

## Heelkundige en oncologische uitkomsten na radicale nefrectomie en tumorthrombectomie: een retrospectieve analyse.

Dries Vandendriessche, Chanel Pauwelyn, Camille Berquin, Sylvie Rottey, Karel Decaestecker, Nicolaas Lumen, Charles Van Praet

### Doelstelling

Heelkundige behandeling voor een renaal cel carcinoom (RCC) met veneuze tumortrombus (VTT) middels radicale nefrectomie en trombectomie is de gouden standaard bij patiënten met niet-gemetastaseerde ziekte (M0). Bij gemetastaseerde (M1) patiënten is de tendens - onder invloed van de CARMENA en SURTIME trials - om geen upfront cytoreductieve nefrectomie meer aan te bieden gezien non-inferiority is aangetoond met systemische therapie alleen. Er is wel nog plaats voor heelkundige behandeling bij symptomen door de lokale tumor, bij een oligometastatische setting al dan niet met metastase gerichte behandeling (MDT) of eventueel na goede respons op systemische therapie. Patiënten met VTT waren beperkt vertegenwoordigd in CARMENA. Om te onderzoeken of patiënten met M1 RCC en VTT baat kunnen hebben bij upfront cytoreductieve nefrectomie, onderzochten we de peri-operatieve morbiditeit en oncologische uitkomst van deze ingreep bij M0 en M1 patiënten.

### Materiaal en methoden

In onze database van patiënten met lokaal gevorderd RCC, behandeld in het Universitair Ziekenhuis van Gent van 2010 tot en met 2020, werden M0 of M1 patiënten weerhouden met VTT die radicale nefrectomie met trombectomie ondergingen. We analyseren de postoperatieve complicaties binnen de 90 dagen, tijd tot systemische therapie (TTS) en overall survival (OS). De statistische analyses (Fisher's exact, Mann-Whitney-U en Kaplan-Meier curves met log-rank test) werden uitgevoerd met SPSS. Goedkeuring van het Ethisch comité werd bekomen.

### Resultaten

Er werden 42 patiënten weerhouden. De ratio man:vrouw bedraagt 2:1 en de tumor is vaker rechtszijdig gelokaliseerd (24 vs 18). Het overgrote deel van de tumoren is heldercellig RCC (88%). In 80% van de tumoren gaat het om een hooggradige (graad 3 of meer) tumor en er is sprake van sarcomatoïde dedifferentiatie in 7%. Bij 9 (21%) patiënten was de tumortrombus beperkt tot de vena renalis (Mayo 0). Bij 18 (43%), 2 (5%), 9 (21%) en 4 (10%) patiënten was de tumortrombus uitgebreid tot respectievelijk < 2 cm in de vena cava inferior (VCI - Mayo 1), >2 cm in de VCI onder de subhepatische venen (Mayo 2), tot onder diafragma (Mayo 3) en boven het diafragma (Mayo 4). Zestien patiënten (38%) waren gemetastaseerd bij diagnose. De mediane opvolging na ingreep bedroeg 36 maanden (interkwartiel range [IQR] 18 - 52). De 1-jaars overleving bedraagt 80% en de 3-jaars overleving 61%. De mediane overleving bij M0 patiënten was 65 maanden tegenover 27 maanden bij M1 patiënten (P = 0.139). De 3-jaars overleving van de M0 en M1 groep bedraagt 72% en 40% respectievelijk. Zeventien patiënten (42%) werden robot-geassisteerd behandeld (16 Mayo 0 en 1 Mayo 2). Hoe hoger de Mayo classificatie, hoe meer open chirurgie (P = 0.003), maar er was geen significant verschil in hooggradige complicaties (Clavien-Dindo 3, P = 0.888), noch in OS (P = 0.461). Twee patiënten (5%) kwamen postoperatief te overlijden (1 door sepsis, 1 door acute respiratory distress syndrome). Twee patiënten (5%) werden opgenomen op intensieve zorgen (1 met longembolie, 1 met anurie door vena renalis compressie waarvoor revisie). 3 (7%) patiënten hadden een nabloeding waarvoor noodzaak tot revisie of embolisatie (Clavien-Dindo 3). In de M1 populatie hebben 2 (12%) patiënten een favourable risk IMDC score, 11 (69%) hebben een intermediate risk IMDC score en 3 (19%) een poor risk IMDC score. 11 (43%) patiënten met M0 ziekte ontwikkelde een recidief waarvan 2 lokaal en 9 op afstand. 6 (23%) patiënten kregen uiteindelijk systemische therapie. 8 (50%) patiënten met M1 ziekte bij diagnose werden progressief waarvan 6 (38%) behandeld werd met systemische therapie. Mediane tijd tot systemische therapie in deze groep bedraagt 20 maanden. 0 (0%) patiënten in de M1 groep kregen meteen systemische therapie voor of binnen drie na radicale nefrectomie.

### Discussie

De morbiditeit van chirurgie voor RCC met VTT is significant. De potentiële voordelen en risico's van upfront cytoreductieve chirurgie bij deze M1 patiënten dienen multidisciplinair en met de patiënt te worden besproken.