



## **Allegato 3 : Chirurgia tumore localizzato**

**Anno di pubblicazione 2023**

## **Chirurgia del tumore locale localizzato**

Costituisce il trattamento di elezione. Deve essere concentrata in reparti urologici e avvenire entro 30 giorni dall'inserimento in lista di attesa. Comprende:

1) Nephron Sparing Surgery (NSS): asportazione radicale della neof ormazione, preservando il restante parenchima renale. Può costituire:

- **trattamento di elezione** quando tecnicamente fattibile, riservato ai tumori renali localizzati (cT1a, cT1b);
- **trattamento di necessità** in caso di pazienti mono-rene congenito o acquisito o con insufficienza renale cronica, con il fine di preservare il più possibile la funzione renale residua.

2) Nefrectomia radicale (+ surrenectomia e linfadenectomia loco\regionale da valutare in modo caso-specifico): in caso di tumori renali  $\geq$  cT2. La tecnica chirurgica può essere open, video-laparoscopica o robotica a seconda dell'esperienza dell'operatore.

## **Sorveglianza attiva di piccola massa renale**

Indicata per tumori renali di piccole dimensioni, localizzati, che tendono a crescere lentamente e raramente hanno potenziale metastatico. Può essere raccomandata se la chirurgia non rappresenta l'opzione di trattamento ideale (es: paziente anziano e/o fragile per co-morbilità tali da controindicare un intervento chirurgico) e se il tumore ha un diametro <4 cm. Richiede un monitoraggio seriato che permetta di identificare precocemente l'eventuale crescita clinicamente significativa del tumore, con conseguente valutazione di ulteriore opzione terapeutica. Il monitoraggio avviene abitualmente con ecografia o TC\RM, ogni 6 mesi nel primo anno della diagnosi, quindi ogni 6\12 mesi. Va prevista l'uscita dal protocollo di sorveglianza attiva in caso di:

- incremento del diametro > 0.5 cm alla TC ad 1 anno dalla diagnosi;
- raddoppio dimensionale entro 1 anno;
- superamento del diametro limite di 4 cm.

## **Terapia ablativa (Radiofrequenza o Crioterapia) di piccola massa renale**

Rappresenta un approccio alternativo per i pazienti con neoplasia renale localizzata cT1. Deve avvenire entro 30 giorni dall'inserimento in liste di attesa. I criteri di selezione dei pazienti non sono standardizzati, né i risultati oncologici verificati da studi clinici controllati. Dovrebbe essere preceduta da biopsia di conferma della lesione renale neoplastica da trattare. A causa di un numero maggiore di recidive locali rispetto alla chirurgia, viene proposta principalmente a pazienti (spesso anziani) con comorbilità che rendono controindicata la chirurgia nephron sparing, a pazienti con precedenti chirurgie renali, a pazienti affetti da forme ereditarie di tumore renale, spesso multifocali sincrone o metacrone, a pazienti monorene o con pregresso trapianto renale. E' auspicabile che la terapia ablativa sia proposta solo nell'ambito di protocolli clinici.

## **Radioterapia stereotassica (SBRT) del tumore renale localizzato**

Ulteriore opzione terapeutica con intento ablativo in pazienti con malattia localizzata non candidabili a chirurgia. Deve avvenire entro 30 giorni dalla visita GIC. La SBRT consente di ottenere un buon controllo locale di malattia con bassa tossicità sulla funzionalità renale, ma sono necessari ulteriori studi clinici controllati per definire meglio l'outcome oncologico (Linee Guida AIOM 2020, Linee guida EAU 2022, Linee guida NCCN 2022).