

(上接第22版)

胡夕春 分子分型是制定辅助治疗方案的重要依据

复旦大学附属肿瘤医院胡夕春教授介绍，对于乳腺癌辅助治疗，既往关注复发风险，目前更多关注分子分型。从新辅助治疗到其结果均提示，分子分型是制定辅助治疗方案的重要依据。Luminal A型乳腺癌更强调内分泌治疗；HER2⁺乳腺癌化疗应联合蒽环类和紫杉类药物；三阴性乳腺癌应用蒽环和紫杉类药物还不够。药物基因组学特征也响药物疗效，如CYP3A的PM型患者疗效好。

早期乳腺癌个体化辅助化疗策略：

ER⁺/HER2⁻ ER⁺ 早期患者，无论淋巴结状态如何，在他莫昔芬(TAM)基础上联合化疗可显著降低复发率；HER2⁻ 早

期患者接受辅助化疗后结果更佳，无复发生存(RFS)与总生存(OS)均显著长于HER2⁺患者；多项研究显示，ER⁺/HER2⁻早期乳腺癌蒽环类辅助化疗增加紫杉类不提高疗效。

HER2⁺ 蒽环类辅助化疗较CMF显著延长RFS，降低复发风险；无论患者ER状态如何，蒽环基础上增加紫杉类辅助化疗可改善治疗结果，延长无病生存期；此外，需评估不同化疗方案联合曲妥珠单抗间疗效的差异。

TNBC 蒽环基础上增加紫杉类可延长无病生存期；FINXX研究显示，蒽环类/紫杉类基础上增加卡培他滨可进一步获益。

◆ 预防和术前治疗

孙强 乳腺癌高危人群的预防方式因人而异

北京协和医院孙强教授介绍，乳腺癌预防包括：一级预防即病因预防(生活方式改变、药物预防、手术预防)，二级预防即早期发现、早诊断、早治疗。

化学预防相关研究显示，TAM和雷洛昔芬显著降低乳腺癌发生风险，而阿那曲唑和依美

西坦疗效更强且不良反应总体更低。目前认为，后两者是绝经后乳腺癌高危女性的合理选择。

数据显示，行乳腺癌筛查的国家死亡率逐年下降。筛查方法包括乳腺查体、钼靶、彩色超声和MRI。对致密型乳腺，研究支持彩色超声联合钼靶筛查。

刘强 分子分型时代 乳腺癌新辅助治疗需个体化

中山大学孙逸仙纪念医院刘强教授介绍，乳腺癌新辅助治疗的优点：更早的全身治疗；可使肿瘤降期；提供体内药物敏感性指导用药；提供长期预后评估指标；具有良好和高限度杀伤肿瘤细胞的作用；使手术时肿瘤细胞活力降低，不易播散入血，减少术中转移；可能加速新药研发。

缺点是活检组织或不能反映肿瘤异质性；无完整的病理组织分级；无腋窝分级；可能导致多中心残留病灶；<5%的患者可能在治疗中疾

病进展。

乳腺癌新辅助治疗临床目的是减小手术范围和创伤；在高危乳腺癌亚型中提前获知预后信息，预后不良患者可进一步治疗，提高无病生存和OS。

科研目的要以肿瘤对药物反应为依据，更个体化、有效；寻找和验证能预测药物疗效的生物标志物；不影响患者疗效情况下，测试新药疗效并挑选有优先价值的辅助治疗临床试验；了解药物作用方式和最佳治疗模式。

◆ 乳腺癌个体化放疗

于金明 放疗是简化治疗技术同时达到最好疗效的方法

山东省肿瘤医院于金明院士介绍，乳腺癌放疗的核心是使复杂的技术简单化。在规范治疗前提下，以治愈肿瘤、保证患者生活质量为目的。

早期乳腺癌约占乳腺癌总数的50%，早期患者接受保乳术是发展趋势，而术后放疗可降低癌症复发率。

一项最新长期研究显示，患者接受保乳术联合放疗后10年OS获益最大。乳房切除术患者临床与病理及生物学特性较差。

术后放疗会降低局部复发，但也有研究指出，95%的患者可能存在过度治疗。于院士呼吁，规范治疗时应综合考虑不适合全乳放疗患者的条件：年龄>65岁，小或单病灶，>2cm无病理切缘、pN0、I期、ER⁺、无淋巴结血管侵袭及非小叶侵袭。

新辅助治疗近几年广泛应用，于院士指出，新

辅助治疗后放疗的条件尚存争议。高危患者(大肿块、HER2⁺、TNBC)行放疗可改善远处转移及生存；达到病理完全缓解的患者被治愈可能性更大。局部复发特征较少或更像cLN阴性者应留待观察，放疗给患者带来的改善可能还不及伤害。

乳腺癌放疗也是个体化治疗策略中的一部分。于院士强调，将患者、医生、病情三方面因素结合起来，才可产生个体化方案。其需要多学科协作，深入到生物特性、细胞分子水平的精确研究。还需要临床医生早期发现、早期诊断相配合。

放疗也是医学和艺术的完美结合，不能量化。在新理论指导下制定个体治疗策略就不能再一味依照指南和规范，而应在其基础上有战略地制定个体方案、创新突破。

高纪东 术中放疗成治疗新选择

除了术后放疗，术中放疗也已成为乳腺癌治疗的另一选择。早期乳腺癌保乳术中放疗(IORT)是指在术中直视条件下，利用高能电子射线对肿瘤原发灶或瘤床行一次性大剂量照射。

中国医学科学院肿瘤医院高纪东教授介绍，IORT在术中直视下进行，其具备瘤床区精确，放射野

内皮肤、乳腺、肺等正常组织接受照射量减少，美容效果好，与手术同时进行、疗程缩短，操作方便等优点。

但同时也存在患者选择标准的争议，实施IORT前患者病理尚未明确、计划靶体积界定模糊、无法客观评价远期疗效、不确定是否适用于高危患者等问题也是IORT在未来需要解决的。



◆ 局部晚期乳腺癌治疗

金锋 全身治疗做基础 个体情况再判断

晚期转移性乳腺癌是不可治愈的疾病，医生的治疗目标就是减少肿瘤相关症状，维持系统治疗。一般在全身治疗有效的前提下，可考虑局部治疗；而特殊情况，应优先考虑应激性局部治疗。高度选择患者，包括ER⁺、孕激素受体阳性(PR⁺)、HER2⁺及单转移灶，可能从手术中获益。此外，“多学科协作十分重要，个体化治疗是治疗重要原则。”中国医科大学附属第一医院乳腺外科金锋教授提出。

晚期初治乳腺癌的治疗是全球难题，大部分患者可治疗，但仅有2%~5%的患者可治愈。

目前临床根据TNM分期判断乳腺癌患者原发灶和淋巴结情况，进而指导系统治疗。但值得关注的是处于早期和M₁之间的局部晚期患者。

金教授介绍，局部晚期乳腺癌主要是指原发灶直径>5cm(T₃)或有皮肤和胸壁粘连固定(T₄)和(或)区域的腋淋巴结互相融合(N₂)或同侧锁骨上淋巴结转移(N₃)乳

腺癌。可将其分为可手术和不可手术两类，但无论是哪类患者，医生都应关注患者很可能存在的亚临床转移，可能尚未发现。

5%~10%的乳腺癌患者初次就诊时即诊断为IV期乳腺癌，其5年生存率约为20%。

目前，针对晚期乳腺癌局部治疗对患者预后的影响尚存较大争议。

既往研究提出，降低肿瘤负荷能提高患者生存率的理论已在卵巢癌、肾癌、结直肠癌中得到实践，但乳腺癌原发灶切除却并不一定使患者受益。

那么国际指南如何推荐？无论是欧洲还是美国指南，均存在诸多问题，未能对晚期患者局部治疗给出明确原则指导。

最新美国国立综合癌症网络指南仅表示，全身治疗有效时，可选择局部治疗。德国指南允许原发肿瘤切除及腋窝淋巴结清扫，但获益情况并未提及。“第一届晚期乳腺癌国际共识指南”则指出，并不知晓切除IV期乳腺癌患者原发性肿瘤的真实价值。

但近几年的研究还是得出一些治疗结论。欧洲一项大规模研究发现，局部治疗对于晚期患者意义并不大。对于某些小病灶患者，去除原发灶能带来生存获益。在原发灶手术式选择上，保乳术与全乳房切除术并无统计学差异。是否接受腋窝淋巴结清扫术对晚期患者生存的影响也并无统计学意义。

金教授提醒，外科医生应注意手术切除可能给患者带来伤害或使病情恶化，应谨慎。转移性乳腺癌患者应在全身治疗有效情况下再配合其他积极的局部治疗，如放疗或手术。

