

关于肾细胞癌诊断 治疗指南

肾细胞癌（renal cell carcinoma, RCC）

- 起源于肾实质泌尿小管上皮系统的恶性肿瘤，又称肾腺癌，简称为肾癌，占肾脏恶性肿瘤的80%~90%。包括起源于泌尿小管不同部位的各种肾细胞癌亚型，但不包括来源于肾间质以及肾盂上皮系统的各种肿瘤。

一、流行病学及病因学

- 根据全国肿瘤登记年报，统计2005年至2009年全国34-72个登记点，约5490万-8547万人口，占总人口的4.2%-6.4%，肾癌的发病率分别为3.96/10万、4.44/10万、4.64/10万、5.08/10万、4.5/10万，死亡率分别为1.38/10万、1.4/10万、1.47/10万、1.52/10万、1.46/10万。
- 男女患者发病率比例约为1.83: 1；城市地区是农村地区发病率的4.31倍 [4-8]。发病年龄可见于各年龄段，高发年龄50~70岁。

一、流行病学及病因学

- 肾癌的病因未明。其发病与遗传、吸烟、肥胖、高血压及抗高血压治疗等有关（证据水平 II a），遗传性肾癌或家族性肾癌占肾癌总数的2~4%[1-3, 12]。不吸烟以及避免肥胖是预防发生肾癌的重要方法（推荐分级 B）。
- 非遗传因素引起的肾癌称为散发性肾癌。

二、病理

- 以往应用最广泛的是**1981年WHO分类标准(第1版)**，此分类标准中将肾细胞癌分为透明细胞癌、颗粒细胞癌、乳头状腺癌、肉瘤样癌、未分化癌**5种病理类型**。
- **2004年WHO对1997年的肾细胞癌病理组织学分类进行了修改(第3版)**，保留了原有肾透明细胞癌、肾乳头状腺癌（I型和II型）、肾嫌色细胞癌及未分类肾细胞癌**4个分型**，将集合管癌进一步分为**Bellini集合管癌**和髓样癌，此外增加了多房囊性肾细胞癌、**Xp11易位性肾癌**、神经母细胞瘤伴发的癌、黏液性管状及梭形细胞癌分型。并将传统分类中的颗粒细胞癌归为低分化（高分级）的透明细胞癌，对各亚型中的肉瘤样癌成分在肿瘤组织中所占比例进行描述。
- 推荐采用**2004年WHO肾细胞癌病理分类标准（推荐分级B）**。

二、病理

- 以往最常用的是1982年Fuhrman四级分类。1997年WHO推荐将Fuhrman分级中的 I、II 级合并成高分化、FuhrmanIII级为中分化、FuhrmanIV级为低分化或未分化。推荐采用将肾癌分为高分化、中分化、低分化（未分化）的分级标准（推荐分级B）。

二、病理

- 2010年AJCC对肾癌TNM分期进行了修订，与2002年版肾癌TNM分期相比有4点变化：
- ①T2期进一步分为 T2a ($7\text{ cm} < \text{肿瘤最大径} < 10\text{ cm}$) 与 T2b (肿瘤最大径 $\geq 10\text{ cm}$)。②肾上腺受侵由T3a修改为T4(肾上腺受侵)与M1(肾上腺转移)。③肾静脉瘤栓由T3b期降为T3a期。④淋巴结转移由N0-2简化为N0(无淋巴结转移)与N1(有淋巴结转移),远处转移取消MX(远处转移无法评估)。

三、临床表现

- 目前，临床出现血尿、腰痛、腹部肿块“肾癌三联征”的已经不到6-10%。
- 无症状肾癌占62.7%。
- 临床表现发生率依次为腰痛（60.5%）、血尿（45.1%）、高血压（12.7%）、贫血（12.8%）、消瘦（11.8%）、肾功能异常（9.1%）、肝功能异常（7.5%）、肿物（7.0%）、发热（5.5%）、血小板计数不正常（5.1%）、其他（21.7%）。

四、诊断

- 推荐必须包括的实验室检查项目 尿素氮、肌酐、肝功能、全血细胞计数、血红蛋白、血钙、血糖、血沉、碱性磷酸酶和乳酸脱氢酶（推荐分级C）。
- 推荐必须包括的影像学检查项目 腹部B超或彩色多普勒超声，胸部CT平扫、腹部CT平扫和增强扫描（碘过敏试验阴性、无相关禁忌证者）。腹部CT平扫和增强扫描及胸部CT是术前临床分期的主要依据（推荐分级A）。
- 推荐参考选择的影像学检查项目 在以下情况下推荐选择的检查项目。核素肾图或IVU检查指征：未行CT增强扫描，无法评价对侧肾功能者；核素骨显像检查指征：①有相应骨症状；②碱性磷酸酶高；③临床分期 \geq III期的患者(证据水平 I b)；头部MRI、CT扫描检查指征：有头痛或相应神经系统症状患者(证据水平 I b)；腹部MRI扫描检查指征：肾功能不全、超声波检查或CT检查提示下腔静脉瘤栓患者(证据水平 I b)。

四、诊断

- 有条件地区及患者选择的影像学检查项目 具备以下检查设备的医院以及具有良好经济条件的患者可选择的检查项目。肾超声造影、螺旋CT及MRI扫描主要用于肾癌的诊断和鉴别诊断；正电子发射断层扫描（positron emission tomography, PET）或PET-CT检查费用昂贵，主要用于发现远处转移病灶以及对化疗、细胞因子治疗、分子靶向治疗或放疗的疗效进行评定。

四、诊断

- 肾肿瘤穿刺活检 对于准备进行手术治疗的患者无须行肾肿瘤穿刺活检。肾肿瘤穿刺活检主要应用于以下情况：①对于小的肾脏占位希望进行积极监测的患者；②在进行消融治疗前明确病理诊断；③在进行靶向治疗或放化疗前明确病理诊断。穿刺可以在超声或CT引导下进行。对于较大的肿物穿刺应选择其边缘，以免穿出的组织为坏死组织，建议使用**18G**的穿刺针，最少穿**2**针。肾肿瘤穿刺活检具有极高的特异性和敏感性，但无法准确判断其组织学分级。肾肿瘤穿刺活检发生种植转移的几率极低。常见并发症包括肾包膜下血肿或肾周血肿，无须特殊处理。
- 肾血管造影检查 肾血管造影对肾癌的诊断价值有限(证据水平III)。

五、治疗（一）局限性肾癌的治疗

- 外科手术是局限性肾癌首选治疗方法。
- 根治性肾切除手术 是得到公认可能治愈肾癌的方法。
- 对于临床分期I（T1N0M0）期不适于行肾部分切除的肾癌患者、临床分期II(T2N0M0)期的肾癌患者，根治性肾切除术是首选的治疗方法（推荐分级 C）。
- 经典的根治性肾切除范围包括：肾周筋膜、肾周脂肪、患肾、同侧肾上腺、从膈肌脚至腹主动脉分叉处腹主动脉或下腔静脉旁淋巴结以及髂血管分叉以上输尿管。

五、治疗（一）局限性肾癌的治疗

- 开放性及腹腔镜根治性肾切除术两种手术方式的治疗效果无明显区别。两种手术方式均可选择经腹或经腰部入路，没有明确证据表明哪种手术入路更具优势。
- 根治性肾切除术的死亡率约为2%，局部复发率1%~2%。
- 不推荐根治性肾切除术前常规行肾动脉栓塞（推荐分级**B**）。

五、治疗（一）局限性肾癌的治疗

- 根治性肾切除术患者不常规行同侧肾上腺切除术，但在以下情况下推荐同时行同侧肾上腺切除术：术前**CT**检查发现肾上腺异常或术中发现同侧肾上腺异常考虑肾上腺转移或直接受侵(证据水平III，推荐分级**C**)。

五、治疗（一）局限性肾癌的治疗

- 保留肾单位手术(nephron sparing surgery, **NSS**)
- 根据肿瘤大小、位置、病人情况、医生经验决定是否行保留肾单位手术，**NSS**的疗效同根治性肾切除术(证据水平III)。
- 行保留肾单位手术时，只要能完整切除肿瘤，边缘的厚度不影响肿瘤复发率(证据水平III)。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/996040001053010113>