

近日,第一届中国胰腺肿瘤大会暨第六届胰腺癌上海论坛(SHPCS)——2016年中国临床肿瘤学会(CSCO)胰腺癌专业委员会学术年会在上海召开。大会就胰腺癌从宏观的精准医疗到微观的肿瘤个体化用药,从临床的多学科诊治要点及难点,再到科研的肿瘤代谢及耐药,全面深入地介绍胰腺肿瘤领域内最前沿的技术、方法和理念。



王理伟 教授



顾健人 院士



丁健 院士



李琦 教授

第一届中国胰腺肿瘤大会暨第六届胰腺癌论坛在沪召开 探寻精准之路 共击“癌中之王”

▲ 上海交通大学医学院附属仁济医院肿瘤科 韩婷

“大会主席寄语”

大会执行主席、上海交通大学医学院附属仁济医院、CSCO胰腺癌专委会主任委员王理伟教授在致辞中指出,大会以“基于诊疗共识,探寻精准之路”为

目标,围绕“创新与转化,整合与协同”的主题,加强多学科合作,推进胰腺癌规范化诊治。大会秉持“更规范、更完善、更人文”的理念,呼吁全球一起关注癌中

之王——胰腺癌,继续深入开展胰腺癌相关临床研究,提高胰腺癌领域的支持服务能力,最大程度的给予标准化的临床诊治,将转化医学尽快应用到临床诊疗工作。

王理伟:精准医学模式应循序渐进

王教授指出,2015年我国胰腺癌的死亡率在所有恶性肿瘤中占第6位,且呈上升趋势,预计2030年将升至第二位。胰腺癌目前的

临床诊治面临“三低”困境:即早期诊断率低、药物有效率低、5年生存率低。

在此情况下,精准医学可帮助临床在胰腺癌的研究和诊治方面获得进展。

王教授指出,要将精准医学与胰腺癌结合,真正发挥作用,必须正确理解精准医学的内涵并循序渐进。

顾健人:胰腺癌与精准医学的结合尚待探索

上海市肿瘤研究所名誉所长顾健人院士指出,胰腺癌与精准医学的结合刚刚起步。目前,已发现部分与胰腺癌相关的基因突变,如K-RAS、TP53等。胰腺癌的基因组学分子分型也取得初步进展,根据染色体结构变异可分为稳

定型、分散型、不稳定型、局部重排型;根据表达的基因分为鳞状型、胰腺祖细胞型、免疫型、内外分泌分化异常型。

顾院士指出,对于胰腺癌疾病的演化的了解,也取得了一定的进展。

精准医学在现阶段仍

是一个前瞻性的目标,胰腺癌如何与精准医疗结合使患者获益,目前尚需摸索。

顾院士强调,临床对于精准医学应以严谨、认真、审慎的态度摸索,千万不可盲目把精准医学作为一个“潮流概念”去盲目追求。

丁健:胰腺癌与精准医学的结合尚待探索

中科院上海药物研究所丁健院士介绍,目前肿瘤分子靶向治疗在临床取得了巨大成就,但与此同时,肿瘤靶向药物也面临着重重困境:临床响应率有限;获得性耐药药容易发生;原发性耐药药广泛存在。究其原因,这与肿瘤的高度异质性及压力选择性介导的生物系统的重编程相关。

丁院士提出,针对肿瘤细胞及肿瘤微环境,可基于疾病分子分型的普惠新药研发的个性化药物和耐药机制与联合用药。希望通过这些工

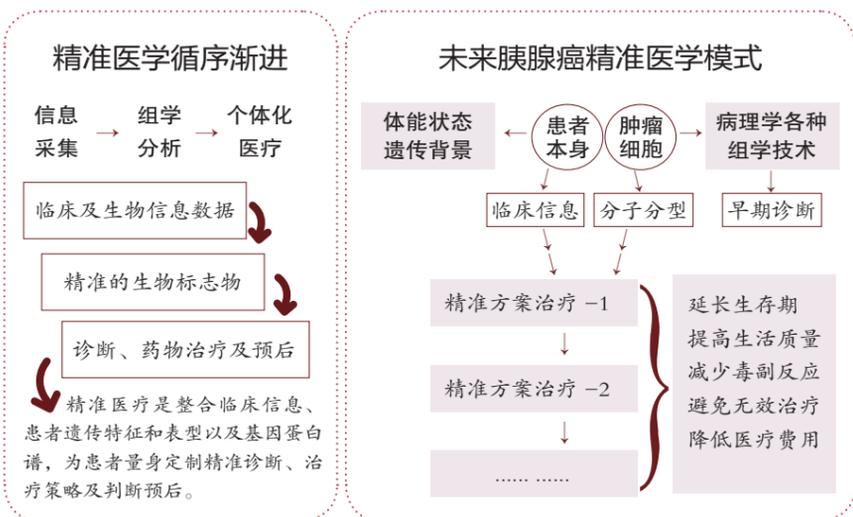
作,能解决以下核心科学问题:

- ★ 与治疗相关的复杂性疾病分子分型;
- ★ 患者个性化差异与药物耐药机理;
- ★ 药物分层特征与个性化用药模式;
- ★ 针对新靶标的新分子发现和确认。

丁院士介绍,中科院药物研究所药物耐药研究中采用的“2个实时监控”,即敏感预测

标志物用来精准筛选患者,疗效监控标志物精准跟踪疗效。这样可及时有效评判治疗效果,尽早排除原发性耐药,避免无效治疗,同时实时监控获得性耐药的产生,指导耐药克服策略。

丁院士发现,药物所c-Met抑制剂疗效监控标志物研究中,c-Myc而非Met磷酸化指征原发性耐药和活的性耐药。因此,在Met扩增患者中,通过c-Myc一个分子即可以实现对药物治疗的全程监控,为个性化药物的临床试验提供了新的模式。



李琦:胰腺癌综合诊治中国专家共识解读

上海交通大学医学院附属第一人民医院李琦教授详细介绍了胰腺癌综合诊治中国专家共识(2016版),共识由多学科专家共同参与,从PS评分、疼痛控制、营养状态、胆道通畅四个方面全面评估,借鉴国内外已有指南,形成了以我国国情为基础的共识。

★ 共识强调根据病情和影像检查各手段的特点,

选择适当的技术

依据“完整(显示整个胰腺)、精细(层厚2-3mm的薄层扫描)、动态(动态增强、定期随访)、立体(多轴面重建,全面了解毗邻关系)”的基本原则。诊断金标准仍是病理学检查,方法包括手术、脱落细胞学检查和穿刺活检术。

★ 更新了胰腺癌 TNM 分期及胰腺癌诊疗原则

外科治疗:手术目的为R₀切除;术前充分评估可切除性,包括肿瘤是否有远处转移。

内科治疗:进行多学科讨论评估,包括患者体能状况、肿瘤分期及分子标记物检查结果,制定内科治疗计划。

放射治疗:同步放疗是局部晚期胰腺癌主要治疗手段之一,以吉西他

滨或氟尿嘧啶类药物为基础的同步放疗可以提高局部晚期胰腺癌的中位生存期、缓解疼痛症状从而提高临床获益率,成为局部晚期胰腺癌的标准治疗手段;调强放疗和立体定向体部放疗,且局控率和生存率获得改善和提高;细化环节、精准放疗。

其他治疗:微创治疗;姑息治疗与营养支持;中

医药治疗。

★ 将新的临床试验写入共识

JASPAC 01 临床试验:胰腺癌术后采用S-1辅助化疗OS、RFS 优于GEM 辅助化疗;S-1 辅助治疗耐受性好;S-1 可能获得更好的QOL;S-1 成为胰腺癌术后辅助化疗新的标准治疗;

ESPA-4 临床试验:GEM+CAP 组 OS 显著长于

GEM 单药组,28.0 个月与25.5 个月;GEM+CAP 组5 年生存率显著长于GEM 单药组,28.8% 与16.3%,GEM+CAP 将成为胰腺癌术后辅助的新标准方案;

NAPOLI-1 临床试验:胰腺癌治疗二线选择;2015 FDA 同意纳米脂质体伊立替康+5-FU/LV 二线治疗含吉西他滨方案治疗后进展的转移性胰腺癌。