



高效 低毒 方便永远是主旋律

追记 2023 世界肺癌大会重磅研究

▲ 广东省人民医院 吴一龙



家族史列入筛查尚早

第一例研究来自台湾大学杨泮池教授团队领衔的 TALENT 研究，作为第二次入选大会的主席论坛，第一次是在我当会议主席的 2020 年。3 年后他们更新了结果，确定了肺癌家族史是不吸烟肺癌的高危因素。据此制定的亚太地区肺癌筛查共识，将 50 ~ 75 岁、具有一级亲属肺癌家族史的不吸烟人群列为至少应接受每两年一次的低剂量螺旋 CT 筛查，如发现异常，应间隔 6 ~ 12 个月随访。

显然，我认为将家族史作为肺癌高危因素是一种进步，但将年龄限于 50 岁以上有点“武断”。毕竟在临床实践中，小于 50 岁的不吸烟肺癌越来越常见，尤其是女性。美国南加州大学的 Silvestri 教授在讨论中指出，目前将家族史列为筛查的高危因素似乎为时尚早，因为尚未见到因此而减少肺癌死亡率的报道，也存在过度诊断的问题。

病理诊断切记过度

第二个研究是针对病理诊断浸润性肺癌的重复



扫一扫
关联专题页



扫一扫
关联阅读全文

性研究。研究通过 42 位病理科医师对 70 例肺癌诊断的一致性进行评估，关键指标是早期肺腺癌究竟是原位癌微小浸润癌还是浸润性腺癌。研究结果为：由于标本固定和制片技术的原因，多层原位癌累叠在一起，当用 WHO 标准时，显微镜下容易把原位癌或微小浸润判断成浸润型癌，特别是浸润性和所谓的气道内播散，重复性更差。当然，这是一个过度诊断的问题，问题是过度诊断会引起过度治疗，为此，病理科和肿瘤科医生都面临新挑战。

全肺全胸膜切除该退休了

第三项研究关于胸膜间皮瘤的 MARS2 研究。英国 Erik Lim 教授是主要研究者，2019 年他还邀请我参加他晋升教授的典礼。该项外科随机对照研究，将胸膜外全肺全胸膜切除加进多学科治疗模式中，与单纯化疗比较，增加了死亡率、并发症发生率，患者的生活质量下降，费用大幅提升。他呼吁，全肺全胸膜切除术应该退休了！来自美国哈佛大学 Dana-Farber 研究所的 Ugalde 教授有不同看法，最主要是研究设计可以改进，尤其是这样复杂手术应该是放在那些有经验手术量大的医院才行，目前结果不能全盘否定这一手术方法。

方案需高效、低毒、方便

最后一项压轴研究是大家期望已久的 FLAURA2，这项来自美国哈佛大学的 Jane 教授报道了令人激动的结果：如果诊断为有 EGFR 突变的晚期非小细胞肺癌，用第三

9 月 11 日，是一个特殊的日子。22 年前——飞机撞上了美国世贸大厦的那一瞬间，改变了世界的格局。2023 年世界肺癌大会，也选这一天，作为公布改变临床实践研究的时间。在第三场大会主席论坛选出的临床研究，涵盖了肺癌筛查、病理诊断、外科和内科研究的方方面面，匠心独运的味道。

代靶向药物奥希替尼加化疗，能够将耐药时间推迟 10 个月左右，这种优势明显见于有脑转移或 21 突变的患者。

显然，这是一项非常成功的研究，共延长患者 10 个月的无进展生存时间，这在晚期肺癌中实属不易。我作为研究讨论者，提出了几个问题：首先，10 个月的获益是需要耐受化疗的高毒性为代价的，而且用药也不方便，患者需要每 3 周到医院进行化疗，直到疾病进展；二是该模式将受到其他联合模式特别是口服药物模式的挑战；三是对总生存期的评估，似乎不是很乐观；四是耐药模式不清楚，提前使用化疗将有可能限制之后的治疗选择；五是可能是某些亚组适合这种治疗，稍微遗憾的是这两个明显获益的亚组并非事前设定，就减弱了统计效能和证据强度；六是医生和患者是否接受这种模式？据广东省肺研所调研显示，只有 25% 的患者和家属可以接受这种模式，而医生，只有 20% 表示可接受。

肿瘤科医生常说：“副作用可管理，患者可耐受。实际上，患者心理上是不耐受的。我的结论是，将奥希替尼和化疗联合变成晚期 EGFR 突变肺癌新的治疗模式，为时尚早，需要有总生存的结果，将其作为治疗选择之一可以考虑，特别是脑转移或 21 外显子突变的患者。我们永远最需要的治疗模式：是高效、低毒、方便！

图片新闻



王洁教授（左六）荣获“2023 年小细胞肺癌 Heine H. Hansen 奖项”

来自中国医学科学院肿瘤医院的王洁教授（左六）被授予 2023 年小细胞肺癌 Heine H. Hansen 奖，以表彰她在小细胞肺癌研究与治疗领域的杰出贡献。本次 Lectureship 奖共表彰了多个学科的 9 位专家。

热点关注

Ⅲ 期肺癌切不切：外科医生更积极

医师报讯（融媒体记者 王丽娜）Ⅲ 期非小细胞肺癌（NSCLC）到底切不切？在临床中，胸外科医生主诊时，可能倾向于选择“切”，但随着新药的进展和放疗技术的精准化，患者又多了一个“不切”的选项，那么现有的放化疗技术是否能支持不切？为了形成共识，以便规范诊疗，在口头报告专场，EORTC 共识和两项研究回答了这一问题。

多学科调查结果：近 2/3 分期组合医生意见一致

这项欧洲癌症研究治疗组织（EORTC）开展的系列研究以建立Ⅲ期 NSCLC 可切除性的共识。该研究经过对 2007 年后的文献进行综述、对多学科专家进行调查和多学科病例讨论，最终形成证据链条，并公布多学科专家调查结果。

该研究调查共 558 位医生参与，包括胸外科（38%）、放疗科（27%）、肿瘤科（16%）和肺科（13%）等多学科专家。

调查了所有可能的切除的Ⅲ期 NSCLC 患者 TNM 组合。研究规定如有 75% 的医生同意切除，则最终被定义为可切除；“是”和“也许”（边缘可切除）被认为潜在可切除。研究纳入了 37 种 NSCLC 的 TNM 组合中，专家们在 24 种组合（65%）中达成共识。调查结果显示，1 种被认为是可切除的（T3N1）；9 种被认为是潜在的可切除的；15 种被认为是不可切除的。

其中，N3 组合肿瘤被认为是不可切除的。在 T3 期肿瘤中，侵犯壁胸膜、胸壁、膈神经或壁心包被认为潜在可切除；侵入心脏的 T4 肿瘤被认为是不可切除。

值得关注的是，被认为临界可切除的病例中，89% 的参与者建议接受新辅助治疗后进行手术。总体而言，与其他专科专家相比，胸外科医生认为还有 4 种组合潜在可切除。

机器学习 +CT：或可预测新辅助免疫治疗效果

研究由广东省人民医院和南方医科大学的吴博士进行汇报。他认为，免疫检查点抑制剂（ICI）+ 化疗的新辅助治疗，且与单独化疗相比具有显著益处，虽已被 FDA 批准用于 NSCLC 新辅助治疗，但目前还没有临床生物标志物可以识别出可能从 ICI 治疗中获得病理完全缓解（pCR）的患者。

该研究自 2019 年 5 月 18 日 ~ 2022 年 8 月 26 日间，对接受新辅助免

疫治疗（NAIT）的 141 例 NSCLC 患者进行治疗前 CT 扫描。应用新的子区域分割策略从肿瘤和肿瘤周围区域提取 851 个放射学特征。在训练队列中实施机器学习得出放射学特征，并在确认队列中进行测试。结果显示，47 例患者出现 pCR。研究选择 11 个广义线性模型（GLM）作为最终模型，确认 AUC 为 0.81（0.66~0.97）。

GLM 的敏感性为

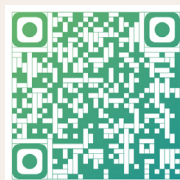
82%，特异性为 78%，验证准确率为 0.79。这显著高于基于单独肿瘤放射组学特征（0.71；p<0.05）或临床特征（铂方案类型、病理类型、衍生中性粒细胞淋巴细胞比率 0.67；p<0.05）。本研究应用新的分割策略来预测 NSCLC 对新辅助免疫治疗的病理反应。该模型有助于临床医生及早选择和调整治疗方案，为 NSCLC 术后手术策略提供实用参考。

新辅助同步放化加双免不影响肺癌手术

荷兰学者报告了一项在（临界）可切除 NSCLC 患者中，进行新辅助放化疗（CRT）中添加纳武利尤单抗 - 伊匹木单抗的完整研究队列中的手术结果，这项单中心、单臂Ⅱ期研究招募了病理学证实为 cT3-4N0-2M0 NSCLC 的患者。

结果显示，30 例患者开始诱导治疗，其中 26 例（83%）接受手术和病理评估。1 例患者被排除在进一步分析之外，因为最终的病理诊断是转移性黑色素瘤。结果显示，与既往仅接受 CRT 治疗的队列相比，新辅助双免 + 同步放化疗 MPR 和 pCR

率增加，且未干扰肺切除术，且与 CRT 治疗组相比未观察到早期发病率和死亡率增加。



扫一扫
关联阅读全文