

(上接第20版)



殷咏梅 教授

CSCO 乳腺癌指南晚期解救治疗要点解读 紧随前沿又切合国情

▲ 江苏省人民医院肿瘤科 殷咏梅

CSCO 乳腺癌指南提供了晚期乳腺癌检查评估、解救治疗的策略与注解，并对相关支撑性临床研究进行了总结与梳理。

结合患者症状 + 影像学检查制定治疗方案

晚期乳腺癌解救治疗部分先对检查和评估进行了规范。在获得患者“既往史、体格检查、脏器功能”等基本信息后，需对重要脏器行影像学筛查以完成全面基线评估，包括胸部 CT、腹盆腔超声、骨 ECT，并对可疑转移部位进一步行 CT/MRI 检查。

避免了基线评估时遗漏重要脏器的筛查和过度检查。指南尤其强调了原发灶或转移灶病理诊断的重要性，准确的病理诊断和分子分型对病情预估、预后判断及方案选择至关重要。临床工作中需不吝于对转移灶进行重新活检与病理评估。

肿瘤指标是评价治疗反应的辅助参考，可协助疗效判断。但单纯的肿瘤指标升高不能作为更改治疗方案的依据。肿瘤指标持续大幅度升高往往提示病情进展，临床医生应提高警惕，结合症状和影像学检查综合判断，制定治疗方案。

据疗效和毒性及时调整治疗

对于激素受体阴性，或有症状的内脏转移，或内分泌治疗耐药的晚期乳腺癌患者，解救治疗首选化疗。化疗方案可为单药化疗，也可为联合化疗，应根据患者病情进展速度、预期治疗目标、治疗耐受性等因素综合考虑判断。

杉类新辅助 / 辅助治疗均失败的患者，目前并无标准化疗，可考虑卡培他滨、长春瑞滨、吉西他滨和铂类药物。

同时，指南强调了合适的化疗剂量和治疗周期的重要性。指南中推荐的药物剂量基于既往临床研究数据，有效性和安全性均得到证实，临床治疗中不应随意降低剂量；反之，因临床中患者的年龄、一般状况、既往用药与

纳入临床研究的受试者不同，也不能盲目照搬指南，应根据疗效和毒性及时合理地调整治疗，以确保安全有效。

晚期治疗方案亦无明确的治疗周期数，应权衡疗效、药物不良反应和患者生活质量等因素进行个体化调整。对于联合方案治疗有效、但毒副作用不能耐受的患者，可以考虑以单药维持治疗，以尽量延长疾病控制时间。

HER2 阳性晚期患者有据可依

对于 HER2 阳性复发转移乳腺癌患者，指南建议医生应充分告知患者及时接受抗 HER2 靶向治疗的获益及必要性。既往未接受过曲妥珠单抗辅助治疗，或完成曲妥珠单抗辅助治疗 12 个月复发的患者，遵循晚期一线抗 HER2 治疗，首选曲妥珠单抗为基础的治疗。

对于曲妥珠单抗辅助治疗期

间复发，或完成曲妥珠单抗辅助治疗 12 个月内复发的患者，应遵循晚期二线抗 HER2 治疗原则：方案包括拉帕替尼联合卡培他滨；或继续使用曲妥珠单抗，更换其他化疗药物；或拉帕替尼单药联合曲妥珠单抗治疗。

鉴于帕妥珠单抗、T-DM1 药物分别在 HER2 阳性晚期乳腺癌一线、二线治疗中的标准地位，

指南鼓励患者进入帕妥珠单抗或 T-DM1 点临床研究，以获得更好的治疗。

此外，指南特别指出，HER2 阳性晚期乳腺癌患者在治疗过程中，单纯颅内病灶进展不能判断全身治疗失败，不必急于更改治疗方案，经有效的局部治疗后，可考虑继续使用原靶向治疗方案。

内分泌治疗建议明确

对于激素受体阳性、肿瘤缓慢进展、无内脏危象的晚期乳腺癌患者，指南建议解救治疗首选内分泌治疗。晚期一线内分泌治疗的选择，需考虑患者的辅助治疗方案、无病间期、复发 / 转移的疾病负荷选择治疗方案。对于绝经后激素受体阳性晚期未经内分泌治疗，或他莫昔芬 (TAM) 辅助内分泌治疗失败的患者，一线内分泌治疗基本策略是氟维司群注射液，可选芳香化酶抑制剂 (AI)。

对于绝经后激素受体阳性 AI 治疗失败的患者，一线内分泌治疗基本策略选择氟维司群。

还可考虑靶向药物与内分泌药物联合，如依维莫司、CDK4/6 抑制剂联合甾体类 AI 或氟维司群，或孕激素、托瑞米芬、TAM 等。

对于绝经前激素受体阳性晚期乳腺癌患者，可采取卵巢功能抑制治疗，随后遵循绝经后患者内分泌治疗指南。晚期二线内分泌治疗应结合既往内分泌用药及治疗反应情况，尽量不重复使用辅助治疗或复发 / 转移内分泌治疗使用过的药物。内分泌治疗获益的患者，需继续治疗直至疾病进展，注意评估药物的不良反应。

手术治疗新进展

▲ 复旦大学附属肿瘤医院 吴昊



吴昊 教授

丹麦回顾性研究显示，2000-2009 年 11 900 例单侧浸润性乳腺癌患者，无

论切缘多窄小，阴性切缘患者之间的同侧乳房肿瘤复发 (IBTR) 无显著差异。阴性切缘的宽度没有转化为总生存期的不同。ASCO 指南、Meta 分析对保乳手术切缘的评估显示，更宽的切缘不能改善局部复发率及总生存 (OS)。切缘阳性者 IBTR 的风险增加 2 倍，接受内分泌治疗、良好的生物学、放疗加量不能降低此风险，更大切缘相对于 no ink on tumor 不能降低 IBTR。

区域淋巴结处理原则

针对早期乳腺癌患者前哨淋巴结活检 (SLNB) 的应用指南提出特殊临床实践情况，SLNB 不适用于以下情况。

- ★ 肿瘤巨大或局部晚期浸润性乳腺癌 (T3 或 T4 期)；
 - ★ 炎性乳腺癌；
 - ★ 拟接受 BCS 的 DCIS；
 - ★ 妊娠期乳腺癌。
- 前哨淋巴结 (SLN) 转移的独立预测因子包括肿瘤大小、肿瘤位置、肿瘤类型和淋巴血管侵犯。

NSABP B-32 研究对 3986 例患者进行中位随访 8 年，结果表明，SLN (-) 患者 SLNB 与 SLNB+ALND 的 OS、无疾病生存期 (DFS) 及局部区域控制无统计学差异；

NSABP B-18 研究中指出，新辅助化疗腋窝淋巴结转移情况可以有明显降。MDACC 提出新辅助化疗前 / 后 SLNB，对 3746 位患者进行中位随访 47 个月，得出结论两组局部 / 区域复发率没有差异。

乳房外观的修复重建不可或缺

- ★ 肿瘤整形技术修复乳房缺损，恢复双侧乳房的对称性，有利于患者重建自信，提高生活质量；
- ★ 重建时机：即刻重建、延期重建、延期 - 即刻重建；
- ★ 重建技术：OBCS、全乳切除后的乳房重建、游离脂肪移植；

- ★ PMRT 增加即刻重建术后的并发症，影响重建乳房的美容效果，其中植入物重建的影响更为显著；
- ★ 需要肿瘤外科、整形外科、肿瘤放疗多学科参与的个性化决策，并且系统评价治疗后的并发症和美容效果。



会议现场