

共识解读

王启鸣教授解读《驱动基因阴性晚期非小细胞肺癌一线免疫治疗耐药评估及治疗策略中国专家共识(2024版)》

解决临床急需 国内首部肺癌免疫治疗耐药共识发布

医师报讯(融媒体记者 刘则伯 通讯员 陈海洋)日前,中国临床肿瘤学会非小细胞肺癌专业委员会在《中华医学杂志》发布了国内首部《驱动基因阴性晚期非小细胞肺癌一线免疫治疗耐药评估及治疗策略中国专家共识(2024版)》。

共识的发起人、河南省医学科学院肿瘤医院副所长王启鸣教授介绍,本共识制订目的是解决临床亟需解决的问题:驱动基因阴性的非小细胞肺癌(NSCLC)患者一线应用免疫治疗已成标准方案,然而一线免疫治疗耐药后的治疗策略却尚缺标准或规范。本共识讨论的问题均聚焦于免疫耐药后受到广泛关注且存在争议的问题,包括:原发性耐药和继发性耐药的界定、免疫治疗疗效评估标准的选择、寡进展的判定及治疗、广泛进展后的差异化处理策略以及对于免疫再挑战的建议等。



王启鸣教授

扫一扫
关联阅读全文

免疫治疗疗效评估标准

免疫治疗应答模式与传统细胞毒性治疗不同,可表现出假进展或超进展,导致传统实体瘤疗效评价标准有时不能准确评价接受免疫治疗患者的疗效和生存获益,因此需制

定出针对免疫治疗的疗效评估标准。共识推荐按实体瘤免疫治疗疗效评估标准(iRECIST)评估晚期NSCLC一线免疫治疗疗效。iRECIST标准最突出的改变在于将按RECIST

1.1标准初次评定的部分缓解(PD)视为待证实的PD(iUPD),依据患者的临床情况综合判断是否继续用药,在4~6周后再次评价以确认是否为已证实的PD(iCPD)。

免疫治疗广泛进展的治疗策略

多项研究探索了抗血管生成治疗在免疫耐药患者中的应用,结果显示对于晚期NSCLC免疫耐药患者,化疗联合抗血管

生成治疗相比单纯化疗能获得更高的疾病缓解率和更长的无进展生存时间。共识推荐对于广泛进展的患者,如一线接受免疫单

药治疗,建议行含铂方案化疗,如一线接受免疫联合化疗,建议行多西他赛单药化疗,同时可考虑联合抗血管生成治疗。

免疫治疗寡进展的治疗策略

关于寡进展的定义之前存在争议,主要是对进展病灶数量无统一标准。随着放疗、介入等局部治疗手段的进步,目前进展病灶数量往往并不是局部治疗的限制因素。因此,判断是否为寡进展应依据患者具体进展部位、数量及是否适用于局部治疗进行综合判断。

众多临床研究显示,对于晚期NSCLC癌接受免疫治疗出现寡进展的患者,继续维持免疫治疗同时联合局部治疗能给患者带来生存获益。共识推荐对于寡进展的患者,如一般状态稳定,建议维持原免疫治疗方案同时联合局部治疗;

如一般状态快速恶化,建议调整全身治疗方案。对于局部治疗手段的选择,目前放疗的证据相对充分,手术和消融治疗还需更多研究数据支持,临床实践中建议通过多学科会诊选择最佳局部治疗手段。

免疫治疗继发耐药后续建议

一线免疫治疗继发性耐药患者,目前关于免疫再挑战的临床研究证据不足,优先推荐化疗等穿插治疗后再考虑免疫再挑战。

有望克服免疫耐药带来新的选择。共识推荐对驱动基因阴性晚期NSCLC经一线免疫治疗耐药后,除二线标准化疗外,建议患者入组临床研究。

耐药后的临床诊疗还有很多问题需要进一步探讨,包括对于免疫治疗超进展的评估标准,一线免疫治疗广泛进展后最佳治疗方案的选择、不同免疫药物之间的切换等。

驱动基因阴性晚期NSCLC患者一线免疫

医师报讯(融媒体记

者王丽娜 通讯员袁相贵)日前,中华

医学会血液学分会淋巴细胞疾病学组、中国临床肿瘤学会

(CSCO)淋巴瘤专家委员会在《白血病·淋巴瘤》杂志发布《原发性中枢

神经系统淋巴瘤诊断及治疗专家共识(2024年版)》(下文简称共识)。共识发起人兼共同

通讯作者、浙江大学医学院附属第二医院血液内科钱文斌教授介绍,由于原发性中枢神经系统淋巴瘤(下文简称

PCNSL)临床罕见,对该疾病的认识尚未统一,诊治有待进一步规范,为加强我国临床医师对PCNSL的认知,提高诊断和治疗水平,

本共识参考国内外指南及共识并结合最新的研究进展,以路径方式从诊断、初始治疗、复发难治三个阶段分别给与推荐,清晰明了。

钱文斌教授解读《原发性中枢神经系统淋巴瘤诊断及治疗专家共识(2024年版)》

探寻中国中枢神经系统淋巴瘤患者治愈之路

扫一扫
关联阅读全文临床 影像 病理
PCNSL 诊断“三剑客”

PCNSL患者的神经功能和体能状态恶化通常较快,临床症状亦缺乏特异性,难以对其进行早期快速诊断。影像学检查仅能提示PCNSL可能,疾病的确诊需要依靠组织病理学和免疫组化检查结果。

若患者出现神经精神症状,提示患者可能出现CNS病变。共识推荐优选头颅磁共振增强扫描明确是否有颅内病变。共识推荐优选立体定向导航脑组织穿刺活检组织检查,部分病人需要脑脊液(CSF)检查和/或玻璃体活组织检查明确

确诊。共识也明确如出现颅内病变,活检前尽量避免使用糖皮质激素。病理诊断确诊为DLBCL或其他CNS淋巴瘤的患者均应继续接受采用PET-CT、骨髓抽吸/活组织检查评估,以确认患者CNS以外的病变情况。

目前尚无针对PCNSL的分期系统,采用国际结外淋巴瘤工作组(IELSG)和纪念斯隆凯特琳癌症中心(MSKCC)的预后评分系统对PCNSL患者进行评估。

对于复发/难治(R/R)PCNSL患者,治疗方案的选择取决于其初始治疗方案和缓解持续时间,但目前尚无最佳方案推荐,优先考虑参加临床试验。

共识推荐将R/R PCNSL患者分为既往接受WBRT治疗、既往使

淋巴瘤早期易漏诊和误诊,治疗方法多样,且预后转归迥异,需重视多学科团队(MDT)的作用,以实现最大化整合诊治效果。PCNSL患者一经确诊应尽早接受治疗,手术切除PCNSL病灶会延误化疗

用HD-MTX方案且未放疗患者和既往接受大剂量放疗患者3类,分别给与不同治疗。

既往接受过WBRT的患者 共识推荐以全身化疗为主续贯自体移植治疗,全身化疗建议加入新药治疗以提高疗效。

既往接受过HD-

MTX治疗但未接受放疗的患者 共识推荐根据既往治疗后的缓解时长进行分类(≥ 12 个月/ <12 个月)。若患者既往的缓解时间 ≥ 12 个月,提示化疗相对敏感,优选仍以化疗为主续贯自体移植。若患者既往缓解时间 <12 个月,优选全颅脑放疗。

既往接受过自体移植的患者 共识推荐根据自体移植后缓解持续时长分类(≥ 12 个月/ <12 个月)。若患者既往的缓解时间 ≥ 12 个月,优选再次全身化疗后续贯自体移植。若患者对治疗无反应或缓解时间 <12 个月,优选全颅脑放疗。

重视化疗为首的联合治疗

时机并且引起手术相关并发症,而全脑放疗(WBRT)后患者缓解持续时间较短。因此,基于大剂量甲氨蝶呤(HD-MTX)联合治疗是一线治疗。

此外,还需结合多种因素评估,并将患者分为

fit和unfit患者两部分人群给与不同治疗。

可耐受全身化疗的fit患者 治疗主要分为诱导,巩固和维持治疗3个阶段,在治疗过程中应动态评估诱导、巩固和维持策略的适合度,应始终与患者讨

论治疗的潜在获益和风险。

无法耐受全身化疗的unfit患者 应动态评估治疗策略适合度,始终与患者讨论治疗潜在获益和风险。

初治unfit患者 可采用WBRT、参加临床研究或姑息治疗。