

2017 CSCO 结直肠癌指南解读

强调多学科诊疗作用与价值,有明确路径,注重科学随访

▲中山大学附属肿瘤医院结直肠科 陈功

新指南在开篇以“总则”的形式强调多学科诊疗（MDT）模式应作为结直肠癌患者的重要诊疗策略制定、实施、执行的基础，对MDT的构成和活动形式给出建议，更重要的是建议如下三种情况应作为MDT讨论的基本内容：仅有肝转移患者、转移癌潜在可切除晚期患者、中低位直肠癌。

诊断原则

按危险分层进行筛查 分别有明确诊断方式

结直肠癌

无症状人群的筛查：分普通人群和高危人群。目前我国已在上海、天津、广州、浙江等省市进行结直肠癌的筛查工作。

普通人群：年龄50~74岁个体首次筛查进行高危因素问卷调查和免疫法大便隐血检测，阳性者行结

肠镜检查。后续筛查每年至少检查1次免疫法大便隐血，阳性者行结肠镜检查。

高危人群：有结直肠腺瘤病史、结直肠癌家族史和炎性肠病者为高危人群。应每年参加结直肠癌筛查。定期进行结肠镜检查，其间隔不应大于5年。

结肠癌

按照患者到医院诊治的基本临床路径来进行诊断推荐，初始基线为患者已经接受了肠镜检查 and 病理活检确诊为结直肠癌，因此，肠镜+活检应该被视为结直肠癌确诊的标准方法。

关于分期的诊断检查，鉴于肝、肺、腹腔淋巴结是结直肠癌最常见的转移部位、器官，指南推荐的标准策略是胸腹盆增强CT检查。需要特别提示的是，如无特别原

因，不建议用胸片/肝脏超声检查，尽管指南将其列为可选策略，因为临床上越来越多的肺部小结节、肝部小占位等，胸片或超声是不可能发现的，会为以后的诊疗带来极大困扰；肝脏MRI检查一般用于CT检查发现/怀疑肝脏转移，尤其转移瘤还有切除机会时；PET/CT等特别检查手段仅用于常规检查无法明确或者面临重大临床治疗决策改变时。

直肠癌

强调首诊医生亲自给患者行肛门直肠指诊，影像学检查除了上述结肠癌的基本原则相同以外，直肠癌的诊断重点在两类情况。

一是极早期患者的甄别，比如T₁患者，以便明确哪些可以行局部手术，此时首选检查为经直肠超声；

二是局部进展期患者，此时对于直肠原发瘤的分期诊断首选高分辨率MRI，可以明确肿瘤的准确位置、MRF（直肠系膜筋膜）状态、EMVI（壁外血管浸润）、系膜、侧方淋巴结状态，从而提供局部危险度分级所需要的全部参数。

2017年，迎来中国临床肿瘤学会（CSCO）的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！今年CSCO年会将于9月26~29日于厦门召开。



陈功 教授



CSCO于今年发布了5部临床指南，《医师报》已陆续发表权威专家的解读。

病理学

明确各种临床情况获得的标本，病理检查的规范，包括内镜下活检标本、腺瘤切除、摘除标本、根治术标本、mCRC（转移性结直肠癌）肿瘤活检标本。明确组织学分型采用WHO分型，分期采用UICC/AJCC第七版TNM分期

系统；根治术建议至少检测12个区域淋巴结以精确分期；

M₀患者根治术后标本检测，唯一推荐的分子标志物是免疫组化检测MMR蛋白（MLH₁、PMS₂、MSH₂、MSH₆）；M₁患者在此基础上增加RAS、BRAF基因状态的

检测；接受过治疗的标本均应报告TRG（肿瘤消退分级）。

推荐对直肠癌TME手术后的标本进行系膜完整性的评估，以反映TME手术质量，这一点，也许将会是在我国临床实践中，病理方面最难实施的一点。

指南宗旨

“减少地区差距、兼顾药物与治疗措施的可达性、体现治疗价值”

治疗部分

按疾病状态来描述治疗 模拟临床路径 实用性很强

结肠癌

内镜下治疗原则：腺瘤/腺瘤癌变（T₁）

该治疗原则适用于病变经临床/内镜/病理诊断后判断为适合内镜下治疗者，推荐圈套切除术用于各种息肉样肿瘤；EMR（内镜下黏膜切除术）用于<2cm广基腺瘤或T₁癌；>2cm

者推荐ESD（内镜下黏膜下切除术）。

对于镜下切除后病理明确是癌的情况，指南推荐的处理策略是对于具有如下高危因素（预后不良因素）之一者，应该结肠切除术+区域

淋巴结清扫；标本破碎，切缘未能评估或阳性（距切缘1mm内存在肿瘤或电刀切缘可见肿瘤细胞），具有预后不良的组织学特征（包括：3/4级分化，血管/淋巴管浸润）。

M₀ 结肠癌的治疗原则

可切除疾病的主要治疗是根治性结肠癌切除术，肿瘤血管起始部的根部淋巴结及清扫范

围外的可疑转移淋巴结，也应切除或活检。当原发灶出现症状需要急诊处理时，手术仍然是基

本推荐，如果症状是梗阻时，还可考虑支架植入术；出血时还可考虑内镜或介入下止血。

术后辅助化疗的基本原则

根据临床病理分期，I期单纯观察；低危II期单纯观察，普危II期可以单药辅助化疗或观察，高危II期联合方案化疗；III期联合方案化疗；II里的低危因素指MSI-H或dMMR，高危因素指T₄（II B、II C期）、组织学分化差（3/4级，不包括MSI-H者）、脉管浸润、神经浸润、肠梗阻、肿瘤部位穿孔、切缘阳性或情况不明、切缘安全距离不足、送检淋巴结

不足12枚。既没有高危因素也没有低危因素者为普危。单药方案指卡培他滨或持续静脉输注的双周5-FU/LV方案；联合方案指mFOLFOX₆（氟尿嘧啶/LV/奥沙利铂）或CAPOX（卡培他滨/奥沙利铂）。术后辅助化疗的标准疗程为6个月，建议在术后身体恢复后尽快开始，一般在术后3周左右。术后辅助化疗中不推荐使用上述以外的其他药物或

方案。辅助化疗的具体方案需要考虑年龄、身体状况、合并基础疾病等综合考虑。

M₀但局部无法切除的结肠癌，根据原发瘤是否有症状进行分层治疗，无症状者按照mCRC治疗（转化或姑息），转化成功后手术治疗；有症状者先行针对原发灶症状的治疗（详见上），然后针对肿瘤进行全身治疗。

（下转第23版）