

**Linee guida per la valutazione del rischio
oncologico nel donatore di organi: cosa
cambia**

27 ottobre 2021



**Linee guida per la valutazione del rischio oncologico
nel donatore di organi: cosa cambia in ambito della
patologia renale.**

Deborah Malvi

Per le domande al relatore scrivere a: cnt.webinar@iss.it

- I tumori del rene e delle vie urinarie rappresentano il 10° tumore in termini di frequenza in Italia
- sono più frequenti nel sesso maschile con un'incidenza che in generale aumenta con l'età, trovando il suo massimo picco intorno alla ottava decade di vita
- rischio 1/38 M e 1/89 F (AIRTUM)
- Fattori di rischio: fumo, obesità, ipertensione ed esposizione a metalli ed alcune sostanze (cadmio, fenacetina e trielina)
- Predisposizioni genetiche (più frequente VHL)

DURANTE IL PERCORSO DONATIVO



Riscontro occasionale durante lo studio radiologico pre-sala o durante la vera e propria fase di espianto



Presenza storia anamnestica di neoplasia renale:

- reperire referti istologici;
- follow-up.

Riscontro occasionale durante il percorso donativo

LESIONI BENIGNE

ISTOTIPO		RISCHIO ONCOLOGICO
Oncocitoma ^{*1} Angiomiolipoma Adenoma papillare (dimensioni <1,5 cm) ^{*2}	Lesioni Benigne	RISCHIO STANDARD

NOTA 1: in corso di donazione non è possibile eseguire diagnosi di certezza di oncocitoma, si consiglia pertanto di considerare la neoplasia come maligna e di classificare il rischio oncologico secondo la tabella sottostante, a scopo cautelativo.

NOTA 2: secondo i criteri WHO/ISUP 2016 si definisce adenoma papillare una lesione non capsulata, di <1,5 cm di asse maggiore e di basso grado nucleolare. Tali lesioni possono essere:

- multifocali e/o bilaterali (questo suggerisce l'esecuzione di una ecografia a banco per escludere la presenza di altre lesioni anche nel rene controlaterale o di ulteriori piccole lesioni nel rene omolaterale);
- Possono associarsi a carcinomi renali di istotipo papillare o convenzionale.

Si definisce carcinoma papillare se lesione capsulata di >1,5 cm di asse maggiore e ad alto grado nucleolare.

Riscontro occasionale durante il percorso donativo

LESIONI MALIGNI

in corso di donazione, la classificazione degli istotipi secondo la classificazione WHO/ISUP non sarà interamente applicabile, in quanto alcune forme necessitano di una tipizzazione immunoistochimica e/o molecolare, mentre molto utile sarà il loro inquadramento nei pazienti con anamnesi positiva per carcinoma renale. Nuove entità saranno aggiunte all'ultima classificazione, nella successiva edizione della WHO.

RISCHIO ONCOLOGICO TRASCURABILE

- lesione <1 cm/grado I-II
- Se completamente escissa, con margine su tessuto sano, anche il rene omolaterale alle lesione può essere utilizzato, sempre a rischio trascurabile.

•RISCHIO ONCOLOGICO ACCETTABILE A BASSO RISCHIO per il rene sede della lesione RISCHIO ONCOLOGICO TRASCURABILE per il rene controlaterale e gli altri organi

- lesione 1-4 cm (pT1a)/grado I-II

RISCHIO ONCOLOGICO INACCETTABILE

- dimensioni >4 cm/qualunque grado nucleolare
- qualunque dimensione / Grado III-IV sec. Fuhrman, aree rabdoidi/sarcomatoidi//necrosi tumorale estesa

Riscontro anamnestico di neoplasia renale

RISCHIO ONCOLOGICO TRASCURABILE

- stadio pT1a
- Basso grado nucleolare
- Necessità di eseguire TC Total Body con e senza mdc

•RISCHIO ONCOLOGICO ACCETTABILE A BASSO RISCHIO

- Stadio \geq pT1b
- Grado I-II sec. Fuhrman
- 5-10 anni di follow-up
- Necessità di eseguire TC Total Body con e senza mdc

RISCHIO ONCOLOGICO INACCETTABILE

- Qualunque stadio
- grado III-IV sec. Fuhrman, aree rabdoidi/sarcomatoidi//necrosi tumorale estesa/trombosi della vena renale all'ilo