiare di carcinoma a cellule renali, la presenza di carcinoma a cellule renali primitivo multifocale e la giovane età sono tutti fattori di rischio indipendenti per lo sviluppo di un carcinoma a cellule renali controlaterale. Questi fattori di rischio richiedono un follow up stretto che comprenda controlli strumentali dell'addome, dopo nefrectomia. I pazienti con intervallo prolungato libero da malattia primaria dopo nefrectomia mostrano prognosi più favorevole. Gli autori dello studio, appartenenti a istituzioni internazionali americane, europee e israeliane, hanno valutato la prognosi, i fattori di rischio e la rilevanza dell'intervallo libero da cancro primario in un'ampia popolazione di persone affette da carcinoma a cellule renali bilaterale metacrono. In 120 pazienti, trattati in 12 centri accademici, è stata valutata l'età mediana alla diagnosi del carcinoma a cellule renali primario (54 anni) e secondario (62 anni). Il carcinoma a cellule renali chiare bilaterale era il più comune sottotipo istologico osservato (89% dei casi), mentre un carcinoma renale familiare è stato rinvenuto nel 14% dei pazienti, la presenza di malattia di von Hippel Lindau nel 4% e un carcinoma non familiare a cellule renali nell'81%. Le percentuali di sopravvivenza specifica da malattia a 15 anni sono state 66% per il carcinoma a cellule renali primario e 44% per il secondario. La presenza di malattia di von Hippel Lindau, una storia familiare di carcinoma a cellule renali, una neoplasia renale multifocale primaria e la giovane età sono tutti fattori di rischio indipendenti per lo sviluppo di un carcinoma a cellule renali controlaterale metacrono (dopo chirurgia del carcinoma primitivo). Un intervallo libero più lungo dopo intervento per il carcinoma primitivo è stato associato a una prognosi migliore.

Metachronous Bilateral Renal Cell Carcinoma: Risk Assessment, Prognosis and Relevance of the Primary-Free Interval

Tobias Klatté^a, Jean-Jacques Patard^f, Heiko Wunderlich^g, Rakhee H. Goel^h, John S. Lamⁱ, Kerstin Junker^k, Jörg Schubert^l, Malte Böhm^m, Ernst P. Allhoffⁿ, Fairouz F. Kabbinavar^o, Maxime Crepef^p, Luca Cindolo^q, Alexandre De La Taille^d, Jacques Tostain^e, Arnaud Mejean^r, Michel Soulie^s, Laurent Bellec^t, Jean Christophe Bernhard^u, Jean-Marie Ferriere^v, Christian Pfister^w, Baptiste Albouy^x, Marc Colombel^y, Amnon Zisman^z, Arie S. Belldegrun^a, Allan J. Pantuck^a

^aDepartment of Urology, ^bDepartment of Medicine, University of California-Los Angeles, Los Angeles, California ^cDepartments of Urology, University of Rennes, Rennes, ^dCentre Hospitalier Universitaire Henri Mondor, Creteil, ^eUniversity of Saint-Etienne, Saint-Etienne, ^fNecker Hospital, Paris, ^gUniversity of Toulouse, Toulouse, ^hUniversity of Bordeaux, Bordeaux, ⁱUniversity of Rouen, Rouen, ^jUniversity of Lyon, Lyon, France ^kUniversity of Jena, Jena, ^lUniversity of Magdeburg, Magdeburg, Germany ^mUniversità del Sannio, Benevento, Italy ⁿTel-Aviv University, Tel-Aviv, Israel

The Journal of Urology 2007; Volume 177, Issue 6, June: Pages 2081 - 2087

TOP

NEWS DALLA RICERCA

TEMSIROLIMUS E/O INTERFERONE ALFA NEL TRATTAMENTO DEL CARCINOMA A CELLULE RENALI AVANZATO

Rispetto ad interferone (IFN)-alfa, temsirolimus migliora la sopravvivenza globale nei pazienti con carcinoma a cellule renali metastatico a prognosi peggiore (Poor Risk). L'aggiunta di temsirolimus ad IFN non allunga la sopravvivenza. L'IFN-alfa è ampiamente usato per il carcinoma a cellule renali metastatico ma presenta limitata efficacia e tollerabilità. Il temsirolimus, inibitore specifico di m-TOR (mammalian Target Of Rapamycin) è stato considerato potenzialmente utile nella terapia del carcinoma a cellule renali. In uno studio multicentrico di fase 3, ricercatori di diverse istituzioni statunitensi (Filadelfia, Baltimora, New York, Los Angeles, Nashville, Boston,), canadesi (Hamilton nello stato dell'Ontario), europee (Polonia, Ungheria, Serbia, Ucraina, Germania, Turchia e Regno Unito) e russe (Kemerovo) per il Global ARCC Trial, hanno randomizzato 626 pazienti, con carcinoma a cellule renali metastatico non trattato e poor-risk prognosis, a trattamenti con 25 mg temsirolimus endovena settimanale, IFN-alfa (3 milioni U, fino a 18 milioni U, sottocute tre volte alla settimana) o una combinazione di 15 mg di temsirolimus settimanale più 6 milioni U di IFN-alfa tre volte a settimana. L'endpoint primario era la sopravvivenza globale nei pazienti sottoposti a trattamento con IFN-alfa rispetto a temsirolimus o alla combinazione dei due farmaci. I pazienti in trattamento con solo temsirolimus hanno mostrato un significativo incremento della sopravvivenza globale (hazard ratio [HR] per mortalità = 0.73; intervallo di confidenza [IC] 95%: 0.58 - 0.92; p = 0.008) e della sopravvivenza libera da progressione (p < 0.001) rispetto ai pazienti trattati con solo IFN-alfa. I risultati della terapia di combinazione non sono stati significativamente diversi da quelli del gruppo trattato con solo IFN (HR = 0.96; IC 95%: 0.76 - 1.20; p = 0.70). I tempi di sopravvivenza globale mediana del gruppo sottoposto a trattamento con solo IFN, con solo temsirolimus o entrambi sono stati rispettivamente 7.3, 10.9 e 8.4 mesi. Tra gli effetti collaterali, rash cutaneo, edema periferico, iperglicemia e iperlipidemia sono stati più comunemente osservati nei pazienti trattati con temsirolimus, mentre l'astenia è stato l'effetto più comune nei casi trattati con IFN. Da ultimo, è da sottolineare come un numero inferiore di pazienti trattati con temsirolimus abbia manifestato effetti avversi gravi rispetto a quelli trattati con IFN (p = 0.02).

Temsirolimus, Interferon Alfa, or Both for Advanced Renal-Cell Carcinoma

Gary Hudes, M.D., Michael Carducci, M.D., Piotr Tomczak, M.D., Janice Dutcher, M.D., Robert Figlin, M.D., Anil Kapoor, M.D., Elzbieta Staroslawska, M.D., Jeffrey Sosman, M.D., David McDermott, M.D., István Bodrogi, M.D., Zoran Kovacevic, M.D., Vladimir Lesovoy, M.D., Ingo G.H. Schmidt-Wolf, M.D., Olga Barbarash, M.D., Erhan Gokmen, M.D., Timothy O'Toole, M.S., Stephanie Lustgarten, M.S., Laurence Moore, M.D., Ph.D., Robert J. Motzer, M.D., for the Global ARCC Trial

Fox Chase Cancer Center, Philadelphia (G.H.); Sidney Kimmel Comprehensive Cancer Center, Baltimore (M.C.); Klinika Onkologii, Oddzial Chemioterapii, Poznań, Poland (P.T.); Our Lady of Mercy Medical Center, Bronx, NY (J.D.); University of California, Los Angeles, Los Angeles (R.F.); McMaster University, Hamilton, ON, Canada (A.K.); Lublin Oncological Center, Lublin, Poland (E.S.); Vanderbilt University Medical Center, Nashville (J.S.); Beth Israel Deaconess Medical Center, Boston (D.M.); National Institute of Oncology, Budapest, Hungary (I.B.); Military Medical Academy, Belgrade, Serbia (Z.K.); Regional Clinical Center of Urology and Nephrology, Kharkov, Ukraine (V.L.); University of Bonn, Bonn, Germany (I.G.H.S.-W.); Kemerovo State Medical Academy, Regional Clinical Hospital, Kemerovo, Russia (O.B.); Ege University Medical Faculty, Izmir, Turkey (E.G.); Wyeth Research, Cambridge, MA (T.O., S.L., L.M.); and Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, New York (R.J.M.).

The New England Journal of Medicine 2007 Volume 356, Number 22, May 31: Pages 2271 - 2281

TOP

AGGIORNAMENTI E CONGRESSI

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