

· 学习园地 ·

# 2020年欧洲泌尿协会肾癌诊断和治疗指南概要

陈莉,汪涌,祝广峰,窦小亮,陈晓鹏,王禾,张波

(空军军医大学唐都医院泌尿外科,陕西西安 710038)

关键词:肾癌;诊断指南更新;概要

中图分类号:R737.11

文献标志码:R

DOI:10.3969/j.issn.1009-8291.2020.10.016

中华医学会泌尿外科分会(Chinese Urological Association, CUA)肾癌诊断和治疗指南摘要自2014年后尚无更新,但国外指南更新迅速。目前最新的2020版欧洲泌尿协会(European Association of Urology, EAU)肾癌诊疗指南(2020年3月26日发布)相对2014版CUA指南有许多更新之处,现总结如下<sup>[1]</sup>。

## 1 介绍

主要目的是为肾癌(renal cell carcinoma, RCC)的临床管理提供实践指导。

## 2 流行病学与病因学

2.1 发病率与流行病学 占有所有癌症的2%~3%。男女比例1.5:1。

### 2.2 病因学

2.2.1 致病因素 ①吸烟;②肥胖;③高血压;④扑热息痛;⑤非甾体抗炎药;⑥肾结石;⑦病毒性肝炎;⑧过量酒精。

2.2.2 保护因素 ①饮酒(适量);②十字花科蔬菜(如卷心菜);③水果;④富脂鱼类;⑤戒烟;⑥减肥。

2.3 病理 分为下列几种:透明细胞癌;乳头状癌;嫌色细胞癌;梭形细胞癌;集合管癌;肾髓样癌等,其治疗证据摘要及推荐建议见表1、表2。

2.4 分期 与目前的CUA的TNM分期基本相同。

2.5 常用的评分系统 常用评分系统包括PADUA;RENAL;C-index评分系统。

表1 其他肾肿瘤治疗证据摘要及推荐建议

证据摘要	证据等级
存在多种肾肿瘤,其中约15%是良性的。	1B
最近对Bosniak III型囊肿进行的组织学检查显示出潜在的低恶性风险。	2

表2 其他肾肿瘤治疗推荐建议

建议	强度等级
与RCC一样对待Bosniak III型囊肿。	弱
与RCC一样对待Bosniak IV型囊肿。	强
用选择性动脉栓塞或保留肾单位手术治疗AML,如下: 大肿瘤; 育龄女性; 随访不足或无法获得急诊护理的患者; 持续性疼痛或急性或反复性发作。	弱
为不可切除的AML或不适合进行栓塞或手术治疗的患者提供全身治疗。	弱
处理之前,对肾脏病变不清楚的患者进行术前肾脏肿块活检。	弱
为活检证实的肿瘤细胞瘤患者提供主动监测,作为手术或消融术的可接受替代方案。	弱
对局限性肾髓样癌患者进行RN。	弱
肾髓样癌的全身治疗基础是含顺铂(如顺铂加吉西他滨)的化疗方案。	弱

AML:血管平滑肌脂肪瘤;RN:根治性肾切除术。

## 3 诊断

3.1 B超 B超对肾癌诊断敏感性有限,超声造影敏感性特异性较高。

3.2 计算机断层扫描(computerized tomography, CT) 必须增强CT,增强前后差异15Hu以上有意义。无法对嗜酸细胞瘤、乏血管性血管平滑肌脂肪瘤与肾癌进行准确鉴别诊断。

3.3 核磁共振成像(magnetic resonance imaging, MRI) CT诊断不明确的,MRI可起补充诊断作用(如Bosniak II F-III);对于小肾癌和肾静脉瘤栓的准确性和特异性略高于CT。

3.4 正电子发射断层扫描(positron-emission tomography, PET) PET对于肾癌诊断效果可以,不推荐。

3.5 骨扫描、头颅CT或MR 以上诊断方法在有症状或实验室诊断指标时选择性应用,不常规推荐。

收稿日期:2020-01-06 修回日期:2020-04-07

通信作者:汪涌,副主任医师、副教授。

E-mail: dryongwangfmmu@163.com

作者简介:陈莉,技术员,主要从事术后实验室技术工作。

E-mail: cl961020@126.com

**3.6 Bosniak 分级系统** 推荐对于肾囊性疾病使用 Bosniak 分级系统,以鉴别囊性肾癌。

**3.7 肾穿刺活检** ①局麻,B超或CT引导均可。②推荐使用共轴技术。③优于细针抽吸后的细胞学病理。④针道种植概率低。⑤肾包膜下、肾周血肿发表 3 RCC 诊断证据摘要

生概率为 4.3%。⑥具有临床意义的出血发生率为 0.7%,多自限。⑦囊性肾癌不要穿刺活检,除非其中有较大的实型区域。

RCC 诊断证据摘要及推荐建议见表 3、表 4。

证据摘要	证据等级
多相对比增强 CT 对 RCC 的浸润,癌栓形成、转移的分类和检测具有很高的灵敏度和特异性。	2
与 CT 相比,MRI 对小囊性肾肿块和瘤栓的敏感性和特异性略高。	2
对比 CEUS 对肾脏肿块的分类具有很高的灵敏度和特异性。	2
超声,能量多普勒超声和 PET-CT 对 RCC 的检测和分类具有较低的灵敏度和特异性。	2

ECUS:增强超声。

表 4 RCC 诊断推荐建议

建议	强度等级
使用腹部和胸部的多相对比增强 CT 进行肾肿瘤的诊断和分歧。	强
使用 MRI 可以更好地评估静脉受累情况,减少放射或避免使用静脉 CT 造影剂。	弱
使用非电离方式,主要是超声造影,进一步对小的肾脏包块,瘤栓和分化不清的肾脏肿块的进行归类。	强
不要常规使用骨扫描和/或 PET-CT 进行 RCC 分期。	弱
对正在考虑进行主动监护的部分患者进行经皮穿刺活检。	弱
进行肾肿瘤活检时使用同轴技术。	强
不要对肾囊性肿块进行肾脏肿瘤活检。	强

#### 4 预后相关因素

预后相关因素包括 TNM 分期;Furhman 分级;病理类型;临床指标,如状态评分、局部症状、恶病质表现、贫血、血小板计数、中性粒细胞计数、中性/淋巴细胞比例;分子指标,不作为常规推荐;列线图,不推荐作为常规的预后评判工具,可作为用于招募患者进入临床试验的工具。

#### 5 检查

**5.1 体格检查** 触发影像学检查的体格特征包括:①腹部可触知的肿块;②明显的颈淋巴结肿大;③进行性精索静脉曲张和双侧下肢水肿,提示静脉受累。

**5.2 实验室检查需要检查的项目** 包括血清肌酐、肾小球滤过率(glomerular filtration rate, GFR)、全血细胞计数、红细胞沉降率、肝功能、碱性磷酸酶、乳酸脱氢酶(lactate dehydrogenase, LDH)、血清钙、凝血研究、尿液分析。

**5.2.1 内镜检查** 对于邻接或侵入收集系统的中央肾脏肿块,应考虑尿细胞学检查和可能的内镜检查,

以排除尿路上皮癌。

**5.2.2 肾图** 当肾功能受损时,如血清肌酐升高或 GFR 显著降低;或当肾功能在临床上很重要时-如患有单身或多发或双侧肿瘤的患者应使用肾图。

#### 5.3 肾穿刺活检

**5.3.1 需要进行穿刺活检的情况** 包括①影像学不确定的情况下;②主动监测的患者,检测病情进展情况。

**5.3.2 肾穿刺活检的技术要求** ①在超声或 CT 引导下进行;②使用 18 号针头;③使用②同轴技术。

**5.3.2 肾穿刺活检的禁忌证** ①有其他合并症不适合进行穿刺活检的;②身体状况虚弱的;③计划进行增强 CT 检查的;④除非合并有增强的固态区域,否则不推荐应用于囊性肾癌。

#### 6 观察等待与主动监测

**6.1 观察等待 (watchful waiting, WW)** 结论不明确。在老龄患者中,WW 似乎与手术显示出相同的肿瘤特异性死亡率。

**6.2 主动监测 (active surveillance, AS)** 对 T1 患者

来说, AS 用于肾部分切除术 (partial nephrectomy, PN) 与根治性肾切除术 (radical nephrectomy, RN) 在总体生存 (overall survival, OS) 上无显著区别。

## 7 治疗

### 7.1 手术治疗

7.1.1 RN 对比 PN 两种治疗方式的肿瘤特异性死亡率基本相当, 但肿瘤学控制效果无头对头比较。

①PN 肾功能保护效果较好; ②对于年轻患者和无基础疾病患者来说, PN 减少了远期心血管疾病风险, OS 改善; 对老人来说, PN 是否有 OS 方面的优势仍待解决; ③对于局限性肾癌患者来说, PN 减少了全因死亡率; ④PN 比 RN 术后生活质量高, 虽然二者都降低了生活质量评分 (quality of life, QoL); ⑤对于大的肾肿瘤 ( $\geq 7$  cm) 来说, PN 的失血量和并发症相对 RN 较多, 但 PN 的 OS 和肿瘤特异性生存率 (cancer specific survival, CSS) 显著较长, 复发率较低, 肿瘤特异性死亡率较低。

7.1.2 PN 禁忌证 ①剩余肾实质的体积不足以维持脏器功能; ②肾静脉癌栓形成。

7.1.3 微创对比开放 ①开放手术平均热缺血时间较短; ②术后短期的 GFR 下降和切缘阳性率方面, 开放手术优于腹腔镜; ③3.6 年后, 开放与腹腔镜的患者肾功能无差异; ④术后长期随访, 患者是否罹患慢性肾病, 与手术入路无关; ⑤经腹或经腰入路, 肿瘤控制效果相同; ⑥肿瘤剜除 (simple enucleation, SE) 具有与常规 PN 和 RN 等同的疗效; ⑦机器人与腹腔镜对比: 机器人在转开放手术率、热缺血时间、术后短期 GFR 下降值及住院时间方面具优势。在手术并发症、术后血肌酐值、手术时间、出血量、切缘阳性率方面, 二者无区别。

7.1.4 同侧肾上腺切除 同侧肾上腺切除无改善预后价值。①肿瘤是否位于上极不是肾上腺累及的相关因素, 而肿瘤大小是肾上腺是否累及的正相关因素; ②术前影像学或术中发现肿瘤侵犯肾上腺是行肾上腺切除的指征。

7.1.5 淋巴清扫 ①cN0 患者是否应行同期淋巴清扫目前仍有争议; ②术前影像学发现的 N+, 在术后组织病理学中证实 N+ 的约有 20%; ③无论是常规淋巴清扫 (lymph node dissection, LND) 还是扩大淋巴清扫 (enlarged lymph node dissection, eLND), 都无法改善 CSS 或全因死亡率; ④有些研究认为, 阳性

淋巴结数目或有无淋巴结外侵犯, 是预后相关因素; ⑤对于可能预后不良的患者来说 (肉瘤样分化、大肿瘤), eLND 的患者 CSS 显著延长; ⑥eLND 清扫范围仍有争议, 目前认为最少应包括同侧大血管周围, 腹主动脉与下腔静脉间, 膈肌脚至髂总动脉分叉。

### 7.2 手术治疗方法对比

7.2.1 开放对比腹腔镜 PN ①腹腔镜与开放性 PN 相比, PFS、OS 无差异, 并发症发生率接近, 腹腔镜术后疼痛轻, 住院时间和恢复时间短。但开放性 PN 组的手术时间明显缩短; ②腹腔镜组术后短期的 GFR 下降幅度更大。但随访 3.6 年后两组 GFR 无差异; ③手术方法不是预测远期慢性肾病的独立因素; ④经腹和经腹腔镜 PN 围手术期结果类似; ⑤机器人与开放 PN 相比, 无论哪一期肿瘤, 肿瘤学效果无显著差异。但机器人组并发症少, 输血少, 住院时间短; ⑥机器人与腹腔镜 PN 相比, 转开放手术概率降低, 热缺血时间短, 术后 GFR 变化幅度小, 住院时间短。术后血肌酐值、手术时间、失血量和切缘阳性率无显著差异。

7.2.2 开放对比腹腔镜 RN ①腹腔镜与开放性 RN 相比, 无论是哪一期的肿瘤, CSS、PFS 和 OS 无差异。腹腔镜组并发症发生率更低, 术后疼痛轻, 住院时间和恢复时间短, 输血率无差异。但开放 RN 组的手术时间明显缩短。术后 QoL 评分二者相似; ②机器人与腹腔镜 RN 相比, 局部复发率和全因癌症死亡率均无显著差异。

7.3 晚期/转移性肾癌的治疗 ①只有切除所有病灶, 包括原发部位和可切除的转移部位 (单一或寡转移) 肿瘤, 治疗才是有效的; ②减瘤手术 (cyto-reductive nephrectomy, CN) 是姑息性治疗, 必须配合全身治疗; ③对于中低位转移性肾癌来说, 单用舒尼替尼的效果不弱于舒尼替尼+手术治疗; ④CN 与舒尼替尼的顺序并不影响疗效; ⑤一般状况较差、IMDC (International Metastatic Renal Cancer Database Consortium) 评分差、原发灶较小、转移灶量大的或肉瘤样病变的患者, 不推荐 CN; ⑥对于肺、肝、胰转移患者来说, 全身治疗基础上的完全的转移灶切除可延长 OS; ⑦对于骨转移灶的彻底刮除或切除的患者具有更好的 5 年 CSS; ⑧脑转移灶可采用立体定向外放射治疗; ⑨不推荐化学疗法。

mRCC 分子靶向治疗、晚期/转移性肾癌的局部治疗、mRCC 转移灶局部治疗证据摘要和推荐建议见表 5~表 9。

表 5 mRCC 分子靶向治疗证据摘要

证据摘要	证据等级
单剂 VEGF 靶向治疗已被基于免疫检查点的联合治疗所取代。	1b
在一线 mRCC 中,帕唑帕尼不逊于舒尼替尼。	1b
与舒尼替尼相比,卡博替尼用于初治中高危透明细胞 RCC 的患者具有更高的缓解率和 PFS,但不能改善 OS。	2b
替沃替尼已获得 EMA 批准,但证据仍被认为不如一线治疗方案中的现有选择。	3
在一线基于 PD-L1 的组合后,建议优先采用靶向 VEGF 的单药疗法。应避免再次使用已经使用的治疗方法。	3
一剂或多剂 VEGF 靶向治疗后,单药卡博替尼或纳武单抗优于依维莫司。	1b
与安慰剂相比,依维莫司可在 VEGF 靶向治疗后延长 PFS。不再广泛推荐在三线治疗之前使用。	1b
mTOR 抑制剂和 VEGF 靶向疗法在非 cc-mRCC 中的活性均有限。与依维莫司相比,舒尼替尼在肿瘤治疗方面有改善的趋势不明显。	2a
乐伐替尼联合依维莫司可改善 VEGF 难治性疾病患者的 PFS,优于单独依维莫司。免疫检查点抑制剂后其作用尚不确定。这种组合缺乏可靠的数据,因此很难推荐。	2a

VEGF: 血管内皮生长因子; mRCC: 转移性肾细胞癌; PFS: 无进展生存期; EMA: 欧洲药品管理局; cc-mRCC: 透明细胞转移性肾细胞癌。

表 6 mRCC 分子靶向治疗推荐建议

推荐建议	强度等级
为未接受免疫检查点抑制剂的未使用过 VEGFR 的难治性 cc-mRCC 提供纳武单抗或卡博替尼。	强
建议对未在二线治疗中使用的药物(纳武单抗或卡博替尼)序贯为三线治疗药物使用。	弱
向纳武单抗加伊匹单抗或阿昔替尼加派姆单抗的难治性患者提供 VEGF-酪氨酸激酶抑制剂作为二线治疗。	弱
在 cc-mRCC 中进行 VEGF 靶向治疗后,提供卡博替尼。	强
顺序全身疗法治疗 mRCC。	强

VEGFR: 血管内皮生长因子受体。

表 7 晚期/转移性肾癌的局部治疗证据摘要

证据摘要	证据等级
在转移性 ccRCC 患者中,CN+ 舒尼替尼不逊于单独使用舒尼替尼。	1A
在中危转移性 ccRCC 患者中,联合术前舒尼替尼的延迟 CN 治疗可在次要终点分析中获得生存获益,并筛选出对系统治疗具有固有抵抗力的患者。	2B
对于需要立即使用 VEGFR-TKI 进行全身治疗的 MSKCC 中度和低危患者来说,单独使用舒尼替尼的效果不比立即 CN 和舒尼替尼低。	1A
同时进行单个转移灶或寡转移灶的完整的 CN,可以提高生存率并延缓全身治疗。	3
MSKCC 或 IMDC 风险高的患者不能从局部治疗中受益。	1A

ccRCC: 透明细胞肾细胞癌; MSKCC: 斯隆凯特琳癌症中心危险度评分。

表 8 mRCC 转移灶局部治疗的证据摘要

证据摘要	证据等级
除了脑转移瘤和可能的骨转移瘤之外,转移瘤切除术仍然是大多数部位的唯一局部治疗方法。	3
回顾性比较研究始终指出,就 OS, CSS 和全身治疗的延迟而言, mRCC 患者完全转移瘤切除术是有益的。	3
对 RCC 的骨和脑转移瘤进行放疗可以明显缓解局部症状(例如疼痛)。	3

表 9 mRCC 转移灶局部治疗的推荐建议

推荐建议	强度等级
为了控制局部症状,对转移性疾病和有利疾病因素且可以完全切除的患者提供局部消融治疗,包括转移切除术。	弱
为临床相关的骨或脑转移瘤提供立体定向放射疗法,以进行局部控制和症状缓解。	弱

7.4 免疫治疗 ①INF-α为基础的免疫治疗已经被靶向治疗取代。②贝伐单抗加 INF-α 优于单纯使用 INF-α。

免疫检测点抑制剂相关证据摘要及推荐建议见表 10、表 11。

表 10 mRCC 免疫治疗的证据摘要

证据摘要	证据等级
与一线或二线 VEGF 靶向治疗失败的患者相比,与依维莫司相比,纳武单抗导致更好的 OS。	1b
与舒尼替尼相比,在未治疗的 IMDC 中高危 cc-mRCC 且未接受过治疗的患者中,纳武单抗和伊匹单抗的组合显示出 OS 和 ORR 获益。	1b
与所有舒尼替尼相比,在所有 IMDC 危险组中未接受过治疗的 cc-mRCC 初治患者中,派姆单抗和阿昔替尼的联合治疗均显示 OS 和 ORR 获益。	1b
当前,PD-L1 表达尚未用于患者选择。	2b
如果免疫相关的不良事件导致阿昔替尼和派姆单抗的停用,则可以继续使用阿昔替尼。再次使用免疫疗法需要专家的支持。	4
因安全性未接受全部 4 剂伊匹单抗的患者,应在安全可行的情况下继续使用单药纳武单抗。再次使用联合疗法需要专家的支持。	4
在多学科团队的背景下,应在具有免疫联合治疗和适当支持治疗经验的中心使用纳武单抗加上伊匹单抗和派姆单抗加阿昔替尼。	4
与未经治疗的未经选择 cc-mRCC 患者相比,ITT 中的纳武单抗和伊匹单抗的组合比舒尼替尼具有更高的生存率。	2b
由于 PD-L1 肿瘤表达的探索性质、样本量小、缺乏 OS 数据以及该亚人群结果尚不明确,因此无法得出相对于 PD-L1 表达有用性的明确结论。	2b
纳武单抗加伊匹单抗的组合与 15% 3~5 级毒性和 1.5% 治疗相关的死亡相关。	1b

ORR:客观缓解率。

表 11 mRCC 免疫治疗的证据摘要

推荐建议	强度等级
为未经治疗的任何 IMDC 风险 cc-mRCC 的初治患者提供派姆单抗加阿昔替尼。	强
为未接受过 IMDC 中高危 cc-mRCC 的初治患者提供伊匹单抗加纳武单抗。	强
在安全可行的情况下,由于毒性作用而未接受 4 剂全剂量伊匹单抗的患者应继续使用单药纳武单抗。	弱
向使用阿昔替尼和派姆单抗联合治疗后经历治疗受限的免疫相关不良事件的患者提供阿昔替尼作为后续治疗。	弱
超过进展的治疗是合理的,但需要仔细检查并需要专业的多学科团队的支持。	弱
向未接受或耐受免疫检查点抑制的 IMDC 高中低危 cc-mRCC 的初治 IMDC 患者提供舒尼替尼或帕唑帕尼。	强
向未接受 IMDC 中高危 cc-mRCC 的初治患者提供卡博替尼,这些患者不能接受或耐受免疫检查点抑制作用。	强

7.5 分子靶向治疗

7.5.1 舒尼替尼 50 mg 与 37.5 mg 组相比,中位无进展时间延长,但 OS 无差异。

7.5.2 索拉非尼 舒尼替尼失败后二线 TKI 治疗中,索拉非尼与阿昔替尼,多韦替尼和替西罗莫司相比具有非劣性。

7.5.3 帕唑帕尼 与舒尼替尼相比在 PFS 和 OS 上具有非劣性(COMPARZ 研究)。两种药物毒性谱不同,帕唑帕尼总体来说 QoL 更好。

7.5.4 阿昔替尼 阿昔替尼未被批准一线使用。在舒尼替尼失败后的二线治疗中,阿昔替尼的中位 PFS 优于索拉非尼;

7.5.5 卡博替尼 多靶点 TKI 抑制剂。在一种或

多种 TKI 耐受的 RCC 中,卡博替尼在与依维莫司的头对头比较中取得了优势。

7.5.6 mTOR 抑制剂 ①替西罗莫司:舒尼替尼失败的 mRCC 患者中,与替西罗莫司组相比,索拉非尼组有 OS 获益,无 PFS 获益。TKI 难治性患者中不建议使用替西罗莫司(INTORSECT 研究);②依维莫司:舒尼替尼替换依维莫司组 vs. 依维莫司替换舒尼替尼组,前者中位 PFS 较高。推荐舒尼替尼一线。

cc-mRCC 治疗推荐、替换治疗推荐如表 12~13 所示;mRCC 分子靶向治疗的证据摘要如表 14 所示。

8 RCC 局部复发

8.1 定义 PN、RN 或其他 局部治疗后,在肾窝或

肾脏周围区域出现肿瘤的复发(表 15)。包括同侧肾上腺、肾静脉或淋巴结。同侧肾上腺或淋巴结的复发提示转移性扩散。

**8.2 复发率** 复发率为 1.2%~2.8%。

**8.3 术后随访** RCC 术后随访相关摘要见表 16~表 17。

表 12 cc-mRCC 治疗推荐

IMDC 分级	标准治疗	不能耐受或不能及时得到免疫检查点抑制剂的患者
IMDC 低危	派姆单抗+阿昔替尼	舒尼替尼 培唑帕尼
IMDC 中高危	派姆单抗+阿昔替尼 伊匹单抗+纳武单抗	卡博替尼 舒尼替尼 培唑帕尼

注:培唑帕尼仅适用于 IMDC 中危患者。

表 13 cc-mRCC 替换治疗推荐

以往治疗	标准治疗	替换治疗
使用免疫治疗	免疫治疗联合使用任何一种以前没有使用过的 TKI	
使用 TKI	卡博替尼 纳武单抗	阿昔替尼

表 14 mRCC 分子靶向治疗的证据摘要

证据摘要	证据等级
靶向 VEGF 的疗法作为透明细胞 mRCC 患者的一线 and 二线治疗均会增加 PFS 和/或 OS。	1B
与舒尼替尼相比,卡博替尼用于初治中度和低风险的透明细胞 RCC 患者具有更高的缓解率和 PFS,但不能改善 OS。	1B
与索拉非尼相比,在细胞因子和 VEGF 靶向治疗失败后,阿昔替尼作为二线治疗已被证明具有 PFS 的优势。	1B
在未经治疗的 mRCC 患者和细胞因子后患者中,帕唑帕尼均优于安慰剂。	1B
一线帕唑帕尼在透明细胞 mRCC 患者中不逊于舒尼替尼。	1B
在未接受过治疗的患者中,西罗莫司尚未接受抗尼武单抗和依匹莫单抗的测试,尚不清楚后续治疗的证据。	3
经过一种或多种 VEGF 靶向治疗的患者中,卡博替尼在 PFS 和 OS 方面优于依维莫司。	1B
与安慰剂相比或患者不能耐受其他疗法时,依维莫司可在 VEGF 靶向治疗后延长 PFS。	1B
索拉非尼在先前接受过细胞因子或靶向疗法治疗的 ccRCC 患者中,在广泛的环境中具有广泛的活性。在舒尼替尼或细胞因子预处理的患者中,其疗效均次于阿昔替尼。	4
mTOR 抑制剂和 VEGF 靶向疗法在非透明细胞 RCC 中的肿瘤学疗效均有限。与依维莫司相比,舒尼替尼的肿瘤学疗效改善趋势不明显。	2A

表 15 RCC 局部复发证据摘要

证据摘要	证据等级
在局部肾窝孤立性复发的情况很少。	3
在没有不良的预后因素,如肿瘤具有肉瘤样特征,或自原发肿瘤治疗以来中位时间间隔小于 12 个月时,切除局部复发可诱导持久的肿瘤局部控制。	3
大多数局部复发在原发肿瘤治疗后的头两年内发展。建议采用适应性指南随访方案,以及早发现。	3

表 16 RCC 治疗后的监测计划推荐

风险状况	监视				
	6 个月	1 年	2 年	3 年	>3 年
低	超声	CT	超声	CT	每 2 年一次 CT;告知患者约<10%的复发风险
中级/高级	CT	CT	CT	CT	每 2 年一次 CT

(下转第 946 页)

义,彩超能探查肿块大小、形态及血流分布情况,同时能明确肿块与睾丸、附睾的位置关系。CT能显示腹膜后淋巴结肿大情况,为预后判断及临床是否行淋巴结清扫提供依据。有研究显示,正电子发射断层成像-计算机断层扫描(positron emission tomography-CT, PET-CT)在诊断 RMS 患者的淋巴结受累及肿瘤远处转移方面具有较高的灵敏度和特异性<sup>[4]</sup>。不过最终确诊需要病理及免疫组化检查。成人 SRMS 是高度恶性肿瘤,呈高度侵袭性,目前是以根治性手术为主的综合治疗,但疗效欠佳,术后易复发转移,预后差。结合本案例,随访至术后 6 个月,患者一般情况尚可,暂无术后并发症及肿瘤复发转移情况,但长期预后有待进一步随访。本文通过报告此病例,旨在提高对成人 SRMS 的认识,为其临床诊治提供参考。

(编辑 杨婉婉)

(上接第 932 页)

表 17 RCC 术后监视证据摘要

证据摘要	证据等级
在患者仍可通过手术治愈的情况下,监视可以检测到局部复发或转移性疾病。	4
NSS 后,较大(>7 cm)的肿瘤或手术切缘阳性时复发的风险增加。	3
接受监视的患者比未接受监视的患者具有更好的总体生存率。	3
反复进行 CT 扫描不会降低慢性肾脏病患者的肾功能。	3

NSS:保留肾单位手术。

参考文献:

[1] Ljungberg B, Albiges L, Bensalah K, et al. EAU guideline 2020-

renal cell carcinoma [EB/OL]. (2020-3-26) [2020. 3. 27]. <https://uroweb.org/guideline/renal-cell-carcinoma/#1>.

(编辑 何婷)

(上接第 944 页)

参考文献:

[1] ALI TZ, EPSTEIN JI. Basal cell carcinoma of the prostate: a clinicopathologic study of 29 cases[J]. Am J Surg Pathol, 2007, 31(5): 697-705.  
 [2] HUMPHREY PA. Histological variants of prostatic carcinoma and their significance[J]. Histopathology, 2012, 60(1): 59-74.  
 [3] CHANG K, DAI B, KONG Y, et al. Basal cell carcinoma of the

prostate: clinicopathologic analysis of three cases and a review of the literature[J]. World J Surg Oncol, 2013, 11(1): 193.

[4] HUDSON E, RASHID M, CARTER AC, et al. Basaloid carcinoma of the prostate: a case report and review of the literature[J]. Eur J Cancer Care (Engl), 2008, 17(5): 509-511.  
 [5] STEARNS G, CHENG JS, SHAPIRO O, et al. Basal cell carcinoma of the prostate: a case report[J]. Urology, 2012, 79(6): e79-80.

(编辑 郭楚君)