



2017年,将迎来中国临床肿瘤学会(CSCO)20周年生日,站在新的历史起点,秉承“传承创新,携手同行”的理念,《医师报》特策划CSCO 20周年系列报道,探讨“CSCO现象与精神”。

向科学致敬,为医学献礼!



徐瑞华 教授



王风华 副教授

CSCO 胃癌诊疗指南解读

符合国情 贴近中国诊疗特点 兼顾差距

▲ 中山大学肿瘤附属医院 徐瑞华 王风华

我国是全球范围内的胃癌高发国家。由于胃癌具有东西方人群的异质性,在发病原因、流行病学特征、分子生物学行为、临床表现、诊断分期、治疗策略和预后等方面有很大不同,国外胃癌指南并不能真正反映中国胃癌的诊疗特点。另一方面,我国幅员辽阔,不同地区经济、医疗技术、政策等方面存在很大差异。

在这种情况下,我国需要一部切实符合中国国情、贴近中国胃癌诊疗特点,兼顾我国东西部之间医疗发展水平

的差距,同时又能涵盖国内外胃癌诊疗进展和指明胃癌未来研发方向的指南。因此,CSCO邀请十多位国内胃癌各大亚专业包括外科、内科、放疗、影像、内镜、病理等权威专家参与《CSCO胃癌诊疗指南》编写,从闭门会议组织编写、审稿、定稿到首次发布历时整整一年。

指南内容分诊断、综合治疗、随访及附件四大部分,其中诊断部分明确提供了胃癌诊断的基本原则,从影像诊断、内镜诊断、病理诊断、分子分型四个方面

进行了建议。对于不同分期、接受不同治疗的患者随访,指南也从随访时间和内容提供了详细的建议。

附件内容方面涵盖了胃癌临床分期(第7版和第8版TNM分期)、胃癌CT分期征象及报告参考、胃癌超声内镜分期、胃癌病理诊断(包括病理分型、大体分型、组织学分类、淋巴结分组)、胃癌新辅助治疗效果评估、胃癌HER2检测流程与评价标准、常用全身治疗方案等临床工作中经常需要查阅的内容,为临床工作提

供方便。

胃癌综合治疗部分是指南的主体,基于不同临床分期、不同病理类型、不同分子分型等分层论述提供了全面的治疗策略,内容分为非转移性胃癌治疗和复发转移性胃癌治疗两部分,非转移性胃癌治疗从早期胃癌,可手术切除局部进展期胃癌和不可手术切除局部进展期胃癌三个方面阐述,复发转移性胃癌的治疗从晚期转移性胃癌的药物治疗选择和复发或单一远处转移胃癌的综合治疗两个方面阐述。

可手术切除胃癌

以D2手术为主的综合治疗

对于可手术切除胃癌地治疗,目前治疗标准是D2手术切除联合术后辅助化疗。

基于亚洲已有的2项大型III期临床研究ACTS-GC和CLASSIC研究结果,辅助化疗适应证为R0切除且术前未接受术前治疗T2以上和/或N+患者,化疗方案推荐卡培他滨联合奥沙利铂或顺铂(1类证据),或S-1单药(1类证据)。

鉴于新辅助治疗优势如降期、消除潜在微小转移灶、剔除部分生物学行为差的胃癌和判断肿瘤对化疗药物的敏感程度作为术后化疗方案选择的依据等,术后患者化疗耐受性存在挑战,新辅助治疗模式在进展期胃癌的治疗中得到越

来越多的认可,尤其认为对于分期较晚(临床分期III期或以上)的可切除胃癌,新辅助治疗认为可作为治疗推荐之一(2A证据)。

国内已有多项II期临床研究证据显示,新辅助治疗具有良好的疗效和安全性。III期研究在开展中,但目前新辅助推广应用尚缺乏充分的循证医学证据,存在许多未知和挑战。如新辅助治疗的精准分期、疗效评价终点的确定、适应证人群选择、化疗方案及时长推荐、化疗基础上联合靶向药物或者放疗的意义、UICC第8版胃癌分期的逐步融入的影响等尚无答案。

指南强调充分发挥MDT及临床研究的作用。

不可手术切除胃癌的综合治疗

| 分期 | 分层 | 基本策略 | 可选策略 |
|------|--------|--|---|
| 不可切除 | PS=0~1 | 同步放化疗(1类证据)多学科团队讨论评价同步放化疗后的手术可能性,如能做到完全性切除,可考虑手术治疗 | 化疗+放疗或同步放疗;多学科团队讨论评价同步放化疗后的手术可能性,如能做到完全性切除,可考虑手术治疗 |
| | PS=2 | 化疗±放疗 | 最佳支持治疗/对症处理;可通过短路手术、内镜下治疗、内置支架、姑息放疗等方法缓解出血、梗阻或疼痛等临床症状 |

晚期转移性胃癌

抗肿瘤药物治疗为主的综合治疗

对于复发转移的胃癌患者,公认采取全身药物治疗为主的综合治疗。

抗肿瘤药物选择强调根据治疗线数、患者PS状态、her2表达状态分层选择。化疗和抗Her2一线治疗已经有比较充分的循证医学证据以及丰富的临床实践经验,基于中国临床研究结果和当前临床实践现状,基本策略优先推荐铂类和氟尿嘧啶类药物(5-FU/卡培他滨/替吉奥)的二药联合,对于Her-2阳性患者推荐铂类和氟尿嘧啶类药物联

合曲妥珠单抗治疗。

抗血管生成治疗在晚期胃癌治疗地位明确,雷莫芦单抗单药以及联合紫杉类药物被FDA批准用于晚期胃癌的二线治疗。甲磺酸阿帕替尼是我国研发的口服小分子抗血管生成抑制剂新药,指南将其列入胃癌三线治疗的基本治疗策略,阿帕替尼是胃癌三线治疗的唯一推荐药物,也成为与国外指南不同之处。

相对欧美国家而言,中国在胃癌抗血管生成二线治疗方面的临床数据较

少,未来希望能有我国自主研发的药物能够进行二线治疗的探索。目前,阿帕替尼联合化疗用于胃癌二线治疗的临床研究在开展中。

胃癌是异质性很强的肿瘤,其异质性体现在种族、流行区域等方面。中国作为胃癌大国,晚期病例占多数,需要我国数据和证据指引治疗。因此鼓励我国晚期胃癌患者积极参加临床研究。许多情形将参加临床研究作为基本策略便是对积极推动临床研究开展最好的诠释。

比如耐受性存在挑战的PS=2患者的二线化疗、目前仅涉及小样本研究和化疗获益不明确的三线化疗。

在注释里还特别提到目前国内外存在治疗困境或价值争议的热点问题,比如一线治疗取得疾病控制后的维持治疗、胃癌腹膜转移患者的综合治疗、针对HER2阳性患者的跨线抗HER2治疗、国外已有II~III期临床研究数据的免疫靶向治疗等,积极鼓励在临床研究中找到答案。

单一远处转移胃癌

全程管理和多学科综合治疗不可或缺

晚期胃癌治疗过程需要强调全程管理和多学科综合治疗的理念。不可否认,姑息手术、放射治疗、射频消融、腹腔灌注及动脉介入栓塞灌注等局部治疗手段,选择得当,也有助延长患者生存期和提高生活质量,少部分甚至获得手术根治性切除机会。

指南编写过程中,专家们共识和争议并存的环节即为单一远处转移胃癌的综合治疗内容的阐述。关于单一远处转移的定义如何界定无标准答案,专家组数次讨论后定义为指胃外单一远处转移,并具有局部可处理性。

回顾性文献数据与

中国学者的探索显示,系统化疗联合局部治疗可能为胃外单一远处转移患者带来获益,但至今缺乏足够循证医学证据,局部治疗干预无法达成共识,前瞻性研究正在国内外开展中。

指南选择具有代表性的四个群体即腹腔细胞学阳性(CY1P0,腹腔

细胞学检查阳性,无腹膜转移)、腹膜后淋巴结转移(No. 16a2/b1)、肝单一远处转移、卵巢转移就诊策略展开阐述和推荐。总原则强调对该类患者的基本策略仍应按复发转移性胃癌处理,可选策略优先推荐MDT讨论下的个体化决策或鼓励参加临床研究。