

# NCCN 指南——肾癌 2019.V1



**NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®)**

## 肾癌

**2019 V1——2018.9.4**

**Continue**

# NCCN 指南——肾癌 2019.V1

## 译者有话说

申泽坤 西安交通大学临床医学 本科毕业  
西安交通大学外科学 硕士在读



“医之为道，非精不能明其理，非博不能致其得。”

作为一名医学生  
在不断充实自己的同时  
更想将这份知识分享给你！



NCCN 指南者服务号



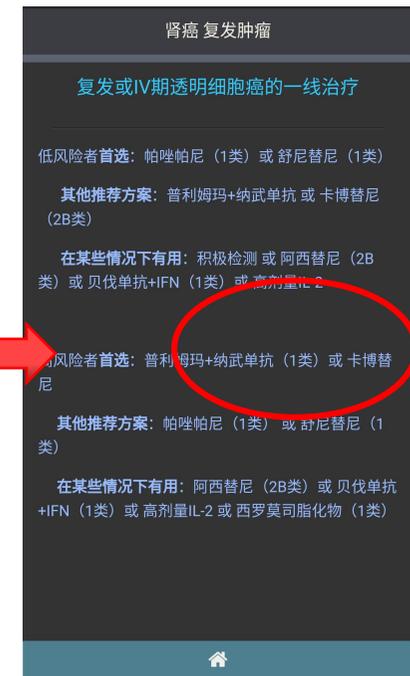
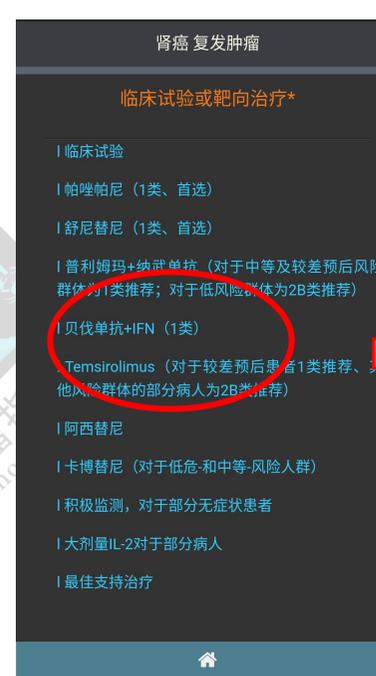
NCCN 指南者订阅号

译者提醒：上述知识无需通篇记忆，按照患者病期和治疗情况，选择“进入系统”开心使用吧！

译者有话说

# NCCN 指南——肾癌 2019.V1

译者提醒：以下内容在 NCCN 指南者后台也进行了同步更新，您可随时进入指南者免费查阅！



译者提醒：上述知识无需通篇记忆，按照患者病期和治疗情况，选择“进入系统”开心使用吧！

译者有话说

# NCCN 指南——肾癌 2019.V1

2019.v1 版 肾癌 较 2018.v4 的更新要点

## 一、KID-1

### 1.初始检查

第四个栏目修改：腹部±盆腔 CT 或腹部-MRI

第七个栏目修改：如果怀疑尿路上皮癌（如：中央肿块）考虑尿细胞学，经输尿管镜或经皮穿刺活检。

2.脚注 a 从“当临床提示时，进行影像学检查”改为“首选增强，例如 renal protocol”

3.增加脚注 c 如果患者已经有远处转移或者不能耐受输尿管镜

## 二、KID-3

### 1.复发或 IV 期和不可手术

- 将“组织学主要为透明细胞癌”改为“透明细胞癌”。
- 透明细胞和非透明细胞癌的一线治疗更改为下列的形式  
临床试验 or 见一线治疗 or 转移灶切除术 or SBRT 或对寡转移灶进行消融治疗 and 最佳支持治疗
- 透明细胞癌一线治疗后其后续治疗更改为下列的形式  
临床试验 or 见后续治疗 KID-4 and 最佳支持治疗
- 脚注 i 修改：最佳支持治疗包括姑息放疗如 SBRT，转移灶切除，寡转移灶消融二磷酸盐，或骨转移者 RANK 配体抑制剂

## 三、KID-4

1.增加透明细胞和非透明细胞癌的一线和后续治疗的推荐等级。

### 2.一线治疗

对于低风险病例，增加卡博替尼为一种其他推荐方案，推荐等级为 2B。

对于低风险和高风险病例，阿西替尼的推荐等级从 2A 更改为 2B。

### 3.后续治疗

索拉非尼的推荐的等级从 2A 更改为 2B

4.移除脚注：“根据 III 期实验，对于合适的病人应该首选使用此药而不是依维莫司。见讨论”

## 四、KID-5

1.对于非透明细胞癌的系统治疗，使用新的推荐治疗等级。

2.索拉非尼的选项被移除。

译者提醒：上述知识无需通篇记忆，按照患者病期和治疗情况，选择“进入系统”开心使用吧！

# NCCN 指南——肾癌 2019.V1

3.脚注 o 更改为: 对于集合管或者髓质亚型病例, 使用细胞毒性的化疗方案(卡铂+吉西他滨, 卡铂+紫杉醇, 或顺铂+吉西他滨)以及近来使用的铂类为基础的泌尿上皮癌化疗方案中观察到了部分反应。

## 五、KID-A

1.第1个栏目, 新增第3个子栏目: “患有有相当的风险发展进展性的慢性肾脏疾病, 如低龄或者医疗风险因素(高血压, 糖尿病, 肾结石)”。

2.第5个栏目修改: “如果患者有广泛的下腔静脉牵连, 需要特殊小组或转诊至大治疗量中心进行处理”。

3.新增第6个栏目: 对于临床分期 T1 期的患者, 积极地监测可作为一种初始治疗的选项, 例如:

- 小肾脏肿块<2cm 的病人, 因为这些肿块的良性几率比较高和远处转移的可能性较低。
- 患有有临床分期为 T1 期的肿块, 但是对于治疗有明显的禁忌症。
- 积极地监测需要一系列的腹部影像学检查, 且在发现肿块生长后(如肿瘤大小, 生长速度, 浸润生长, 这些意味着远处转移可能性的升高)应该积极地治疗。
- 积极地监测应该包括周期性的远处转移调查, 包括血液检查和胸部影像学检查, 尤其是在肿块有增长的迹象时。

4.第7个栏目关于消融技术的内容更新

- 热消融(如, 冷冻手术, 射频消融, 是临床 T1 期疾病的一种治疗方式。

◇热消融是<3cm 肿块的治疗选择之一, 但是对于某些较大肿瘤的患者也可使用。对于>3cm 肿块的消融常伴有较高的局部复发/持续存在和并发症。

◇小病灶的活检为监测, 低温手术, 和射频消融策略提供了病灶恶性的诊断。

◇消融技术相对于传统手术来说常常伴有较高的局部复发, 而且常常需要多次治疗才能达到相同的肿瘤学结局。

5.参考资料 a, b 更新

## 六、KID-B 3 of 4

1.根治性肾切除后随访

- 第4个栏目, 第一个子栏目“术后 3-6 月进行胸部 CT, 后每 3-6 月进行 1 次胸部检查 (CT 首选或 X 线), 至少 3 年。后每年 1 次, 共 5 年。”

---

2018.v4 版 肾癌 较 2018.v3 的更新要点

## 一、KID-3

对于复发或IV期和不可手术的透明细胞癌一线治疗中

译者提醒: 上述知识无需通篇记忆, 按照患者病期和治疗情况, 选择“进入系统”开心使用吧!

# NCCN 指南——肾癌 2019.V1

增加普利姆玛+纳武单抗的治疗方案，对于中等及较差预后风险群体为 1 类推荐；对于低风险群体为 2B 类推荐。

## 二、KID-4（中文版的 KID-3）

对于复发或IV期和不可手术的透明细胞癌后续治疗中

增加普利姆玛+纳武单抗治疗方案，推荐等为 2A。

## 三、MS-1

证据类别算法更新

2018.v3 版 肾癌 较 2018.v2 的更新要点

### 一、MS-1

证据类别算法更新

---

2018.v2 版 肾癌 较 2018.v1 版的更新要点

### 一、KID-1

对于初始治疗后，以下内容被添加到题目“辅助治疗”之后

- 透明细胞癌病史和高危情况 1) 临床试验（首选） 2) 监测 3) 辅助舒尼替尼（2B类）
- 所有其他情况 1) 临床试验（首选） 2) 监测
- 监测

2018.v1 版 肾癌 较 2017.v2 版的更新要点

### 一、KID-2

- IV 期分期：“原发病灶潜在切除可能伴孤立转移灶”修改为“原发病灶潜在切除可能伴寡转移灶”
- 其治疗新增选择“• 对于不可手术的部分患者，可选择消融技术”

### 二、KID-3

- 复发或 IV 期和不可手术的“透明细胞癌”

译者提醒：上述知识无需通篇记忆，按照患者病期和治疗情况，选择“进入系统”开心使用吧！

ST-1

# NCCN 指南——肾癌 2019.V1

## 1) 一线治疗

新增“卡博替尼（对于低危-和高危-风险人群）”

新增“积极监测，对于部分无症状患者”

删除“索拉菲尼”

## 2) 脚注

新增脚注：“g 见 KID-C”

删除原脚注：“h 对于骨转移的最佳支持治疗包括姑息性放疗、转移灶切除术、二磷酸盐、或 RANK 配体抑制剂

删除原脚注：“i 对于透明细胞或非透明细胞 RCC 伴主要的肉瘤样特征，吉西他滨+多西他赛（2B 类）和吉西他滨+舒尼替尼（2B 类）有用。”

删除原脚注：“依据 III 期临床试验结果，适合的病人应该优先接受这个药物而不是依维莫司”

新增脚注“l 参考文章，Lancet Oncol 2016; 17:1317-1324 肾细胞癌积极监测：前瞻性、II 期临床研究。” j 最佳支持治疗包括姑息放疗，转移灶切除术、

新增脚注：“j 寡转移灶消融技术、二磷酸盐、对于骨转移 RANK 配体抑制剂”

## 三、KID-5

• 复发或 IV 期和不可手术的“非透明细胞癌”

新增全身治疗方式“贝伐单抗+埃罗替尼，对于部分进展性乳头状 RCC 包括 HLRCC 患者”

新增全身治疗方式“贝伐单抗+依维莫司，对于部分进展性乳头状 RCC 包括 HLRCC 患者”

## 四、KID-C

• 标题修改为“风险模型的直接治疗”

• 新增两种模型：

### **MSKCC 诊断模型诊断因素**

• 诊断到治疗的间隔时间 < 1 年

• 卡氏体能状态 < 80%

• 乳酸脱氢酶水平 > 1.5 倍正常指标上线

• 校正后血清钙水平 > 正常指标上线

• 血红蛋白水平 < 正常指标最低值

### **IMDC 标准**

#### **诊断因素**

译者提醒：上述知识无需通篇记忆，按照患者病期和治疗情况，选择“进入系统”开心使用吧！

# NCCN 指南——肾癌 2019.V1

- 诊断到治疗的间隔时间 < 1 年
- 卡氏体能状态 < 80%
- 血清钙水平 > 正常指标上线
- 血红蛋白水平 < 正常指标最低值
- 中性粒细胞 > 正常指标上线
- 血小板 > 正常指标上线

## 五、ST-1

修改为“2016,第八版”

---

2017.v2 版 肾癌 较 2017.v1 版的更新要点

### 1.MS-1

对讨论部分进行了更新，以反映算法方面的改变。

---

2017.v1 版 肾癌 较 2016.v3 版的更新要点

### 1.KID-1、2.KID-2

- **初始检查**：未增改其中的检查项目，仅对其中某些检查进行了进一步的具体描述。

①将第四项检查由腹部/盆腔 CT 改为：腹部±盆腔 CT 或腹部 MRI；将原指南的第五项检查胸部影像学检查 具体化为胸片。同时提出：在有临床提示时，也可行胸部 CT。

②新增关于第四项检查的脚注“a”：当有临床提示时，可行腹部±盆腔 CT 或腹部 MRI。

- **初步治疗**：

①I 期（pT1a）：第四种治疗选择，原指南为：对于不可手术的患者，可选择射频消融术。现修改为：对于符合条件的患者，可选择射频消融术。

②II、III 期：由原本 1 种方式新增为 2 种，新增治疗为：在临床提示时，可行局部肾切除术。

③IV 期：对于预期可手术的多点转移患者：由原指南“在系统性治疗前，行减瘤性肾切除术”修改为“行减瘤性肾切除术”。对于不可手术的患者：新版指南提出：在进行一线化疗前，先进行组织学分析。

译者提醒：上述知识无需通篇记忆，按照患者病期和治疗情况，选择“进入系统”开心使用吧！

ST-1

# NCCN 指南——肾癌 2019.V1

## 3.KID-3

对于复发肾癌或 IV 期或手术不可切除的患者，当组织学确定为 **透明细胞癌** 时

①可选择的一线治疗：新版指南依据种类和推荐优先度进行了重新排序。现为：临床试验、帕唑帕尼（1 类推荐、优先）、舒尼替尼（1 类推荐、优先）、贝伐单抗+干扰素（1 类推荐）、替西莫司（对于预后不良患者 1 类推荐、对于有其它危险因素的患者 2B 类推荐）、阿西替尼、大剂量的白介素-2（部分病人可选）、索拉菲尼（部分病人可选）。

②后续治疗：新版指南依据种类和推荐优先度进行了重新排序且修改了推荐级别。现为：临床试验、卡博替尼（1 类推荐、优先）、纳武单抗（1 类推荐、优先）、阿西替尼（1 类推荐）、乐代替尼+依维莫司（1 类推荐）、依维莫司、帕唑帕尼、索拉菲尼、舒尼替尼、贝伐单抗（2B 类推荐）、大剂量的白介素-2（部分病人可选、2B 类推荐）、替西莫司（2B 类推荐）。

③删除了以下脚注：1 类推荐均通过 FDA 认可。现可选的酪氨酸激酶抑制剂为：帕唑帕尼、舒尼替尼、阿西替尼、索拉菲尼。

## 4.KID-4

对于复发肾癌或 IV 期或手术不可切除的患者，当组织学确定为 **非透明细胞癌** 时

①系统性治疗：新版指南依据种类和推荐优先度进行了重新排序且新增了 3 种 2A 类推荐治疗（卡博替尼、纳武单抗、乐代替尼+依维莫司）。现排序为：临床试验（优先）、舒尼替尼（优先）、阿西替尼、贝伐单抗、卡博替尼、埃罗替尼、依维莫司、乐代替尼+依维莫司、纳武单抗、帕唑帕尼、索拉菲尼、替西莫司（对于预后不良患者 1 类推荐、对于有其它危险因素的患者 2A 类推荐）。

## 5.KID-A

随着医学的发展，不但手术的方式再不断优化，限制条件也在不断减少。故新版指南对手术原则进行了修改。

①第一条：由原指南“小的单侧肾癌，即 T1a 期或部分 T1b、T2a 期”修改为“单侧 I-III 期肾癌”

②第六条：由原指南“临床 T1 期肾损伤而不可手术的患者可选择：观察或射频消融”修改为“临床 T1 期肾损伤的患者可选择：观察或射频消融”

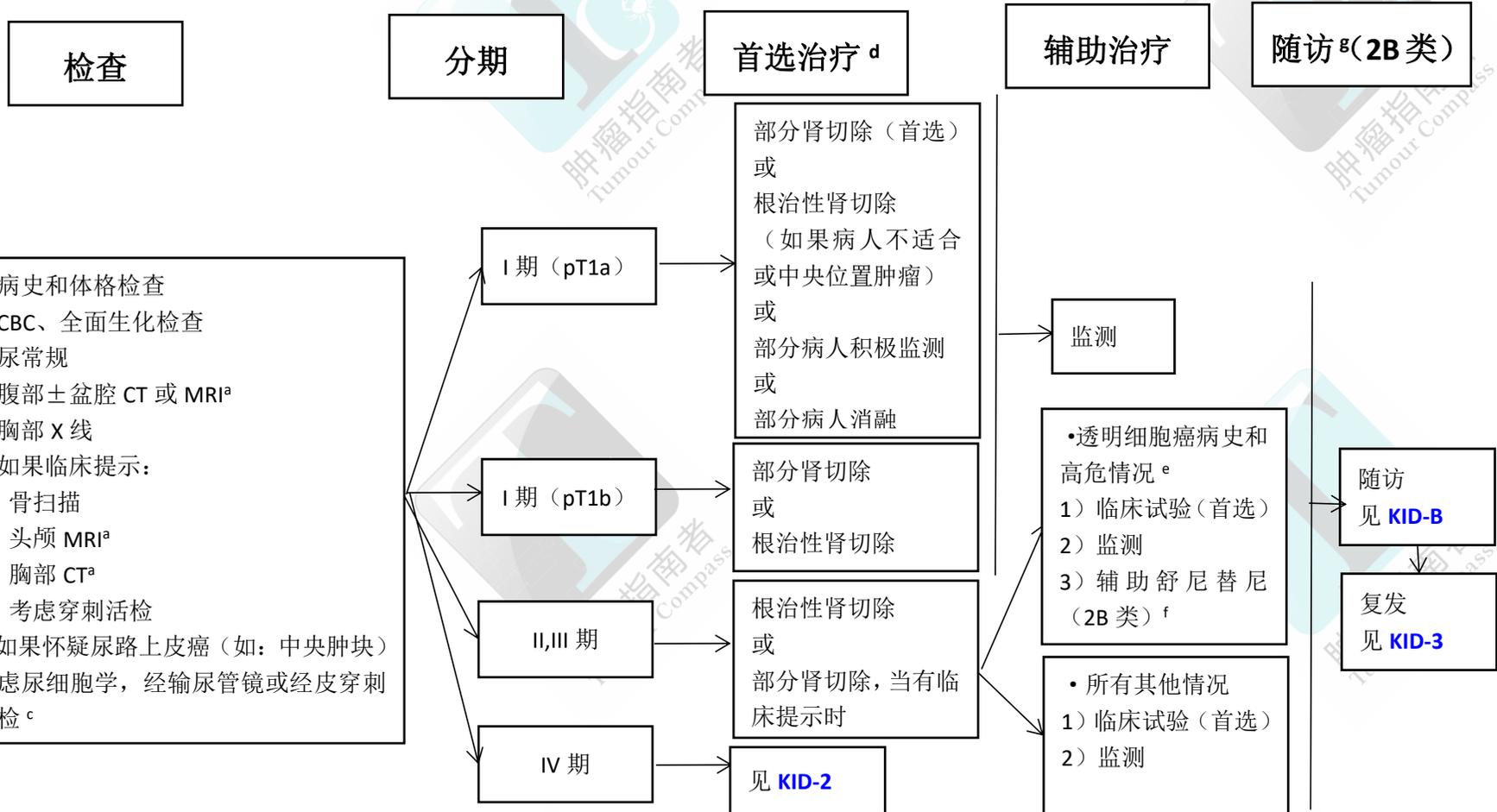
## 6.KID-B(1 of 4)

对于肾癌治疗后的随访：将原指南的盆腔影像学检查 具体化为盆腔 CT 或 MRI。

译者提醒：上述知识无需通篇记忆，按照患者病期和治疗情况，选择“进入系统”开心使用吧！

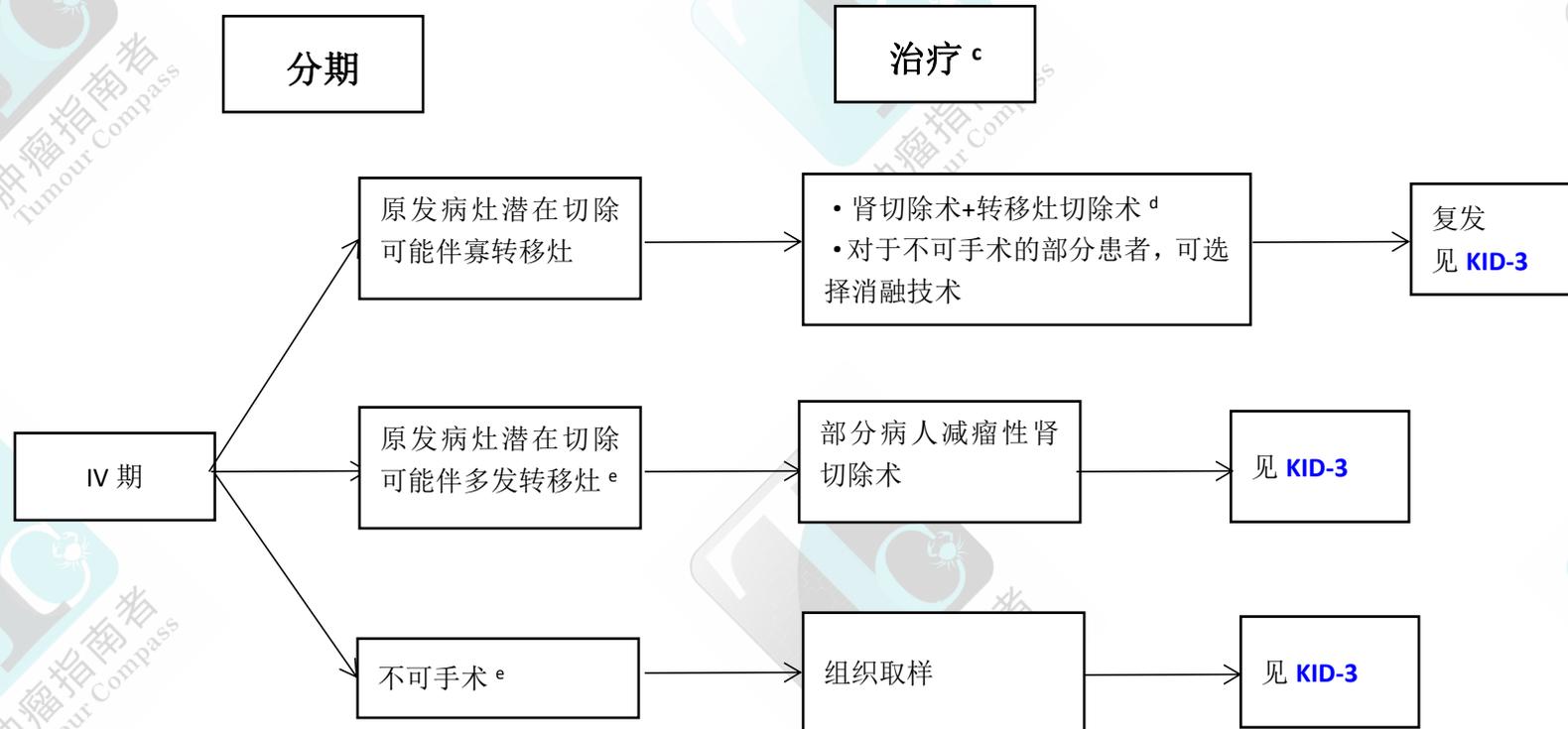
ST-1

# NCCN 指南——肾癌 2019.V1



a 首选增强，例如 renal protocol  
 b 小病灶的活检可能会得到或确认病灶恶性和指导监测，低温外科和射频消融  
 c 如果患者已经有远处转移或者不能耐受输尿管镜。  
 d 见 KID-A      e 将高风险定义为 3 期或更高，局部淋巴结转移，或两者皆有。  
 f 辅助舒尼替尼的剂量：50mg /天，服用四周，休息两周  
 非单一后续随访计划适于所有病人。后续随访应该依据病人个体化制定。

# NCCN 指南——肾癌 2019.V1



c 见 KID-A

d 非单一后续随访计划适于所有病人。后续随访应该依据病人个体化制定。

e 依据症状和转移性肿瘤扩散区域进行个体化治疗

译者提醒：上述知识无需通篇记忆，按照患者病期和治疗情况，选择“进入系统”开心使用吧！

# NCCN 指南——肾癌 2019.V1

复发或 IV 期

治疗

透明细胞癌

临床试验  
Or 见 **KID-4**  
Or 转移灶切除术 orSBRT 或对寡转移灶进行消融治疗  
And 支持治疗<sup>i</sup>

随访  
见 **KID-B**

临床试验  
Or 见透明细胞癌的后续治疗  
**KID-4**  
or 最佳支持治疗

非透明细胞癌

临床试验（首选）  
Or 见系统治疗 **KID-5**  
Or 转移灶切除术 orSBRT 或对寡转移灶进行消融治疗  
And 最佳支持治疗<sup>i</sup>

随访  
见 **KID-B**

<sup>i</sup> 最佳支持治疗包括姑息放疗如 SBRT，二磷酸盐，或骨转移者 RANK 配体抑制剂

译者提醒：上述知识无需通篇记忆，按照患者病期和治疗情况，选择“进入系统”开心使用吧！

KID-3

# NCCN 指南——肾癌 2019.V1

| 复发或 IV 期：透明细胞癌的一线治疗 |                       |                        |                                                                                |
|---------------------|-----------------------|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
|                     | 首选方案                  | 其他推荐方案                 | 在某些情况下有用                                                                       |
| 低风险的 <sup>j</sup>   | 帕唑帕尼（1类）<br>舒尼替尼（1类）  | 普利姆玛+纳武单抗<br>卡博替尼（2B类） | 积极检测<br>阿西替尼（2B类）<br>贝伐单抗+IFN（1类）<br>高剂量 IL-2 <sup>l</sup>                     |
| 高风险的 <sup>j</sup>   | 普利姆玛+纳武单抗（1类）<br>卡博替尼 | 帕唑帕尼（1类）<br>舒尼替尼（1类）   | 阿西替尼（2B类）<br>贝伐单抗+IFN（1类）<br>高剂量 IL-2 <sup>l</sup><br>西罗莫司脂化物（1类） <sup>i</sup> |

| 复发或 IV 期：透明细胞癌的后续治疗 <sup>n</sup>  |                                                   |                                                                                          |
|-----------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| 首选方案                              | 其他推荐方案                                            | 在某些情况下有用                                                                                 |
| 卡博替尼（1类）<br>纳武单抗（1类）<br>普利姆玛+纳武单抗 | 阿西替尼（1类）<br>乐伐替尼+依维莫司（1类）<br>依维莫司<br>帕唑帕尼<br>舒尼替尼 | 贝伐单抗（2B类）<br>索拉非尼（2B类）<br>在某些病人使用高剂量 IL-2（2B类） <sup>l</sup><br>西罗莫司脂化物（2B类） <sup>m</sup> |

J 见风险模型知道的治疗（KID-C）  
i 病人一般状况良好且器官功能正常  
m 见 KID-C  
n 在透明细胞和非透明细胞癌且伴有肉瘤样特征的病例，吉西他滨+阿霉素（2B类）和吉西他滨+舒尼替尼的方案对病人有益

译者提醒：上述知识无需通篇记忆，按照患者病期和治疗情况，选择“进入系统”开心使用吧！

# NCCN 指南——肾癌 2019.V1

| 复发或 IV 期：非透明细胞癌的系统治疗 n,o |              |                                                                                                                                          |
|--------------------------|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 首选方案                     | 其他推荐方案       | 在某些情况下有用                                                                                                                                 |
| 临床试验<br>舒尼替尼             | 卡博替尼<br>依维莫司 | 阿西替尼<br>贝伐单抗<br>埃罗替尼<br>乐伐替尼+依维莫司<br>纳武单抗<br>帕唑帕尼<br>贝伐单抗+埃罗替尼对于部分晚期的 RCC 病人包括 HLRCC<br>贝伐单抗+依维莫司<br>西罗莫司（对于预后较差的风险组为 1 类；m 对于其他风险组为 2A） |

HLRCC：遗传性平滑肌瘤病和肾癌

m 见 KID-C

n 在透明细胞和非透明细胞癌且伴有肉瘤样特征的病例，吉西他滨+阿霉素（2B 类）和吉西他滨+舒尼替尼的方案对病人有益

o 对于集合管或者髓质亚型病例，使用细胞毒性的化疗方案（卡铂+吉西他滨，卡铂+紫杉醇，或顺铂+吉西他滨）以及近来使用的铂类为基础的治疗泌尿上皮癌的化疗方案中观察到了部分反应。

译者提醒：上述知识无需通篇记忆，按照患者病期和治疗情况，选择“进入系统”开心使用吧！

KID-5

# NCCN 指南——肾癌 2019.V1

## 手术原则

• 以下情况可行保留肾单位手术（部分肾切除术）：

- 1) 单侧 I-III 期肾癌，技术允许
- 2) 孤立肾、肾功不全、双侧肾癌、遗传性肾癌
- 3) 患有有相当的风险发展进展性的慢性肾脏疾病，如低龄或者医疗风险因素（高血压，糖尿病，肾结石）

- 开放手术、腹腔镜或机器人等辅助技术可以用于开展肾癌根治术或部分肾切除术
- 可以选择是否进行区域淋巴结清扫术，但对于术前影像检查提示肾上腺转移或术中发现肾上腺转移的患者推荐进行区域淋巴结清扫术
- 如未侵及肾上腺或不属于高危肿瘤（根据大小和位置）可保留肾上腺
- 如果患者有广泛的下腔静脉牵连，需要专门医疗团队或转诊至大治疗量中心进行处理

对于临床分期 T1 期的患者，积极地监测可作为一种初始治疗，例如：

- 小肾脏肿块<2cm 的病人，因为这些肿块的良性几率比较高和远处转移的可能性较低。
- 患有有临床分期为 T1 期的肿块，但是对于治疗有明显的禁忌症。
- 积极地监测需要一系列的腹部影像学检查，且在发现肿块生长后（如肿瘤大小，生长速度，浸润生长，这些意味着远处转移可能性的升高）应该积极地治疗。
- 积极地监测应该包括周期性的远处转移调查，包括血液检查和胸部影像学检查，尤其是在肿块有增长的迹象时。

**热消融（如，冷冻手术，射频消融，是临床 T1 期疾病的一种治疗方式**

- ◇热消融是<3cm 肿块的治疗选择之一，但是对于某些较大肿瘤的患者也可使用。对于>3cm 肿块的消融常伴有较高的局部复发/持续存在和并发症几率。
- ◇小病灶的活检为监测，低温手术，和射频消融策略提供了病灶恶性的诊断。

**译者提醒：上述知识无需通篇记忆，按照患者病期和治疗情况，选择“进入系统”开心使用吧！**

# NCCN 指南——肾癌 2019.V1

◇消融技术相对于传统手术来说常常伴有较高的局部复发，而且常常需要多次治疗才能达到相同的肿瘤学结局

• 晚期患者全身治疗前接受姑息减瘤术通常应符合以下条件：

- 1) 一般情况良好(ECOG 评分<2)
- 2) 无明确脑转移

<sup>a</sup>Campbell S, Uzzo R, Allaf M, et al. Renal mass and localized renal cancer: AUA Guideline. J Urol 2017;198:520-529.

<sup>b</sup>Pierorazio P, Johnson M, Patel H, et al. Management of renal masses and localized renal cancer: Systematic review and meta-analysis. J Urol 2016;196:989-999.

译者提醒：上述知识无需通篇记忆，按照患者病期和治疗情况，选择“进入系统”开心使用吧！

KID-A

# NCCN 指南——肾癌 2019.V1

## 随访<sup>ab</sup> (2B类)

### I期 (pT1a)

#### 监测期间的随访<sup>c</sup>

- 病史和体格检查。每6月1次，共2年；后每年1次，直至诊断后5年
- 全面生化检查和其他临床提示检查。每6月1次，共2年；后每年1次，直至诊断后5年
- 腹部影像学检查：
  - 1) 腹部CT或MRI，在监测开始6月内进行；后每年至少进行1次CT、MRI或超声
- 胸部影像学检查
  - 1) 每年进行胸部CT或X线来评估肺部转移状况，若活检RCC阳性
- 当有临床提示时，进行盆腔CT或MRI
- 当有临床提示时，进行头颅CT或MRI，脊髓MRI
- 当有临床提示时，进行骨扫描

#### 消融后随访<sup>c</sup>

- 病史和体格检查。每6月1次，共2年；后每年1次，直至诊断后5年
- 全面生化检查和其他临床提示检查。每6月1次，共2年；后每年1次，直至诊断后5年
- 腹部影像学检查：
  - 1) 腹部CT或MRI，在监测开始3-6月内进行除非有禁忌症；后每年至少进行1次CT、MRI或超声，共5年
- 胸部影像学检查
  - 1) 每年进行胸部CT或X线，共5年；对于活检证实低风险RCC、活检未诊断、或未进行活检患者
- 再次活检
  - 1) 发现新的增强灶，已切除肿瘤体积进展性增大，治疗域内或周边出现新的结节，原病灶治疗失败、卫星病灶或穿刺口病灶
- 当有临床提示时，进行盆腔CT或MRI
- 当有临床提示时，进行头颅CT或MRI，脊髓MRI
- 当有临床提示时，进行骨扫描

<sup>a</sup>Donat SM, Diaz M, Bishoff JT, et al. Follow-up for clinically localized renal neoplasms: AUA Guideline. J Urol 2013;190:407-416.

<sup>b</sup>No single follow-up plan is appropriate for all patients. Follow-up frequency and duration should be individualized based on patient requirements, and may be extended beyond 5 years at the discretion of the physician. Further study is required to define optimal follow-up duration.

<sup>c</sup>Imaging with contrast when clinically indicated.

译者提醒：上述知识无需通篇记忆，按照患者病期和治疗情况，选择“进入系统”开心使用吧！

# NCCN 指南——肾癌 2019.V1

## 随访<sup>ab</sup> (2B类)

### I期 (pT1a) 和 (pT1b)<sup>c</sup>

#### 部分肾切除或根治性肾切除后随访

- 病史和体格检查。每6月1次，共2年；后每年1次，直至术后5年
- 全面生化检查和其他临床提示检查。每6月1次，共2年；后每年1次，直至术后5年
- 腹部影像学检查：
  - 1) 部分肾切除后
    - a 腹部CT或MRI或超声，在术后3-12月内进行；
    - b 若初次术后扫描阴性，腹部CT或MRI或超声腹部依据病人危险因素考虑每年进行一次，共3年。
  - 2) 根治性肾切除后
    - a 腹部CT或MRI或超声
    - b 若初次术后扫描阴性，腹部CT或MRI或超声腹部依据内科医生的判断12个月后进行一次
- 胸部影像学检查：每年进行胸部CT或X线，共3年
- 当有临床提示时，进行盆腔CT或MRI
- 当有临床提示时，进行头颅CT或MRI，脊髓MRI
- 当有临床提示时，进行骨扫描

<sup>a</sup>Donat SM, Diaz M, Bishoff JT, et al. Follow-up for clinically localized renal neoplasms: AUA Guideline. J Urol 2013;190:407-416.

<sup>b</sup>No single follow-up plan is appropriate for all patients. Follow-up frequency and duration should be individualized based on patient requirements, and may be extended beyond 5 years at the discretion of the physician. Further study is required to define optimal follow-up duration.

<sup>c</sup>Imaging with contrast when clinically indicated.

译者提醒：上述知识无需通篇记忆，按照患者病期和治疗情况，选择“进入系统”开心使用吧！

# NCCN 指南——肾癌 2019.V1

## 随访<sup>ab</sup> (2B类)

### II、III期

#### 根治性肾切除后随访<sup>c</sup>

- 病史和体格检查。每6月1次，共2年；后每年1次，直至术后5年。后有临床提示时进行
- 全面生化检查和其他临床提示检查。每6月1次，共2年；后每年1次，直至诊断后5年。后有临床提示时进行
- 腹部影像学检查：
  - 1) 腹部CT或MRI，在术后3-6月内进行；后腹部CT或MRI或超声（对于III期患者，超声为2B类推荐），每3-6月进行1次，至少3年；后每年进行1次直至5年
  - 2) 当有临床提示时，5年后进行影像学检查
  - 3) 当有症状提示时，进行特定部位影像学检查
- 胸部影像学检查：
  - 1) 术后3-6月进行胸部CT，后每3-6月进行1次胸部检查（CT首选），至少3年。后每年1次，共5年
  - 2) 当有依据患者特点和肿瘤风险的临床提示时，5年后进行影像学检查
- 当有临床提示时，进行盆腔CT或MRI
- 当有临床提示时，进行头颅CT或MRI，脊髓MRI
- 当有临床提示时，进行骨扫描

<sup>a</sup>Donat SM, Diaz M, Bishoff JT, et al. Follow-up for clinically localized renal neoplasms: AUA Guideline. J Urol 2013;190:407-416.

<sup>b</sup>No single follow-up plan is appropriate for all patients. Follow-up frequency and duration should be individualized based on patient requirements, and may be extended beyond 5 years at the discretion of the physician. Further study is required to define optimal follow-up duration.

<sup>c</sup>Imaging with contrast when clinically indicated.

译者提醒：上述知识无需通篇记忆，按照患者病期和治疗情况，选择“进入系统”开心使用吧！

# NCCN 指南——肾癌 2019.V1

## 随访<sup>d</sup> (2B类)

### I 复发或 IV 期和手术不可切除患者的随访<sup>c</sup>

- 病史和体格检查。对于接受全身治疗的患者，每 6-16 周 1 次；或有临床提示时可进行的更加频繁且可依据患者接受全身治疗的类别进行调整。
- 依据治疗药物的需要进行相应的实验室评估。
- 胸部、腹部、盆腔影像学检查：
  - 1) CT 或 MRI 检查进行治疗前或观察前基线评估
  - 2) 每 6-16 周进行后续检查，依据每次体检检查和临床分期的状况。间隔时间依据疾病变化速度和活跃部位进行调整
    - 当有临床提示时，进行头颅 CT 或 MRI。每年的监测检查由内科医师决定。
    - 当有临床提示时，进行脊髓 MRI
    - 当有临床提示时，进行骨扫描

<sup>c</sup>Imaging with contrast when clinically indicated.

<sup>d</sup>No single follow-up plan is appropriate for all patients. Follow-up should be individualized based on treatment schedules, side effects, comorbidities, and symptoms.

# NCCN 指南——肾癌 2019.V1

## 风险模型的直接治疗<sup>a</sup>

### **MSKCC 诊断模型**

#### **诊断因素**

- 诊断到治疗的间隔时间 < 1 年
- 卡氏体能状态 < 80%
- 乳酸脱氢酶水平 > 1.5 倍正常指标上线
- 校正后血清钙水平 > 正常指标上线
- 血红蛋白水平 < 正常指标最低值

#### **诊断风险群体:**

- 低危人群: 不符合诊断因素
- 中危人群: 符合 1-2 条诊断因素
- 高危人群: 符合 3 条及以上诊断因素

### **IMDC 标准**

#### **诊断因素**

- 诊断到治疗的间隔时间 < 1 年
- 卡氏体能状态 < 80%
- 血清钙水平 > 正常指标上线
- 血红蛋白水平 < 正常指标最低值
- 中性粒细胞 > 正常指标上线
- 血小板 > 正常指标上线

#### **诊断风险群体:**

- 低危人群: 不符合诊断因素
- 中危人群: 符合 1-2 条诊断因素
- 高危人群: 符合 3-6 条诊断因素

### **对于可使用西罗莫司治疗的部分短期生存患者**

- 乳酸脱氢酶水平 > 1.5 倍正常指标
- 血红蛋白水平 < 正常指标最低值
- 校正后血清钙水平 > 10mg/dL(2.5mmol/l)
- 初始诊断后间隔小于 1 年开始全身治疗
- 卡氏评分 ≤ 70
- ≥ 2 个器官转移

#### **诊断风险群体:**

- 高危人群: 符合 ≥ 3 个短期生存预测指标

译者提醒: 上述知识无需通篇记忆, 按照患者病期和治疗情况, 选择“进入系统”开心使用吧!

KID-C

# NCCN 指南——肾癌 2019.V1

表1

美国癌症联合委员会（AJCC）  
胃癌 TNM 分期（2016 年第八版）

## T 原发肿瘤

TX 原发肿瘤不能评估

T0 没有原发肿瘤证据

T1 肿瘤最大径≤7cm，且局限在肾内

T1a 肿瘤最大径≤4cm，且局限在肾内

T1b 肿瘤最大径>4cm，≤7cm；且局限在肾内

T2 肿瘤最大径>7cm，且局限在肾内

T2a 肿瘤最大径>7cm，≤10cm；且局限在肾内

T2b 肿瘤最大径>10cm；且局限在肾内

T3 肿瘤浸润主要血管或肾周组织；但未浸润同侧肾上腺、超过肾筋膜

T3a 肿瘤明显浸润至肾静脉或其分支，或浸润至腹膜或肾窦内脂肪但未超过肾筋膜。

T3b 肿瘤明显浸润至膈下的腔静脉

T3c 肿瘤明显浸润至膈上的腔静脉或累及腔静脉壁

T4 肿瘤浸润超过肾筋膜（包括连续浸润至同侧肾上腺）

## N 区域淋巴结

NX 区域淋巴结不能评估

N0 无区域淋巴结转移

N1 区域淋巴结有转移

## M 远处转移

M0 无远处转移

M1 有远处转移

## 组织学分期/预后分组

|       |      |      |    |
|-------|------|------|----|
| I 期   | T1   | N0   | M0 |
| II 期  | T2   | N0   | M0 |
| III 期 | T1/2 | N0   | M0 |
|       | T3   | N0/1 | M0 |
| IV 期  | T4   | 任何 N | M0 |
|       | 任何 T | 任何 N | M1 |

译者提醒：上述知识无需通篇记忆，按照患者病期和治疗情况，选择“进入系统”开心使用吧！