

2021 中国临床学会诊疗指南发布更新

6 年 33 部 中国肿瘤权威指南 “高产”

医师报讯（融媒体记者 秦苗）4月23~24日，“2021中国临床肿瘤学会（CSCO）指南大会”在京召开。自2016年首部指南颁发以来，在CSCO全体专家的共同努力下，截至今年已出版33部指南，其中囊括10部首发。内容涵盖临床所有常见肿瘤。初步统计6年总发行量已超百万余册。CSCO指南编写组紧跟学术进展，将每年最新、最实用、最可及、最可靠的临床循证证据纳入其中，并及时传达给全国各地的肿瘤医生，现已成为临床医生不可或缺的临床“口袋书”，为患者提供规范化诊疗方案做出卓越的贡献。

北京市希思科临床肿瘤学研究基金会理事长李进教授介绍，从2016年第1部指南的初探，到2021年第33部的指南完成，6年的历练，凝聚了CSCO指南编写组所有专家的心血。CSCO副理事长兼秘书长、解放军总医院肿瘤医学部江泽飞教授指出，CSCO指南最大的优势是在基于循证兼顾可及性的基础上，充分吸取800名专家的共识和经验，制定最适合我国国情的肿瘤临床诊疗指南。CSCO将在今年积极在各个区域开展指南巡讲和继续教育活动。



李进教授



江泽飞教授

图片新闻



新闻发布会现场 左起：梁军教授、李进教授、秦淑建教授、马军教授、吴一龙教授、程颖教授、江泽飞教授、郭军教授、王洁教授

会议期间，CSCO理事会与CSCO各专委会主任委员们同发声。指南的制定今后应考虑如何能够让患者与医生很好地沟通配合，如何在诊疗过程中认识到临床专家在临床研究当中的创新与付出，同时还考虑将临床研究的数据合理地传达给患者与家属。希望通过指南后期宣传和推广，学习并应用来提高我国临床肿瘤的诊断治疗和研究整体水平。

消化道肿瘤专场

结直肠癌内科更新：从一线到三线策略新增

筛查部分

将“一般人群”和“高危人群”的表述分别改为“一般风险人群”和“高风险人群”。在一般风险人群筛查中将“50~74岁个体直接结肠镜检查”从Ⅱ级推荐改为Ⅰ级推荐，并增加“在具备条件的地区”的限制。对于大便隐血阳性个体，在结肠镜之前加做FIT-DNA检测（Ⅲ级推荐）。对于结肠镜检查存在禁忌的个体，可采用CT结肠成像检查（Ⅲ级推荐）。

非转移性不可切除结肠癌

对于部分即使采用联合脏器切除也无法达到根治目的的T4b，M0

患者新增注释，“基于KEYNOTE 177研究结果，如为MSI-H/dMMR，在转化治疗或姑息性治疗中可考虑使用PD-1抑制剂免疫治疗”。

转移性结肠癌

第一，对于潜在可切除的RAS和BRAF均为野生型结肠癌患者治疗：增加FOLFOXIRI+西妥昔单抗治疗的Ⅲ级推荐（2B类证据）。

第二，姑息一线、二线及三线方案：基于KEYNOTE 177研究结果，将转移灶初始不可切除转移性结肠癌的MSI-H/dMMR患者单列，把帕博利珠单抗作为姑息一线治

疗的Ⅰ级推荐（1A类），PD-1抑制剂作为姑息二线和三线治疗的Ⅱ级推荐（2A类），在二线和三线治疗是不限定PD-1抑制剂的种类。

第三，姑息治疗三线方案：增加曲氟尿苷替匹嘧啶+贝伐珠单抗方案的Ⅲ级推荐（2B类）。

第四，姑息治疗三线方案：对之前接受过西妥昔单抗治疗的mCRC增加西妥昔单抗±伊立替康方案的Ⅲ级推荐（3类）。

第五，在转移灶初始不可切除转移性结肠癌的治疗中，删除注释“不推荐使用卡培他滨联合西妥昔单抗治疗。”

第六，初始不可切除

转移性结肠癌的治疗，新增注释，“转移灶不可切除时，无症状原发灶是否需要切除以及最佳切除时机仍无共识。因此，需要在MDT框架下对每一个病例进行个体化决策，需要仔细评估肿瘤进展速度、预计生存期、原发灶部位及大小、占肠腔的周径/肠腔狭窄程度、接受全身治疗的意愿及可行性等多个因素综合分析，来决定是否切除原发灶。”



扫一扫 关联阅读专题

免疫毒性及肿瘤相关疾病管理专场

免疫检查点抑制剂临床应用指南：与单瘤种指南保持同步

为了确保《CSCO免疫检查点抑制剂临床应用指南》的先进性、科学性和权威性，CSCO免疫治疗专家委员会要求本指南尽量与CSCO单瘤种指南内容保持同步。

基于上述精神，本指南的主要更新包括：（1）新增胸膜间皮瘤章节，使得ICI临床应用的肿瘤类

型增加至17个；（2）随着临床试验结果不断公布、新的适应证陆续获批，多个ICI加入到临床应用推荐当中，部分推荐级别进行了升级；（3）多个国产ICI陆续获批用于临床，丰富了免疫治疗选择，特别是非小细胞肺癌领域；（4）部分Ⅲ期临床试验公布了阴性结果后，其相对

应的少数ICI临床应用推荐级别予以下调或删除，使得本指南更加客观和理性，如恶性黑色素瘤等；（5）免疫治疗不仅推荐应用于晚期实体瘤，还在部分瘤种中新增了新辅助治疗、辅助治疗的临床应用推荐，如食管癌、乳腺癌、尿路上皮癌、恶性黑色素瘤等，免疫治疗的适

应人群在不断扩大；（6）联合免疫治疗方式不断丰富，包括免疫联合抗血管生成、双免疫联合治疗等，在本次更新中均列于指南推荐；（7）免疫治疗精准化，以生物标志物，如PD-L1、TPS、CPS、dMMR/MSI-H等为指导，筛选出优势人群，最大化其长期生存获益。

泌尿系统专场

前列腺癌六大更新要点

1

2018年发表在《自然》上的文献提示，亚洲患者参与各种临床试验占比从1997年的0.25%逐渐增加到2014年的6%，这一增长令人欣喜，但依然远远不够。因此，在2021版的CSCO PC指南“MDT诊疗模式”中，强调了参加临床试验的重要性：临床试验有可能带给患者更好的治疗机会，应大力提倡前列腺癌患者经评估后参加临床试验。同时，2021版的指南中强调了网络MDT的重要性：基于网络的远程医疗可以帮助患者获得快速、及时、无差别的治疗意见。

2

2020年一项纳入7项随机研究，包括1330例患者的Meta分析比较了活检路径对感染并发症的影响。与经会阴活检（673例男性中有22例）相比，经直肠活检（657例男性中有37例）后的感染并发症明显更高；基于此，在2021版的CSCO PC指南强调了经会阴和经直肠相关的穿刺感染并发症情况及应对策略。

3

更新了HRR突变检测的人群：转移性前列腺癌患者推荐肿瘤HRR突变检测；局限性患者可以考虑肿瘤HRR突变检测。检测样本类型更新为：组织样本+血浆ctDNA样本。并依据国内学者和国外的研究，在检测类型中Ⅲ级推荐增加了TP53基因。

4

早期的研究表明，经尿道前列腺电切术（TURP）在近距离放射治疗（BT）前可导致较高的尿失禁发生率。而2020年发表最新文献提示，既往接受过TURP的患者可以接受近距离放射治疗，而不会增加尿道不良反应。建议使用最小通道TURP，TURP和近距离放射治疗之间应至少间隔3个月，以便伤口充分愈合。因此存在既往经尿道前列腺切除史，不应成为低剂量近距离放疗的禁忌证。基于此，对于局限性极低危、低危及部分经过选择的中危前列腺癌患者的治疗策略，修改为：若无近期经尿道前列腺切除史且IPSS评分良好的患者，应推荐行低剂量近距离放射治疗。

5

2020年研究表明：mHSPC患者以ADT为基础的联合治疗比单纯的ADT治疗更有效，但目前尚未证实哪一种联合方式更有效。2021版EAU指南中也强调对于首诊为M1，若无联合治疗的禁忌证、有足够的预期寿命从联合治疗中获益，请勿为其进行单独ADT治疗，应在ADT的基础上联合其他治疗。基于此，2021版CSCO指南对于转移性患者将不再推荐单纯ADT治疗。

6

在转移性去势抵抗性前列腺癌的诊疗章节，由于mCRPC方案繁杂，既往的“一线、二线、三线”的描述方式不足以描述清楚各类方案之间的序贯关系，所以采用既往是否接受过新型内分泌治疗/化疗取代传统分类方法，更加清晰直观指导不同阶段mCRPC患者的治疗。