

Una “bella” sorpresa.....

F. Fiorini

U.O. Nefrologia e Dialisi, Sanremo - ASL1 Imperiese

A “pretty” surprise.....

This is a clinical history of hypertensive chronic renal failure patients who first presented at our hypertension ambulatory for control. The possibility of performing routine echography permitted the precocious diagnosis of bilateral kidney neoplasm and urotelial cancer. (G Ital Nefrol 2005; 22: 372-5)

KEY WORDS: *Ultrasound color-Doppler, Renal neoplasm, Urinary tract neoplasm*

PAROLE CHIAVE: *Ecocolor-Doppler, Neoplasia renale, Neoplasia uroteliale*

Introduzione

Un paziente di 75 anni, affetto da ipertensione arteriosa di recente insorgenza, venuto a conoscenza che presso la nostra U.O. è attivo il Centro per la diagnosi e la terapia dell'ipertensione arteriosa, si presenta per gli accertamenti del caso. All'anamnesi l'ipertensione non si accompagna ad altre patologie di rilievo, mentre gli esami ematochimici dimostrano solo una insufficienza renale di grado medio (GFRc \approx 37 mL/min).

Test di verifica

1) Quale diagnostica per immagini utilizzeresti per prima in questo paziente?

- Ecografia addominale
- Eco-colorDoppler renale
- TAC addome
- Angioscintigrafia renale
- Nessuna delle precedenti.

La risposta corretta alle domande sarà disponibile sul sito internet www.sin-italy.org/gin e in questo numero del giornale cartaceo dopo il Notiziario SIN

Il nostro protocollo diagnostico prevede in questa situazione l'esecuzione di una ecografia addominale.

L'esame ha evidenziato:

Fegato, pancreas, milza, surreni, aorta addominale: non reperti patologici.

Rene dx: diametro interpolare 96 mm, spessore parenchimale 15 mm, idronefrosi di II-III grado con uretere valutabile per un tratto di 2-3 cm e formazione rotondeggiante ipocogena parenchimale parzialmente esofitica al terzo medio;

Rene sinistro: diametro interpolare 110 mm, spessore parenchimale 17 mm; a livello polare inferiore formazione rotondeggiante esofitica (30x30 mm), a margini regolari, isocogena, ipovascolarizzata rispetto al parenchima renale (Fig. 1a e Fig. 1b).

Nella stessa seduta ecografica non è stato possibile indagare la vescica perché depleta e il paziente non era disposto ad attendere il suo riempimento.

Test di verifica

2) Quale indagine eseguiresti a questo punto?

- TAC addome
- Angiografia renale
- Pielografia ascendente
- Urografia perfusionale
- Ecografia vescicale.

La risposta corretta alle domande sarà disponibile sul sito internet www.sin-italy.org/gin e in questo numero del giornale cartaceo dopo il Notiziario SIN



Fig. 1a - Scansione anteriore trasversale renale destra che dimostra idronefrosi di II-III grado e immagine parenchimale rotondeggiante appena ipoecogena parzialmente esofitica apparentemente non capsulata al terzo medio.

Abbiamo preferito completare la valutazione delle vie urinarie eseguendo nella giornata successiva l'ecografia vescicale che ha mostrato la presenza di una formazione dotata di polo vascolare, iperecogena, pedunculata (42x27 mm) che coinvolgeva il meato ureterale sx: tale reperto era ascrivibile a poliposi. L'esame dimostrava inoltre ipertrofia prostatica con lobo aggettante in vescica 42x56 mm (Fig. 2).

A questo punto è apparso evidente che il paziente era affetto da almeno due tipologie di neoplasie concomitanti: una neoplasia vescicale che, infiltrando il meato ureterale sinistro, determinava idronefrosi omolaterale e da due neoplasie solide a carico di entrambi i reni.

Test di verifica

3) Quale iter diagnostico ritieni più utile a questo punto?

Sottoporre il paziente a:

- Intervento chirurgico esplorativo sulle masse renali
- TAC addome
- Puntura ecoguidata di una delle masse renali
- Angiografia renale
- Urografia perfusionale
- Ecografia prostatica transrettale.

La risposta corretta alle domande sarà disponibile sul sito internet www.sin-italy.org/gin e in questo numero del giornale cartaceo dopo il Notiziario SIN

Abbiamo scelto di eseguire una TAC addome per la possibilità di approfondire la natura delle lesioni solide renali, di valutare l'eventuale presenza di infiltrazioni parenchi-



Fig. 1b - Rene sx in scansione longitudinale obliqua posteriore che dimostra immagine rotondeggiante esofitica ad ecostruttura parenchimale al polo inferiore.



Fig. 2 - Vescica con voluminosa formazione iperecogena pedunculata aggettante dalla parete infero-laterale dx che coinvolge il meato ureterale dilatato.

mali e/o linfonodali e la diffusione della neoplasia vescicale, in vista dell'intervento chirurgico.

La TAC ha evidenziato:

Rene destro: presenza di formazione rotondeggiante mesorenale intraparenchimale a margini netti e regolari (30x23 mm) caratterizzata da impregnazione vivace ed omogenea in fase arteriosa con rapido wash out in fase portale con associata idroureteronefrosi e subatrofia del parenchima renale.

Rene sx: in sede polare inferiore presenza di piccola formazione nodulare rotondeggiante (circa 20 mm) ipodensa, dotata di minor enhancement.

Vescica: l'esame, ostacolato dalla presenza di artefatti da artroprotesi metallica femorale dx, dimostra formazione



Fig. 3a - Immagine TC in fase arteriosa che evidenzia idronefrosi renale destra con presenza di formazione ovale (23x30 mm) vascolarizzata parenchimale parzialmente esofitica al terzo medio.

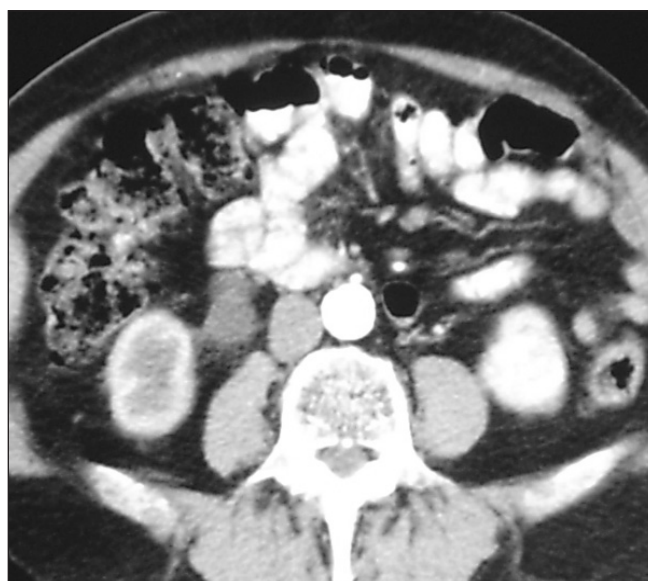


Fig. 3b - TC in fase arteriosa: si apprezza al polo inferiore del rene sinistro immagine rotondeggiante esofitica riccamente vascolarizzata.

aggettante nel lume ed infiltrante a pieno spessore la parete che coinvolge il meato ureterale e l'uretere rendendolo dilatato a monte; la stessa sembra superare la linea mediana ed estrinsecarsi anche a sx. Indenni le pareti anteriore e laterale (Fig. 3).

Veniva pertanto deciso l'intervento chirurgico. Nel corso della stessa seduta venivano eseguite tumorectomia (enucleazione) parenchimale dx, resezione di neoplasia polare renale sx e resezione del trigono vescicale dx con ureterocistoneostomia (TNM = p T1 G3 Nx) (Fig. 4).

L'esame istologico ha evidenziato che le lesioni solide renali erano oncocitomi a cellule alveolari e la vegetazione vescicale era costituita da carcinoma uroteliale ad alto grado di malignità, infiltrante la tonaca sottomucosa.

Il paziente ha eseguito due cicli trimestrali di instillazioni vescicale con Immucyst (bacillo di Calmette-Guèrin [BCG]).

A distanza di oltre un anno dall'intervento chirurgico il paziente presenta buona salute e buona attività fisica: negativi controlli ecografici, TC, cistoscopia e citologici urinari.

Commento al caso

L'oncocitoma renale è una neoplasia benigna relativamente rara con una prevalenza segnalata in letteratura del 3-7% delle masse renali. Trae origine dalle cellule intercalari dei dotti collettori, spesso di piccole dimensioni, raramente (come in questo caso) bilaterale. Il quadro clinico è spesso silente e rappresenta quasi sempre un reperto inci-



Fig. 3c - Immagine TC vescicale, con segnale disturbato dalla presenza di artroprotesi metallica, che conferma la presenza di papillomatosi vescicale a larga base d'impianto infiltrante la parete e di palloncino da catetere.

dentale; raramente il paziente lamenta ematuria e dolore al fianco. La sua crescita è lenta e la prognosi favorevole. La nefrectomia radicale o parziale e le tecniche mini-invasive ablative rappresentano il trattamento terapeutico (1).

Il carcinoma uroteliale è un tumore che origina dalle cellule dell'epitelio di transizione che riveste le vie urinarie: il più comune è quello vescicale ed è correlato al contatto con tossine ambientali (amine aromatiche, coloranti ecc), con la somministrazione a lungo termine di ciclofosfamide e l'uso



Fig. 4 - Rene destro: a livello del terzo medio parenchimale, è presente formazione iperecogena rotondeggiante ascrivibile a tessuto adiposo perirenale che ha riabitato loggia neoplastica sede di enucleazione.

cronico di fenacetina. Attualmente circa il 50% dei casi è correlato ad uso di tabacco. Possiedono un'elevata tendenza alla multifocalità ed al policronotropismo. Il trattamento terapeutico comprende l'escissione transuretrale con controlli citologici e cistoscopici frequenti nei casi confinati allo strato di cellule di transizione, mentre i tumori di grado più elevato, confinati allo stato delle cellule transizionali e nei tumori rilevati (*K in situ*) prevedono la chemioterapia

endovesicale o l'immunoterapia con BCG. Nei tumori vescicali che invadono gli strati profondi è preferibile la cistectomia radicale con diversione urinaria (neovescica, ansa ileale ecc.) (2).

Riassunto

L'ecografia rappresenta una metodica diagnostica per immagini non radiologica che in mano agli internisti sta cambiando l'approccio semeliotico al malato. In questo caso si sottolinea come una normale ecografia addominale di screening in un paziente afferente all'ambulatorio dell'Ipertensione Arteriosa abbia permesso una diagnosi semplice, rapida con successivo tempestivo intervento chirurgico che ha probabilmente mutato in modo sostanziale la prognosi.

Indirizzo degli Autori:
 Dr. Fulvio Fiorini
 U.O. Nefrologia e Dialisi
 ASL1 Imperiese
 Ospedale di Sanremo
 Via Borea, 56
 18038 Sanremo (IM)
 e-mail: sr.nefrologia@asl1.liguria.it

Bibliografia

1. Linehan WM et al. Cancer of the kidney and the ureter, in *Cancer: Principles and Practice of Oncology*, 5th ed, VT DeVita et al (eds). Philadelphia New York: Lippincott-Raven, 1997: 1271-300.
2. Ozen H, Hall MC. Bladder cancer. *Curr Opin Oncol* 2000; 12: 255.