



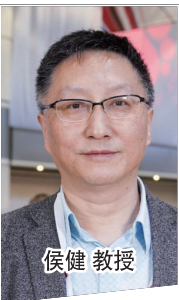
黄晓军教授



吴德沛教授



李娟教授



侯健教授



路瑾教授



傅琤琤教授



陈文明教授



王峰蓉教授



杜鹃教授



蔡真教授

中国医师协会第七届多发性骨髓瘤学术会议召开

追逐攻克骨髓瘤梦想 我们遇到好时代



开幕式

医师报讯 (融媒体记者王丽娜) 12月3~5日,由中国医师协会、中国医师协会血液科医师分会主办,国家血液系统疾病临床医学研究中心-北京大学血液病研究所、苏州大学附属第一医院-江苏省血液研究所承办的“中国医师协会第七届多发性骨髓瘤学术会议”以线上会议的形式举办。会议就多发性骨髓瘤(MM)的诊治进展、热点问题和临床实践中存在的关键问题进行探讨。

大会主席、中国医师协会血液科医师分会会长、北京大学人民医院黄晓军教授,大会主席、中华医学会血液病分会主委、苏州大学第一附属医院吴德沛教授,大会执行主席、苏州大学第一附属医院傅琤琤教授,中山大学附属第一医院李娟教授,上海交通大学医学院附属仁济医院侯健教授出席开幕式并致辞。

作为中国医师协会多发性骨髓瘤专委会主委,黄

晓军教授表示,MM是中国第二大血液肿瘤,对研究该疾病的人来说,这是一个非常幸福的时代,因为没有哪种疾病,短短几年内,药物、诊疗方式得到快速发展,这也让医生队伍得到快速的发展,患者得到更好的诊疗。所以我们要感谢这个时代,让我们能追逐攻克骨髓瘤梦想,成就伟大的事业。

开幕式由大会执行主席、北京大学人民医院路瑾教授主持。



学术报告

多发性骨髓瘤早期复发的管理经验



Shaji Kumar教授

美国明尼苏达州梅奥医学中心血液科Shaji Kumar教授介绍了MM早期复发的管理经验。他表示,MM在过去十几年里治疗方式发生了巨大的变化,多种新药和联合方案的出现让更长期地控制疾病成为可能。

MM治疗的特点是患

者通常要接受多线治疗,随着治疗线数的增加,患者会对现有的治疗产生耐药,后续治疗缓解率相应下降、缓解时间缩短。

耐药机制目前被认为是由骨髓瘤细胞中的克隆变化所导致,接受不同治疗的患者,最后会出现不同的主要克隆。往往导致患者死亡的克隆,最初只是一个很小的亚克隆。所以在早期治疗时就应该针对复发进行治疗。从经验来看,仅表现为生化复发的惰性患者通常不需要立刻治疗,而高危、M成分快速翻倍等患者都需要立

刻治疗。

MM首次复发时的缓解时长是其非常重要的预后指标,反映了疾病的生物学特征及侵袭性。未达到中位缓解时间的患者通常预后较差。

对于骨髓瘤复发的患者,在选择治疗方案时应遵循几项原则:(1)首选三药联合治疗方案(至少包括一种未产生耐药的药物);(2)考虑患者PS、年龄、耐药情况及既往治疗的毒性;(3)三药联合实现最大缓解,然后再转为单药维持直至疾病进展。

新药诱导序贯ASCT治疗单中心15年数据分析

中山大学附属第一医院李娟教授从多个角度为与会者带来MM患者造血干细胞移植最新进展。李教授介绍了他们中心新药(硼替佐米/来那度胺)诱导化疗序贯自体造血干细胞移植后维持治疗,300例患者观察15年时间的研究结果。

结果提示,这种治疗策略可明显提高MM患者近期疗效和长期生存,中位TTP 78.7个月,中位OS 109个月。高危患者预后不能改善,中位TTP仅2年半,中位OS仅4年。各阶段取得好的疗效和长生存密切相关,但获得完全缓解,并不能克服高危细胞遗传学的预后,需更深层次的疗效,如MRD可能可以克服。

再论高危多发性骨髓瘤

首都医科大学附属北京朝阳医院陈文明教授从高危型MM的10方面相关因素介绍了对高危MM的再认识。包括性别、年龄、免疫球蛋白亚型、器官功能、临床分期、染色体异常等。陈教授介绍,MM发病率男性>女性,预后女性好于男性。年龄是预后不良因素,老年人预后相关的因素包括年龄、器官功能、耐受性和伴随疾病。

二次造血干细胞移植在高危MM中的作用

北京大学人民医院王峰蓉教授介绍,《中国MM自体造血干细胞移植指南(2021年版)》建议在新药时代二次自体移植,不再根据第一次移植后的疗效决定,而是在具

走进中国循证

有高危因素的MM患者中进行。

王教授还分享了她们医院进行的双次移植病例情况。选择RSS 2~3期并伴有高危细胞遗传学患者进行二次移植。二次移植后高危患者疗效持续改善,缓解程度加深,一次移植以后,达到VGPR以上的患者可达86%,CR以上达73%。双次移植后,能够达到VGPR以上的是93%,能达到CR以上的为80%,MRD监测一次移植和二次移植,分别达到了40%和64%。如何让这部分患者能够持续的维持缓解,还是未来挑战。

MM微小残留病灶的检测

苏州大学第一附属医院傅琤琤教授介绍了几种不同影像学手段检测MM的优缺点,以及微小残留病灶的检测手段。她表示,骨髓瘤跟淋巴瘤有些类似,影像学能够全面反映疾病的负荷情况。X线片上骨皮质显示清楚,但对于骨髓质这种软组织变化无法显示。检测微小残留病灶需要做全身的低剂量螺旋CT或者全身磁共振,范围要从颅顶到膝盖上部,这样比只做脊柱显示病灶更全面。

全身磁共振弥散加权成像(DWI)对于骨髓瘤全身肿瘤负荷的评估是非常好的方法;和全身低剂量螺旋CT相比,DWI有更高的骨病灶的一个发现率。一代测序和核磁共振检查MRD均阴性较一代测序单独检查MRD阴性的患者PFS更长。

CfDNA的研究价值

上海长征医院血液科杜鹃教授介绍了液体活检在MM患者检测中

的应用。2018年开始杜鹃教授团队开始进行了UCAD平台检测MM患者外周血中cfDNA的工作,希望回答这种检测方式是否能替代或者补充FISH。结果发现,cfDNA检测适用于85%的RRMM和70%的NDMM。与FISH结果相比,cfDNA更加敏感,但也存在漏检情况,主要是因为未达到检测阈值。

在MRD监测过程中,cfDNA和FISH检测MRD均为阴性患者预后更好,如果FISH阴性,外周血cfDNA检测MRD阳性的患者也是复发的高危群体。

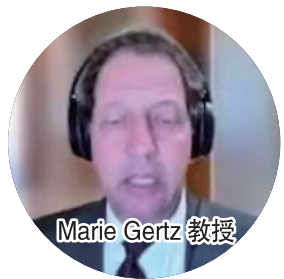
MM诊疗面临的挑战

浙江大学医学院附属第一医院蔡真教授表示,MM耐药机制与克服耐药的策略,肿瘤细胞克隆演变发生机制,新药新靶点联合治疗的作用都是MM治疗所面临的挑战。MM微环境存在大量巨噬细胞浸润,巨噬细胞可保护MM避免化疗诱导的凋亡。蔡教授介绍,组蛋白去乙酰化酶抑制剂(HDACi)具有直接的抗骨髓瘤作用以及靶向MM微环境的双重作用,可以抑制破骨细胞的体外分化,成熟及破骨细胞的骨吸收功能,还可以降低MM肿瘤负荷,并减轻骨髓瘤相关溶骨性病变。

血液专栏编委会

主 编:黄晓军
执行主编:路瑾
副 主 编:
侯明 胡豫 李娟
李军民 刘霆 宋永平
王建祥 吴德沛 周道斌
(按拼音排序)

淀粉样变性自体干细胞移植中的特殊问题



Marie Gertz教授

美国明尼苏达州梅奥医学中心血液科Marie Gertz教授介绍了自体造血干细胞移植治疗淀粉样变性(AL),尤其在动员采

集和预处理方面与MM的不同之处。他首先介绍了在他们诊所造血干细胞移植过程。梅奥诊所造血干细胞移植过程中常规选择,g-CSF单药动员,而不是化疗动员。因为化疗动员可能带来中性粒细胞减少,在动员或移植过程中继发感染。

淀粉样变性患者进行干细胞动员时,需要进行一些区别于MM的特殊考虑。

首先因为淀粉样变性患者在液体滞留方面存在问题,因此G-CSF需要分为两次,5μg/kg体重,早晚各一次使用。化疗动员要尽可能避免,实在无法避免时尽量不用环磷酰胺。

栏目支持

西安杨森
xian janssen
PHARMACEUTICAL COMPANIES OF
Johnson & Johnson