

· 诊疗安全共识 ·

中国泌尿男生殖系肿瘤手术后随访方案专家共识

(中国抗癌协会泌尿男生殖系肿瘤专业委员会微创学组)

关键词:生殖系肿瘤;男性;膀胱癌;尿道癌;肾细胞癌;鼻丸癌;阴茎癌;肾上腺肿瘤;术后随访;随访方案;专家共识

中图分类号:R737

文献标志码:M

DOI:10.3969/j.issn.1009-8291.2021.05.002

手术后随访是肿瘤治疗全程管理中的重要组成部分。手术后随访可以及时发现相关并发症,使患者得到及时救治。随访也是早期发现肿瘤复发的重要手段。对于很多肿瘤,即使发生复发,通过及时的辅助治疗,一些患者依然是可以治愈的。在已经发布的国际和国内指南中,对于一部分肿瘤的术后随访方案有明确的建议,但另外一些肿瘤,如尿道癌,随访方案并没有明确的推荐意见。为了规范泌尿男生殖系肿瘤的术后随访方案,我们参考2020版欧洲泌尿外科学会指南、2020版美国国立综合癌症网络(National Comprehensive Cancer Network, NCCN)指南、中国临床肿瘤学会(Chinese Society of Clinical Oncology, CSCO)2020相关指南和2019中国泌尿外科和男科疾病诊断治疗指南,并结合我们的临床实践经验,经专家讨论后,形成了本随访方案专家共识,以期为医务人员和患者提供简明参考。

需要指出的是,肿瘤是具有很高异质性的疾病,医学发展也远未达到极致,因而在使用本随访方案时请根据患者个体情况进行调整。

1 非肌层浸润性膀胱癌(non-muscle-invasive bladder cancer, NMIBC)术后随访方案

膀胱肿瘤的特点是多发和复发,及时发现复发并

表1 非肌层浸润性膀胱癌(NMIBC)术后随访方案

病情	膀胱镜检查	尿脱落细胞学检查	影像学检查
低危	第1年,第3个月、12个月各1次 第2~5年,每年1次		
中危	第1年每3个月1次 第2年每6个月1次 第3~5年,每年1次 第6年起,根据临床情况决定,仍建议每年1次	第1年,每3个月1次 第2年,每6个月1次 第3~5年,每年1次	每年1次CTU
高危	第1~2年,每3个月1次 第3~5年,每6个月1次 第6~10年,每年1次 第11年起,根据具体情况决定,仍建议每年1次	第1~2年,每3个月1次 第3~5年,每年1次 第6年起,根据具体情况决定	每年1次CTU

治疗是控制膀胱肿瘤发展的重要方法。NMIBC的危险度分组标准见2019中国泌尿外科和男科疾病诊断治疗指南^[1]。

低危肿瘤经尿道膀胱肿瘤切除术(transurethral resection of bladder tumor, TURBt)后随访方案:通过膀胱镜进行随访观察,术后第3个月进行1次检查,如果是阴性,9个月后再做1次;然后每年做1次,持续5年。5年后无复发的患者再复发的风险很低。无需尿脱落细胞学检查。因此,5年随访无复发,可以停止膀胱镜检查或用B超检查替代膀胱镜检查。

中危肿瘤TURBt后随访方案:第1年,膀胱镜每3个月1次;第2年每6个月进行1次;第3~5年每年1次;从第6年起,根据临床情况决定,但基本上还建议是每年1次。第1年需要取得基线膀胱及上尿路影像检查结果。建议做计算机断层扫描泌尿系造影(computed tomography urography, CTU)。之后影像学检查基本上还建议是每年1次。尿脱落细胞学检查,第1年每3个月1次,第2年每6个月1次。第3~5年每年1次,之后根据临床情况决定。本类型患者,TURBt后在10年内无肿瘤复发但之后又出现复发的病例并不罕见,建议终生随访。详见表1。

高危肿瘤 TURBt 后随访方案:第 1~2 年,膀胱镜每 3 个月 1 次;第 3~5 年每 6 个月进行 1 次;第 6~10 年每年 1 次;从第 11 年起,根据临床情况决定,基本上还建议是每年 1 次。第 1 年需要取得基线膀胱及上尿路影像检查结果,建议做 CTU。之后影像学检查基本上还建议是每年 1 次。尿脱落细胞学检查,第 1~2 年每 3 个月 1 次,第 3~5 年每年 1 次,之后根据临床情况决定。本类型患者, TURBt 后在 10 年内无肿瘤复发但之后又出现复发的病例并不罕见,建议终生随访。

没有一种非侵入性方法可以替代膀胱镜检查。因此, NMIBC 随访应该是基于定期的膀胱镜检查。

2 晚期和变异亚型膀胱癌术后随访方案

对晚期和变异亚型膀胱癌患者,随访的目的是尽早发现复发和转移,以便积极的系统治疗。随访也是发现术后并发症的重要手段。在以治愈为目的的根治性膀胱切除术后,随访可以在尿路上皮细胞系统中早期发现第 2 个癌。

根治性膀胱切除术后的随访方案:应关注手术相关并发症,如输尿管狭窄和反流、贮尿囊尿潴留、造口疝、泌尿系感染、结石、相关代谢问题及肿瘤复发和转移情况。第 1~2 年,胸部 CT、CTU 或磁共振泌尿系水成像(magnetic resonance urography, MRU)检查每 3~6 个月复查 1 次。第 3~5 年,胸部 CT、CTU

或 MRU 每年 1 次。第 6~10 年,肾超声检查每年 1 次。从第 11 年起,根据临床情况决定,基本上还建议是每年 1 次肾超声检查。随访期间如果怀疑有转移,建议行氟代脱氧葡萄糖标记的正电子发射计算机断层扫描(¹⁸F-fluorodeoxyglucose positron emission tomography-CT, FDG PET-CT)检查。第 1~2 年尿脱落细胞学检查或尿道冲洗细胞学检查每 6 个月 1 次。第 3 年起,根据临床情况决定。第 1 年,每 3~6 个月检查肾、肝功能。如果接受化疗还建议检查电解质、酸碱平衡和血常规。第 2~5 年,每年 1 次检查肾、肝功能和电解质和维生素 B12。第 6 年后,每年 1 次检查维生素 B12。

保留膀胱术如三联治疗(最大程度 TURBt+化疗+放疗)患者的随访:膀胱镜检查,第 1~2 年,每 3 个月 1 次;第 3~4 年,每 6 个月 1 次;第 5~10 年,每年 1 次。第 11 年起,根据临床情况决定。第 1~2 年,胸部 CT、CTU 或 MRU,每 3~6 个月复查 1 次。第 3~5 年,胸部 CT、CTU 或 MRU 每年 1 次。第 6 年起,根据临床情况决定。随访期间如果怀疑有转移,建议进行 FDG PET-CT 检查。第 1~2 年尿脱落细胞学检查每 6 个月 1 次。第 3 年起,根据临床情况决定。第 1 年,每 3~6 个月检查肾、肝功能。如果接受化疗还建议检查电解质、酸碱平衡和血常规。第 2 年后,根据具体情况决定。详见表 2。

表 2 晚期和变异亚型膀胱癌术后随访方案

手术方式	影像学检查 (胸部 CT、CTU 或 MRU)	血液检查 (血常规、血生化、 电解质、维生素 B12)	膀胱镜检查	尿脱落 细胞学检查
根治性膀胱切除术后	第 1~2 年,每 3~6 个月 1 次 第 3~5 年,每年 1 次 第 6~10 年,每年 1 次肾脏超声	第 1 年,每 3~6 个月 1 次 第 2~5 年,每年 1 次 第 6 年起,每年 1 次检查维生素 B12		第 1~2 年,每 6 个月 1 次 第 3 年起,根据临床情况决定
保留膀胱手术后	第 1~2 年,每 3~6 个月 1 次 第 3~5 年,每年 1 次 第 6 年起,根据具体情况决定	第 1 年,每 3~6 个月 1 次 第 2 年起,根据具体情况决定	第 1~2 年,每 3 个月 1 次 第 3~4 年,每 6 个月 1 次 第 5~10 年,每年 1 次 第 11 年起,根据具体情况决定	第 1~2 年,每 6 个月 1 次 第 3 年起,根据具体情况决定

3 上尿路尿路上皮细胞癌 (urothelial cell carcinoma, UCC)术后随访方案

经手术治疗后,需要严密的随访来及时发现膀胱肿瘤及局部复发和远处转移。随访包括膀胱镜检查和尿脱落细胞学检查,随访时间>5 年。

根治性肾输尿管切除术随访方案:①低危患者:第 1 年,每 3 个月膀胱镜检查,然后每年 1 次到 5 年。②高危患者:第 1~2 年,每 3 个月膀胱镜检查和尿脱落细胞学检查。第 3~5 年,每 6 个月膀胱镜检

查和尿脱落细胞学检查。第 6 年起,每年 1 次膀胱镜检查 and 尿脱落细胞学检查。第 1~2 年,每 6 个月进行 CTU 或 MRU 检查和肺部 CT 检查,然后每年 1 次。

保留肾脏的患者术后随访方案:①低危患者:术后第 3、12 个月进行膀胱镜检查,然后每年 1 次到 5 年。术后第 3、12 个月进行输尿管镜检查。②高危患者:术后每 3、6 个月进行膀胱镜和尿脱落细胞学检查,然后每年 1 次。术后第 3、6、12 个月 CTU 或 MRU 检查和肺部 CT 检查,然后每年 1 次。术后第 3、6、12 个月进行输尿管镜检查。详见表 3。

表3 上尿路尿路上皮细胞癌(UCC)术后随访方案

手术方式	膀胱镜/输尿管镜	尿脱落细胞学	影像学
根治性肾输尿管切除术后	低危 第1年,每3个月1次 第2~5年,每年1次		
	高危 第1~2年,每3个月1次 第3~5年,每6个月1次 第6年起,每年1次	第1~2年,每3个月1次 第3~5年,每6个月1次 第6年起,每年1次	第1~2年,每6个月进行CTU或MRU和肺部CT检查 第3年起,每年>1次
保留肾脏术后	低危 第3、12个月进行膀胱镜和输尿管镜检查 每2~5年,每年1次膀胱镜检查		
	高危 第1年,第3、6个月进行膀胱镜检查 第2年起,每年1次膀胱镜检查 第1年,第3、6、12个月进行输尿管镜检查	第1年,第3、6个月各1次 第2年起,每年1次	第1年,第3、6、12个月进行CTU或MRU和肺部CT检查 第2年起,每年>1次

4 原发性尿道癌术后随访方案

对原发性尿道癌根据肿瘤部位、恶性程度和侵犯深度等个体危险因素制定随访方案。保留尿道手术后随访方案:前段尿脱落细胞学、尿道膀胱镜检查(建议软膀胱镜),第1~2年,每3个月1次;第3年起,每6个月1次。第1~2年,每6个月腹部和盆腔增强CT或MRI检查(包括会阴部和尿道)和肺部CT检查;第3~5年,每年1次。

表4 原发性尿道癌术后随访方案

手术方式	尿道膀胱镜	前段尿脱落细胞学	影像学
保留尿道手术后	第1~2年,每3个月1次 第3年起,每6个月1次	第1~2年,每3个月1次 第3年起,每6个月1次	第1~2年,每6个月进行腹部、盆腔增强CT或MRI以及肺部CT检查 第3~5年,每年>1次检查
尿道部分、全长切除或膀胱(前列腺)切除术后	第1~2年,每3个月1次 第3年起,每6个月1次 5年以后,根据具体情况决定	第1~2年,每3个月1次 第3年起,每6个月1次 5年以后,根据具体情况决定	第1~2年,每6个月进行腹部、盆腔增强CT或MRI以及肺部CT检查 第3~5年,每年>1次检查;5年以后,根据具体情况决定

5 前列腺癌根治性前列腺切除术后随访方案

作为恶性肿瘤,根治性前列腺切除术后,前列腺癌患者有局部复发和远处转移的风险。规律随访可以尽早发现复发和转移,及时治疗,以取得良好肿瘤控制。

根治性前列腺切除术后随访方案:只需要规律检测前列腺特异性抗原(prostate specific antigen, PSA)水平和做直肠指检。根治性前列腺切除术后6周检测PSA水平。术后第3、6、12个月检测PSA。然后每6个月检测PSA到3年,之后每年随访1次,检测PSA。只有在临床怀疑局部复发,才进行影像学检查(盆腔MRI)。没有生化复发迹象,不常规为无症状患者进行骨扫描和其他影像学检查。有骨痛或其他可能进展的症状,无论PSA水平如何,应该考虑进行骨扫描和其他影像学检查。

尿道部分、全长切除或膀胱(前列腺)切除术后随访方案:前段尿脱落细胞学(根据患者具体情况)、尿道冲洗细胞学检查、尿道膀胱镜检查(根据患者具体情况,建议软膀胱镜),第1~2年,3个月1次;第3年起,每6个月1次。第1~2年,每6个月腹部和盆腔增强CT或MRI检查(包括会阴部和尿道)和肺部CT检查;第3~5年,每年1次。5年后依据具体情况决定进一步随访项目。详见表4。

6 肾细胞癌术后随访方案

肾细胞癌术后随访的目的是尽早发现术后并发症,监测肾功能、局部复发、对侧肾的复发和转移病灶的发生发展。手术切除后,20%~30%的局部肿瘤患者会复发。肺转移是最常见的远处复发,发生率为50%~60%^[2]。术后复发的中位时间为1~2年,大多数复发发生在3年内,但超过5年的复发也有报道。建议个体化决定随访时长^[3]。

pT1a-1b肾细胞癌患者根治性肾切除术或肾部分切除术后,根据患者的风险状况决定肾细胞癌治疗后的随访方案。

肾细胞癌的危险度分组基于加州大学洛杉矶分校分级系统(University of California-Los Angeles Integrated Staging System, UISS)^[4]。①低危患者,

术后3个月腹部B超检查,术后6个月腹部B超检查,术后1年腹部CT或MRI检查,术后第2年腹部B超检查,术后第3年进行腹部CT或MRI检查。3年后每2年1次腹部CT或MRI检查。胸部CT每年1次,与腹部CT检查同时进行,至少5年。②中/高危患者,术后3个月腹部B超检查,术后6、12个月腹部CT或MRI检查。术后第2~3年,每年1次腹部CT或MRI检查。3年以上每2年1次腹部CT

或MRI检查。胸部CT每年1次,与腹部CT检查同时进行,至少5年。③建议每次门诊随访都监测患者肾功能水平。有肿瘤扩散到淋巴结或远处如骨、肺或肝的患者建议在常规随访方案的基础上进行更严密的个体化随访。对于肿瘤>7cm行保留肾单位手术,或手术切缘阳性患者建议在常规随访方案基础上进行更严密的个体化随访。详见表5。

病情	腹部B超	影像学(CT/MRI)
低危	第1年,第3、6个月1次 第2年,第24个月1次	第1~3年,第12、36个月进行腹部CT或MRI,以及胸部CT 第4~5年,每年1次胸部CT检查,每2年1次腹部CT/MRI
中/高危	第1年,第3个月1次	第1年,第6、12个月进行腹部CT或MRI,以及胸部CT 第2~3年,每年1次腹部CT或MRI,以及胸部CT 第4年起,每年1次胸部CT检查,每2年1次腹部CT或MRI

7 睾丸癌术后随访方案

睾丸癌随访的目的是尽早发现复发。若发现复发,及时施以积极的治疗,依然有痊愈的机会。基于I期精原细胞癌患者数据库的研究显示,常规检测肿瘤标记物对早期诊断复发并无帮助^[5]。NCCN指南专家委员会认为,术后5年没有复发,腹部+盆腔CT/MRI检查就不再建议了。建议用胸部CT代替胸部X线检查^[6]。非精原细胞癌的随访不常规推荐PET-CT^[7]。非精原细胞癌的复发都是通过肿瘤标记物升高和/或CT发现异常^[8]。

精原细胞癌I期,睾丸切除术后的随访方案:门诊随访,体格检查和对侧睾丸B超检查,肿瘤标志物为可选项目,第1~3年每6个月1次,第4~5年每年1次。腹部盆腔CT或MRI检查、胸部CT检查,

第1年2次,第2~3年每年1次,第60个月时再检查1次。5年以后根据具体情况决定进一步随访方案。

非精原细胞癌I期有或无危险因素(淋巴管血管受侵,精索受侵或阴囊受侵),睾丸切除术后的随访方案:体格检查、对侧睾丸B超检查、肿瘤标志物检测、腹部盆腔CT/MRI检查和胸部CT检查,第1~2年每3~6个月1次,第3~4年每6个月1次,第5年每年1次。5年以后根据具体情况决定进一步随访方案。

非精原细胞癌IA/B,腹膜后淋巴结清扫术后的随访方案:体格检查、对侧睾丸B超检查和肿瘤标志物检测、腹部盆腔CT/MRI检查和胸部CT检查,第1~2年每3个月1次,第3~4年每6个月1次,第5年每年1次。5年以后根据具体情况决定进一步随访方案。详见表6。

表6 睾丸癌术后随访方案

病种及手术方式	体格检查、对侧睾丸超声	肿瘤标志物	影像学(腹部、盆腔CT或MRI以及胸部CT)
精原细胞癌I期,睾丸切除术后	第1~3年,每6个月1次 第4~5年,每年1次 第6年起,根据具体情况决定	可选	第1年,每年2次 第2~3年,每年1次 第4~5年,每2年1次 第6年起,根据具体情况决定
非精原细胞癌I期有或无危险因素(淋巴管血管受侵,精索受侵或阴囊受侵),睾丸切除术后	第1~2年,每3~6个月1次 第3~4年,每6个月1次 第5年,每年1次 第6年起,根据具体情况决定	第1~2年,每3~6个月1次 第3~4年,每6个月1次 第5年,每年1次 第6年起,根据具体情况决定	第1~2年,每3~6个月1次 第3~4年,每6个月1次 第5年,每年1次 第6年起,根据具体情况决定
非精原细胞癌IA/B,腹膜后淋巴结清扫术后	第1~2年,每3个月1次 第3~4年,每6个月1次 第5年,每年1次 第6年起,根据具体情况决定	第1~2年,每3个月1次 第3~4年,每6个月1次 第5年,每年1次 第6年起,根据具体情况决定	第1~2年,每3个月1次 第3~4年,每6个月1次 第5年,每年1次 第6年起,根据具体情况决定

8 阴茎癌术后随访方案

如果治疗成功,局部复发并不会显著降低长期生存率,早期发现局部复发增加了治愈的可能性。局部或区域淋巴结复发通常发生在初次治疗后的2年内。5年后,所有的复发都是局部的或新的原发病灶。患者应该立即报告任何局部的变化。

原发阴茎肿瘤治疗的随访方案:最短随访期限5年。①阴茎保留治疗后:医生或自我检查,第1~2年,每3个月1次;第3~5年,每6个月1次;阴茎上皮内瘤变患者局部或激光治疗后随访时根据临床具体状况接受重复活检。②阴茎切除术后:医生或自我

检查,第1~2年,每3个月1次;第3~5年,每12个月1次。

腹股沟区域淋巴结随访方案:最短随访期限5年。①监测患者:医生或自我检查,第1~2年,每3个月1次。第3~5年,每6个月1次。②淋巴结转移阴性患者:医生或自我检查,第1~2年,每3个月1次。第3~5年,每12个月1次。随访时根据临床具体状况接受超声下细针穿刺活检。③淋巴结转移阳性患者随访方案:第1~2年,每3个月接受医生或自我检查和CT或磁共振检查。第3~5年,每6个月接受医生或自我检查。随访时根据临床具体状况接受超声下细针穿刺活检,CT或磁共振检查。详见表7。

表7 阴茎癌术后随访方案

患者病况		医生/自我检查	活检	影像学 CT/MRI)
原发肿瘤治疗后	保留阴茎治疗后	第1~2年,每3个月1次 第3~5年,每6个月1次		
	阴茎上皮内瘤变患者局部或激光治疗后	第1~2年,每3个月1次 第3~5年,每6个月1次	根据临床具体状况决定	
	阴茎切除术后	第1~2年,每3个月1次 第3~5年,每12个月1次		
腹股沟淋巴结随访	监测	第1~2年,每3个月1次 第3~5年,每6个月1次		
	淋巴结转移阴性	第1~2年,每3个月1次 第3~5年,每12个月1次	根据临床具体状况决定	
	淋巴结转移阳性	第1~2年,每3个月1次 第3~5年,每6个月1次	根据临床具体状况决定	根据临床具体状况决定

9 肾上腺肿瘤术后的随访

肾上腺肿瘤治疗后随访目的是了解治疗效果、评价激素水平和肾上腺功能、判断治疗方案是否合理、尽早发现治疗后并发症、局部复发和转移病灶的发生或疾病进展。肾上腺皮质癌5年生存率<40%,复发和进展发生在局部或者转移到肺或肝脏,骨转移和脑部受累很少见^[9]。嗜铬细胞瘤/副神经节瘤发病率相对较高,均有恶性潜能。需要依据肾上腺肿瘤的不同病理类型决定具体的随访内容和随访间隔周期^[10]。

嗜铬细胞瘤/副神经节瘤切除术后随访方案:术后第1年每3~6个月进行随访,如果有症状,可以增加随诊频率;如果病情稳定且没有新的症状,则降低随诊频率。随访内容包括:病史及体检、血压和激素水平监测,腹部和盆腔增强CT或MRI检查和胸部CT(平扫或增强)检查。可以考虑FDG PET-CT检查。术后第2~3年,每6~12个月进行随诊。术后第4~10年,每年进行随诊。内容包括:病史及体检、血压和激素水平监测。腹部和盆腔增强CT/增强

MRI检查和胸部CT(平扫或增强)检查。可以考虑FDG PET-CT检查。10年以上,根据临床情况决定随诊计划^[11]。

肾上腺皮质腺瘤术后随访方案:术后第1年,每3~6个月进行随访;第2年起,每6~12个月进行随访。随访内容包括年龄、身高、体重、血压、血浆17-羟孕酮(17-OHP)、睾酮(仅限于女性和青春期的男性)、血浆肾素活性、电解质及睾丸超声等,并注意有无医源性库欣综合征表现。根据疾病情况选择CT、MRI等影像检查手段。

肾上腺皮质癌术后随访方案:对于有功能的肾上腺腺瘤,术后激素替代治疗期间,建议进行激素检测,特别是在激素剂量调整时。肿瘤完全切除后,术后第1年,每3~6个月进行随访。之后每3~12个月进行随访一直到第5年,5年以后根据临床情况决定随访方案。随访内容包括:腹部和盆腔增强CT或MRI检查和胸部CT(平扫或增强)检查。如果最初诊断时肾上腺肿瘤是功能性肿瘤,则每次检查需要进行相应激素水平监测。对于肿瘤局部扩散、淋巴结转移或

远处转移如肺和肝脏的患者,建议在常规随访方案的基础上根据预后因素、预期的治疗效果和治疗相关毒性反应以及可用的替代治疗方案进行更严密的个性化随访。详见表 8。

性反应以及可用的替代治疗方案进行更严密的个性化随访。详见表 8。

表 8 肾上腺肿瘤术后随访方案

手术类别	体格检查/血压	激素水平	影像学
嗜铬细胞瘤/副神经节瘤切除术后	第 1 年,每 3~6 个月 1 次 第 2~3 年,每 6~12 个月 1 次 第 4~10 年,每年 1 次 第 11 年起,根据具体情况决定	第 1 年,每 3~6 个月 1 次 第 2~3 年,每 6~12 个月 1 次 第 4~10 年,每年 1 次 第 11 年起,根据具体情况决定	第 1 年,每 3~6 个月 1 次 第 2~3 年,每 6~12 个月 1 次 第 4~10 年,每年 1 次 第 11 年起,根据具体情况决定
肾上腺皮质腺瘤术后	第 1 年,每 3~6 个月 1 次 第 2 年起,每 6~12 个月 1 次	第 1 年,每 3~6 个月 1 次 第 2 年起,每 6~12 个月 1 次	第 1 年,每 3~6 个月 1 次 第 2 年起,每 6~12 个月 1 次
肾上腺皮质癌术后	第 1 年,每 3~6 个月 1 次 第 2~5 年,每 3~12 个月 1 次 第 6 年起,根据具体情况决定	第 1 年,每 3~6 个月 1 次 第 2~5 年,每 3~12 个月 1 次 第 6 年起,根据具体情况决定	第 1 年,每 3~6 个月 1 次 第 2~5 年,每 3~12 个月 1 次 第 6 年起,根据具体情况决定

本共识编写专家组

主任委员(以姓氏汉语拼音为序)

叶定伟 复旦大学附属肿瘤医院
朱 刚 北京和睦家医院

副主任委员(以姓氏汉语拼音为序)

胡志全 华中科技大学同济医学院附属同济医院
刘 明 北京医院
齐 琳 中南大学湘雅医院
王 东 四川省人民医院
张海梁 复旦大学附属肿瘤医院
邹 青 江苏省肿瘤医院)

委员(以姓氏汉语拼音为序)

毕建斌 中国医科大学附属第一医院
毕良宽 安徽医科大学第二附属医院
曹达龙 复旦大学附属肿瘤医院
陈 鹏 新疆医科大学附属肿瘤医院
陈 伟 复旦大学附属中山医院
崔殿生 湖北省肿瘤医院
杜 君 天津医科大学肿瘤医院
范晋海 西安交通大学第一附属医院
高平生 宁夏回族自治区人民医院
高振利 烟台毓璜顶医院
顾晓箭 江苏省中医院
关有彦 中国医学科学院肿瘤医院
郭宏蹇 南京鼓楼医院
何卫阳 重庆医科大学附属第一医院

姜昊文 复旦大学附属华山医院
姜先洲 山东大学齐鲁医院
李 军 甘肃省肿瘤医院
李培军 宁夏医科大学总医院
李 鑫 包头市肿瘤医院
李学松 北京大学第一医院
梁朝朝 安徽医科大学第一附属医院
刘萃龙 海军总医院
刘 南 重庆大学附属肿瘤医院
刘卓炜 中山大学肿瘤防治中心
吕 强 江苏省人民医院
马春光 复旦大学附属肿瘤医院
穆中一 辽宁省肿瘤医院
牛亦农 首都医科大学附属北京朝阳医院
孙立江 青岛大学附属医院
王东文 中国医学科学院肿瘤医院深圳医院
王剑松 昆明医科大学第二附属医院
吴长利 天津医科大学第二医院
吴 芑 南方医科大学南方医院
吴志辉 香港中文大学威尔斯亲王医院
吴 准 厦门大学附属第一医院
夏海波 赤峰学院附属医院
肖 峻 安徽省立医院
许 宁 福建医科大学附属第一医院
薛波新 苏州大学附属第二医院
薛 蔚 上海交通大学医学院附属仁济医院
闫 伟 首都医科大学附属北京同仁医院
张 凯 北京和睦家医院
张奇夫 吉林省肿瘤医院
张雪培 郑州大学第一附属医院
张沂南 山东省立医院

张玉石 北京协和医院
朱鹤 北京大学首钢医院
朱捷 中国人民解放军总医院
朱伟智 宁波市鄞州第二医院
朱育春 四川大学华西医院

执笔专家

朱刚 张凯 张海梁 张玉石

通信作者

叶定伟, E-mail: dwyeli@163.com
朱刚, E-mail: zhugang2000@outlook.com

参考文献:

- [1] 黄健主编. 中国泌尿外科和男科疾病诊断治疗指南 2019 版 [M]. 北京: 科学出版社, 2020: 32-44.
- [2] EGGENER SE, YOSSEPOWITCH O, PETTUS JA, et al. Renal cell carcinoma recurrence after nephrectomy for localized disease: predicting survival from time of recurrence [J]. J Clin Oncol, 2006, 24(19): 3101-3106.
- [3] LAM JS, SHVARTS O, LEPPERT JT, et al. Postoperative surveillance protocol for patients with localized and locally advanced renal cell carcinoma based on a validated prognostic nomogram and risk group stratification system [J]. J Urol, 2005, 174(2):

- 466-472.
- [4] PATARD JJ, KIM HL, LAM JS, et al. Use of the University of California Los Angeles integrated staging system to predict survival in renal cell carcinoma: An international multicenter study [J]. J Clin Oncol, 2004, 22(16): 3316-3322.
- [5] DAUGAARD G, PETERSEN PM, RØRTH M. Surveillance in stage I testicular cancer [J]. APMIS, 2003, 111(1): 76-83.
- [6] TOLAN S, VESPRINI D, JEWETT M A, et al. No role for routine chest radiography in stage I seminoma surveillance [J]. Eur Urol, 2010, 57(3): 474-479.
- [7] DE WIT M, BRENNER W, HARTMANN M, et al. [18F]-FDG-PET in clinical stage I/II non-seminomatous germ cell tumours: results of the German multicentre trial [J]. Ann Oncol, 2008, 19(9): 1619-1623.
- [8] DE LA PENA H, SHARMA A, GLICKSMAN C, et al. No longer any role for routine follow-up chest x-rays in men with stage I germ cell cancer [J]. Eur J Cancer, 2017, 84: 354-359.
- [9] ELSE T, KIM AC, SABOLCH A, et al. Adrenocortical carcinoma [J]. Endocr Rev, 2014, 35(2): 282-326.
- [10] LAM A. Update on Adrenal tumours in 2017 World Health Organization (WHO) of endocrine tumours [J]. Endocr Pathol, 2017, 28(3): 213-227.
- [11] LENDERS JW, DUH QY, EISENHOFER G, et al. Pheochromocytoma and paraganglioma: An endocrine society clinical practice guideline [J]. J Clin Endocrinol Metab, 2014, 99(6): 1915-1942.

(编辑 何婷)

《现代泌尿外科杂志》互联网投稿指南

《现代泌尿外科杂志》开通互联网远程投稿系统以来,许多作者已经成功进行网上投稿。为了便于更多的作者了解和使用互联网向《现代泌尿外科杂志》投稿,现将本刊投稿系统投稿方法简介如下:

第一步——打开主页:在网址栏输入网址 <http://jmuurology.xjtu.edu.cn>,进入《现代泌尿外科杂志》主页。

第二步——在线注册:在主页面左上方单击“在线注册”,按要求输入真实姓名后单击“下一步”,然后填写用户名、密码等注册信息(带红色星号者为必填项目),填写完毕后单击“继续”,进入下一个页面填写您的联系方式和职业信息。填写后单击“完成”。这时系统会提示您“注册成功”。

第三步——在线投稿:在注册成功页面直接单击“去投稿”,或在主页面左上方单击“进入在线投稿系统”,在左侧“投稿箱”中单击“我要投稿”,进入投稿页面。在投稿页面,您首先看到的是本刊“稿约”,浏览后单击页面下方的“下一步”,出现版权协议,单击“下一步”进入“录入稿件信息”,完成录入后单击“下一步”,进入“上传稿件”,按提示上传您的稿件及图片等资料,完成后单击“投稿完成”,这时您就会收到“投稿已经成功”的系统提示,投稿即告完成。

第四步——在线查询:投稿后您可以随时使用您的用户名和密码登录网站在“已投稿件”中查询稿件状态。也可以在“信息中心”中查看编辑部工作人员给您发送的邮件。

如在投稿过程中遇到问题,欢迎您致电或发电子邮件垂询。电话:029-82657054;E-mail:xdmwnk@126.com 或 xdmwnk@163.com