

《中华医学会肺癌临床诊疗指南(2018版)》解读 新版肺癌诊疗指南纳入更多中国证据

▲上海交通大学附属胸科医院呼吸科 韩宝惠 徐建林



韩宝惠 教授

近日，中华医学会、中华医学会肿瘤学分会发布《中华医学会肺癌临床诊疗指南(2018版)》。3月9日，该指南巡讲启动会暨首场巡讲在上海市胸科医院举行。韩宝惠教授介绍，指南最大的特色在于它包含了肺癌高危人群筛查；其二是尽可能按循证医学证据级别做出诊疗推荐；其三是尽可能把中国专家的原创性研究纳入指南中。2019年将进行6场综合性巡讲，分别在不同城市举行。



指南巡讲启动会暨首场巡讲现场

1. 肺癌低剂量螺旋CT筛查

肺癌高危人群需定期使用低剂量螺旋CT筛查。据NLST研究，本指南高危人群定义标准：年龄55~74岁，吸烟量≥30包/年，戒烟<15

年(1类)；年龄≥50岁，吸烟量≥20包/年，并且另需附加一项危险因素(2A类)。NCCN指南和本项推荐相同。

不同于NCCN指南，

本指南额外还建议，将年龄45~70岁、有吸烟史、有毒有害物质接触史(相关职业史)、恶性肿瘤家族遗传史者纳入肺癌高危人群定期筛查。

I、II期 NSCLC 综合治疗

基本原则：优选外科手术根治性切除(1类)。积极术前评估，决定手术指征和方式。高危患者功能状况可能无法耐受根治性手术切除，在考虑立体定向放疗(SBRT)、冷冻、射频消融等其他局部治疗方式时应首先由MDT团队讨论决定。

NCCN指南建议，对临床T1-2a(<4cm)、N0M0，不可手术治疗的非小细胞肺癌(NSCLC)患者，推荐SBRT(2A类)；

对可手术I期NSCLC，虽研究认为SBRT可达到手术切除的效果，但是存在争议。术前评估患者状态，决定手术指征、确认其是否耐受手术很重要。

术后I期患者，NCCN指南依据低分化肿瘤、脉管侵犯、楔切、胸膜侵犯高危复发证据，建议术后辅助化疗(2A类)。多项研究显示，微乳头、实体为主的腺癌相比于其他类型高危复发。因此本指南中，除了推荐高危患

者(低分化肿瘤、脉管侵犯、楔切、胸膜侵犯)I期肺腺癌行术后辅助化疗(2A类)，还建议实体或微乳头为主的I期肺腺癌也可考虑辅助化疗(2B类)。

I~II期不可手术NSCLC，可MDT决定后行根治性放疗，可考虑术后辅助化疗。NCCN指南对于T1-2N1 II期不可手术患者推荐根治性放疗后辅助Durvalumab免疫药物，但该药中国未上市，暂不推荐。

3. III期 NSCLC 综合治疗

III a (T3N1、T4N0-1及部分T1-2N2)及少部分III b期(T3N2N2为单一淋巴结转移且直径<3cm)可推荐外科为主的综合治疗(2A类)，术后均应行术后辅助治疗(2B类)。

据国内ADJUVANT以及EVAN研究，对术后发现驱动基因阳性III a期NSCLC，可行术后辅助EGFR-TKI靶向治疗(2A类)。NCCN指南：未推荐EGFR阳性患者辅助TKI治疗。

对不可切除III期NSCLC，推荐根治性同步放化疗(1类)。NCCN指南推荐根治性放化疗后辅助Durvalumab免疫药物，但该药中国未上市，暂不推荐。

含腺癌成分的 NSCLC 需行基因检测

NCCN指南：EGFR(1类)、ALK(1类)、BRAF(2A类)、ROS1(2A类)、PD-L1(1类)为非鳞NSCLC必检项目；EGFR、ALK推荐在不吸烟、小活检、混合病理鳞癌中检测(2A类)，ROS1、BRAF小活检、混合病理的鳞癌中检测(2A类)，PD-L1在鳞癌中推荐检测(1类)。

依据IGNITE等研究结果中亚洲人群特点，本指南推荐，所有含腺癌成分的NSCLC，无论其临床特征(如吸烟史、性别、种族或其他等)，常规进行EGFR、ALK、ROS1分子学检测(1类)。NSCLC推荐检测必检基因EGFR、ALK、ROS1和扩展基因BRAF、MET、HER2、

KRAS、RET。

可采用NGS同时检测全部必检基因和扩展基因，或者在常规检测EGFR、ALK、ROS1之后，再用NGS检测扩展基因(2A类)。

PD-L1检测阳性和阴性的判定需参阅各试剂盒和检测平台，每种试剂盒和检测平台对应一种特定的抑制剂治疗方法(1类)。

4. IV期 NSCLC 综合治疗

孤立性脏器转移灶治疗应按照部位进行治疗：

应积极局部治疗，若患者已合并明显中枢神经系统症状，有脑转移瘤压迫水肿或中性结构偏移等情况，建议先行脑转移瘤手术解除颅脑问题，择期再行肺原发瘤手术(2A类)。

脑或肾上腺转移

骨转移

2~6个月期间进行检查，可以检测血友病、肌营养不良、白化病等罕见病。

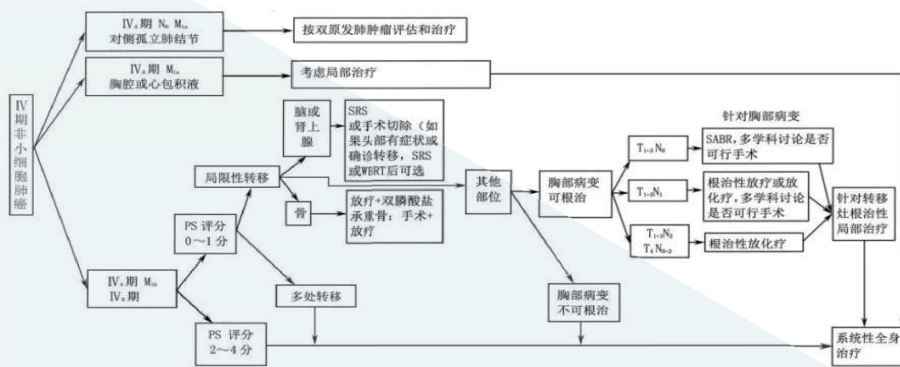


图 IV期 NSCLC 患者治疗流程图

驱动基因阳性 NSCLC

EGFR阳性者推荐EGFR-TKI(1类)，脑转移者推荐奥希替尼(2A类)；G719X、L861Q、S768I等少见突变者，首推阿法替尼。NCCN指南：EGFR敏感基

因突变，一线推荐吉非替尼、厄洛替尼、阿法替尼、达克替尼、奥希替尼(1类)。ALK、ROS1基因阳性的患者推荐选择克唑替尼(1类)。修订本指南时，色瑞替尼等中国未上市，所以未推荐。

一线治疗后疾病进展者，据进展类型分3型，见表1。三线可单药化疗或无禁忌证者推荐安罗替尼(2A类)。LK、ROS1阳性的IV期NSCLC，无禁忌证者，三线推荐安罗替尼(2A类)。

表1 一线治疗后疾病进展者分类治疗表

缓慢进展型

推荐继续原EGFR-TKI治疗(2A类)。治疗后再次进展，推荐二次活检组织检查检测T790M突变状态。

局部进展型

推荐继续原EGFR-TKI治疗+局部治疗(2A类)。治疗后再次进展，推荐二次活检组织检查检测T790M突变状态。

快速进展型

推荐二次活检组织检查检测T790M突变状态，T790M阳性者，口服奥希替尼，T790M阴性者推荐含铂双药化疗(1类)。若未进行T790M状态检测，推荐含铂双药化疗。

驱动基因阴性 NSCLC

非鳞NSCLC驱动基因阴性或不详推荐二线治疗使用纳武单抗(Nivolumab)(1类)。PS评分0~2分驱动基因阴性非鳞状细胞癌患者一线进展后也可使用多西他赛(1类)或培美曲塞(2A类)。若前期未

使用培美曲塞或多西他赛单药治疗者，三线可接受培美曲塞或多西他赛(2A类)，或在无禁忌证的情况下推荐使用安罗替尼(2A类)。

鳞癌驱动基因阴性或不详推荐二线治疗使用纳武单抗(1类)、多西他赛(1类)。三线在无禁

忌证的情况下，非中央型鳞状细胞癌患者推荐使用安罗替尼(2A类)。



扫一扫
阅读关联全文