

叶定伟研究 登《亚洲男科学》封面

▲ 复旦大学附属肿瘤医院泌尿外科 宿恒川



叶定伟 教授

5月5日, 复旦大学附属肿瘤医院叶定伟教授团队于亚洲男科学学会官方杂志《亚洲男科学》以封面文章发表了一项研究, 旨在探究 PSMA-SPECT/CT 在前列腺癌患者中的诊疗价值。该文作为双月刊《亚洲男科学》以封面文章发表, 德国慕尼黑大学前列腺癌专家 TobiasMaurer 特地撰写述评, 对本研究给予高度评价。该研究表明, 对于前列腺癌患者而言, PSMA-SPECT/CT 较常规影像学检查可以发现更多的病灶, 取得更好的检测效率, 且有助于指导治疗方案。

研究简介

研究纳入 2015-2017 年复旦大学附属肿瘤医院的 50 例前列腺癌患者的临床资料进行回顾性分析, 这些患者全部接受过前列腺特异性膜抗原 (PSMA) - 单光子发射计算机断层摄影术联合 CT 扫描图像融合技术 (SPECT/CT) 的检查。患者在接受前列腺癌根治性治疗后出现不同程度的生化复发, 前列腺特异性抗原 (PSA)

>0.2 ng/ml, 病理为前列腺腺泡腺癌。1 月内均予以 MRI, 骨扫描以及 PSMA-SPECT/CT 检查。在 50 例患者中, PSMA-SPECT/CT 在 39 例患者中发现前列腺癌转移灶, 检测效率为 78%, 而骨扫描与 MRI 检测效率分别为 34% 与 40%。对于骨以及淋巴结转移灶的鉴别能力上, PSMA-SPECT/CT 检测

效率为 (50%, 42%), 而骨扫描为 (34%, 0%), MRI 为 (24%, 20%)。在不同血清 PSA 水平 (<1 ng/ml, 1~4 ng/ml, 4~10 ng/ml, 以及 >10 ng/ml), PSMA-SPECT/CT 均较 MRI 以及骨扫描有更高的检测效率。根据 PSMA-SPECT/CT 检查结果, 31 例患者临床决策得以改变, 这些患者短期内 PSA 水平均出现不同程度下降。

研究者说

PSMA 作为免疫靶点指导“精准打击”

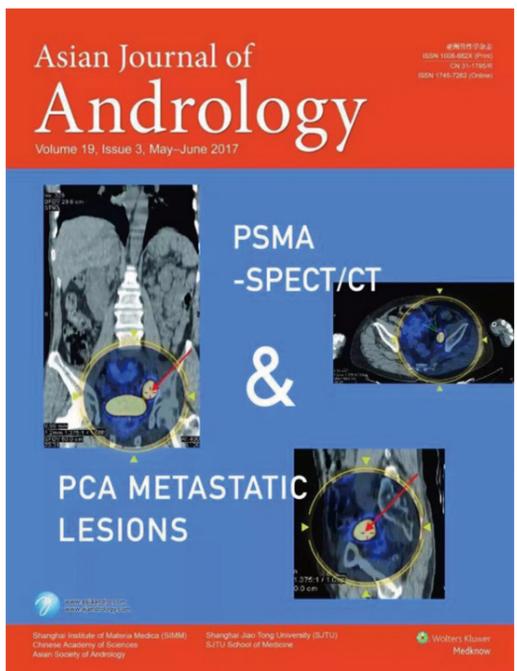
近年, 前列腺癌发病率显著上升, 已成为男性发病率增速最快恶性肿瘤之一。前列腺癌转移灶的及时检出, 对临床前列腺癌诊疗具有极为重要指导意义。现有前列腺癌辅助分期的影像检测手段如骨扫描、CT 以及 MRI 在检测前列腺癌转移灶、指导手术及放射治疗中价值有限, 亟待更好的影像学检测技术来定位转移灶。PSMA 在大多数前列腺癌细胞表面过度表达, 且在低分化、转移性和雄

激素非依赖型前列腺癌细胞中的表达进一步增加。由于与 PSMA 结合的配体类物质更能有效地被转运到细胞内, 导致放射性示踪剂在肿瘤细胞内的滞留, 从而显像质量更佳。因此, PSMA 可在影像学手段上予以标记, 并指导肿瘤位置, 从而作为免疫治疗的靶点。复旦大学附属肿瘤医院自 2015 年 10 月开始应用 ^{99m}Tc 标记的 PSMA-SPECT/CT 用于前列腺癌转移灶检测以来, 已为 300 多例前列腺癌患者进行了该检查。

恶性肿瘤患者, 有助鉴别转移灶是否前列腺来源; ★ 术前帮助外科医生准确判定前列腺癌淋巴结转移范围, 提高淋巴结切除率, 减少不必要的副损伤, 进而提高肿瘤患者预后。研究通过收集并分析最近 3 年复旦大学附属肿瘤医院收治的前列腺癌根治术后生化复发的患者临床资料得出结论。PSMA-SPECT/CT 较目前影像学检查相比, 能够更好地发现并定位前列腺癌转移灶, 从而精准引导对目标靶病灶治疗, 进而使患者生存获益。

该研究的临床意义主要包括三个方面。★ 通过同传统影像学检查比较发现, PSMA-SPECT/CT 诊断敏感性、特异性明显提高, 尤其对于体积较小, PSA 水平较低的前列腺癌转移灶, 诊断价值更大; ★ 对于多脏器原发

此外, PSMA-SPECT/CT 检测发现了一部分高危和复发的前列腺癌患者出现“步进式”转移的独特模式, 通过个体化多学科诊治平台使医生可以更好地对肿瘤进行“精准打击”。



癌症疼痛诊疗上海专家共识出炉

近日, 《癌症疼痛诊疗规范上海专家共识 (2017 年版)》出炉。共识由复旦大学附属肿瘤医院胡夕春教授、中国抗癌协会癌症康复与姑息治疗专业委员会、主任委员王杰军教授等领衔, 为进一步规范上海市癌症疼痛诊疗行为和全程管理, 综合多项参考标准与临床经验制定。

1 癌痛定义的扩展延伸和癌痛管理的目标

2016 年 10 月, 疼痛新定义将其内涵对组织损伤和心理层面的关注, 扩展到了患者认知和社会功能的层面, 故癌痛的管理, 需涉及生理、心

理和社会各个层面。NCCN 指南首次明确强调, 疼痛管理应达到“4A”目标。即优化镇痛、优化日常生活、使药物不良反应最小化、避免不恰当给药。

2 癌痛评估原则的细化

常规评估原则: 医师应主动询问癌症患者有无疼痛, 并常规评估疼痛病情, 相应的病历记录应当全面评估。动态评估原则: 在患者在入院后 8 h 内完成。量化评估原则: 使用疼痛程度评估量表等量化标准来评估患者疼痛主观感受程度, 需要患者密切配合。全面评估原则: 癌痛

全面评估是指对癌症患者疼痛病情及相关病情进行全面评估。动态评估原则: 在患者发生癌痛一直到癌痛痊愈或患者死亡的整个过程中, 要全程管理, 应为每例癌痛患者制定个体化的用药方案和癌痛评估计划, 且根据需要及时调整。

3 癌痛的及早治疗原则

癌痛患者在排除禁忌证后, 应及早开始接受镇痛治

疗。以期最大限度地提高患者生活质量, 延长生存时间。

4 药物治疗新进展

癌痛药物根据镇痛强度分为 3 大类, 3 阶梯分类法是癌痛药物治疗的基础。常用的癌痛治疗的药物分为非阿片类药物、阿片类药

物及辅助镇痛药物。两种非甾体药物联合应用, 不仅不增加疗效, 反而可能带来不良反应, 故不主张联合使用。

5 加强门诊癌痛患者的管理

像对住院的癌痛患者一样, 门诊也应建立病历随访本, 进行定期随访。在门诊癌痛管理中, 强阿片药物的使用是关键。考

虑到门诊癌痛患者用药依从性, 结合住院癌痛患者药物使用的经验, 建议门诊癌痛患者将非创伤的缓释、控释制剂药物作为首选。

6 癌痛的多学科治疗

良好的疼痛控制需要多学科团队合作, 尤其是急性疼痛。如存在肿瘤科急症相关的疼痛, 如病理性骨折、脑转移、感染及肠梗阻等急症所致的疼

痛, 应首先邀请相关学科进行多学科讨论, 既要治疗引起疼痛的相关疾病又要处理并发症, 为每例癌痛患者制定个体化的镇痛方案。