

中国医学论坛报



China Medical Tribune

CSCO组委会与中国医学论坛报社合作出版

2014年9月20日 星期六



每日新闻

CSCO



关注中国
医学论坛报微
信,可至展台免
费打印参会照片

主席视角

P3

全体大会现场报道

P4

国际专场

CSCO-SITC/CAHON/USCACA

联合论坛

CSCO-JSMO联合论坛

P5~P7

论坛推介

神经内分泌肿瘤、大肠癌、泌尿系
系统肿瘤、胃癌

P8~P9

CSCO 2014 全体大会

立足中国 走向世界



总 编: 吴一龙 秦叔达
侯晓梅
副 总 编: 王 斓 郑桂香
主 编: 王 迈
策 划: 廖莉莉 许景红
贾春实 王 珊
黄蕾蕾 姜旭晖
学术推广: 吕瑞芳 王国平
张二娟
美 编: 梁 毅 赵 静
刘 欣

A⁺先行 优化布局

合理布局靶向药物 为患者带来更多生存获益



【警告】

胃肠道穿孔、手术和伤口愈合并发症和出血

【商品名称】

通用名: 贝伐珠单抗注射液 商品名: 安维汀[®], Avastin[®] 英文名: Bevacizumab Injection

【适应症】

转移性结直肠癌 贝伐珠单抗联合以5-氟尿嘧啶为基础的化疗适用于转移性结直肠癌患者的治疗。

【规格】

100mg (4ml) / 瓶, 每瓶含贝伐珠单抗100mg, 浓度为25mg/ml, 装量为4ml。
400mg (16ml) / 瓶, 每瓶含贝伐珠单抗400mg, 浓度为25mg/ml, 装量为16ml。

【用法用量】

总剂量 贝伐珠单抗应由专业卫生人员采用无菌技术稀释后方可输注。贝伐珠单抗采用静脉输注的方式给药。首次静脉输注时间需持续90分钟。如果第一次输注耐受性良好, 则第二次输注的时间可以缩短到60分钟。如果患者对60分钟的输注也具有较好的耐受性, 那么随后进行的所有输注都可以用30分钟的时间完成。建议持续贝伐珠单抗的治疗直至疾病进展为止。

转移性结直肠癌(mCRC) 贝伐珠单抗静脉输注的推荐剂量为: 联合m-IFL (改良IFL) 化疗方案时, 5mg/kg 体重, 每两周给药一次。

【不良反应】

最严重的药物不良反应是:

• 胃肠道穿孔

• 出血, 包括较多见于NSCLC (非小细胞肺癌) 患者的肺出血/咯血

• 动脉血栓栓塞

临床安全性数据提示接受贝伐珠单抗治疗时高血压和蛋白尿的发生可能具有剂量依赖性。在各项临床试验中接受贝伐珠单抗治疗的患者, 发生频率最高的药物不良反应包括高血压、疲劳或乏力、腹泻和腹痛。

【禁忌】

贝伐珠单抗禁用于已知对下列物质过敏的患者:

• 产品中的任何一种组分;

• 中国仓鼠卵巢细胞产物或其它重组人类或人源化抗体。

【批准文号】进口药品注册证号:

100mg (4ml) / 瓶: S20100023; 400mg (16ml) / 瓶: S20100024

【生产企业】

公司名称: Roche Pharma (Schweiz) Ltd.

国内联系: 上海罗氏制药有限公司

电话: 021-28922888

生产厂: Roche Diagnostics GmbH

地址: 上海市浦东新区1100号

传真: 021-50801167

京药广审(文)第2014050412号

本广告仅供医学专业人士阅读



安维汀[®]
贝伐珠单抗注射液



上午
JSMO—CSCO Joint Symposium(1D Meeting Room,1 st Floor)
Co—Chairs: Jin Li(李 进),Atsushi Ohtsu
08:30~08:40 Opening Remark
08:40~09:10 Molecular targeting agents: overview(Atsushi Ohtsu)
09:15~09:35 Gastric cancer adjuvant chemotherapy(Lin Shen 沈 琳)
09:40~10:10 Standard palliative chemotherapy(Shuichi Hironaka)
10:15~10:35 The role of RT in the treatment of gastric cancer (Zhen Zhang 章 真)
10:40~11:25 Oral Presentations
11:25~11:40 Abstract Discussion
11:40~11:50 Closing Remark
USCACA—CSCO 新药研究与评价论坛(1B Meeting Room,1 st Floor)
Co—Chairs: Jian Ding(丁 健), Helen Chen, Li Yan(严 立)
08:30~08:40 Opening Remark 开场致辞 (Jian Ding 丁 健, Li Yan 严 立)
08:40~08:55 Overview of global landscape in cancer drug R&D 全球抗癌药物研发概览(Helen Chen)
08:55~09:10 Zykadia (ceritinib) ,a 2nd Generation ALK Inhibitor for Patients with ALK+ NSCLC 二代 ALK 抑制剂 Zykadia (ceritinib)于 ALK 融合基因非小细胞肺癌的研发与治疗(Michael Shi)
09:10~09:25 Imbruvica (ibrutinib) , a BTK inhibitor for patients with B cell malignancies. BTK 抑制剂 Imbruvica (ibrutinib) 于 B 细胞白血病的研发与治疗(Mann Fung 冯文昌)
09:25~09:45 Palbociclib, a CDK4/6 Inhibitor in development for patients with ER+/HER2– breast cancer. CDK4/6 抑制剂 Palbociclib, 针对 ER 阳性/HER2 阴性乳腺癌的研发(Maria Koehler)
09:45~10:10 Advancement of new anticancer drug clinical studies in Europe 欧洲抗癌新药临床研究的进展(Jean Pierre Armand)
10:10~10:20 Discussion(Li Yan 严 立)
10:30~10:45 Lucitanib, A Potent Tyrosine Kinase Inhibitor of FGFR, VEGFR, and PDGFR for Solid Tumors. Lucitanib, 作用于实体肿瘤的 FGFR, VEGFR, PDGFR 多靶点酪氨酸激酶抑制剂(Lei Jiang 江 磊)
10:45~11:00 AC0010MA, a 3rd Generation Wild–type Sparing EGFR Inhibitor, for Patients of NSCLC with EGFRmut and Acquired T790M Mutation. AC0010MA, 针对 EGFR 突变/获得性 T790M 突变非小细胞肺癌病人的第三代 EGFR 抑制剂(Xiao Xu)
11:00~11:15 In China, for China: case study of Apatinib,a VEGFR–2 inhibitor 在中国为中国: Apatinib VEGFR–2 抑制剂研发案例分享(Li Xu 徐 莉)
11:15~11:25 Discussion(Roger Luo)
11:25~11:55 Panel Discussion by the co–chairs

ALK 阳性非小细胞肺癌论坛(1 楼 1E 会议室)
主席: 吴一龙
08:30~09:00 国内外 ALK 分子诊断标准与数据解读(张绪超)
09:00~09:30 ALK 阳性 NSCLC 临床研究纵览(陆 舜)
09:30~10:00 从 ALKmoa 与抗 ALK 治疗看肿瘤临床研究进展(吴一龙)
10:00~10:30 克唑替尼耐药后的 ALK 阳性患者的治疗(周彩存)
10:30~11:20 论文交流
11:20~12:00 讨论与总结
乳腺癌内分泌治疗论坛(1 楼 1F–1 会议室)
主席: 吴 炅 江泽飞 金 锋 唐金海
08:30~08:50 2014 年 ASCO 乳腺癌治疗主要研究进展(徐兵河)
08:50~09:10 雌激素受体基因信号通路改变与乳腺癌内分泌耐药

研究(叶棋浓)
09:10~09:30 乳腺癌治疗后卵巢功能评估(陈 蓉)
09:30~09:50 比较三苯氧胺辅助治疗绝境前乳腺癌 5 年与中途更换为诺雷德联合瑞宁德的随机对照研究(CBC-SC002)——疗效及安全性的初步分析(李剑伟)
09:50~10:20 论文交流
10:20~10:50 晚期激素受体阳性绝经后乳腺癌内分泌治疗地位以及策略(胡夕春)
10:50~11:20 绝经后激素受体阳性乳腺癌高危人群风险控制(王 殊)
11:20~11:50 2014 中国乳腺癌内分泌治疗专家共识讨论(江泽飞)
结直肠癌多学科规范化诊疗论坛(1 楼 1F–2 会议室)
主席: 于金明 蔡三军 王锡山
08:30~08:40 开场致辞: 蔡三军
08:40~09:00 结直肠癌多学科规范化诊疗外科部分解读(顾 晋)
09:00~09:20 结直肠癌多学科规范化诊疗内科部分解读(李 进)
09:20~09:40 结直肠癌多学科规范化诊疗病理部分解读(盛伟琪)
09:40~10:00 结直肠癌多学科规范化诊疗放疗部分解读(朱 远)
10:00~10:30 讨论
10:30~12:05 MDT 多学科病例讨论
肾癌与泌尿肿瘤论坛(1 楼 1C 会议室)
主席: 马建辉 叶定伟
08:30~08:32 开场致辞
08:32~08:52 前列腺癌的外科治疗(叶定伟)
08:52~09:12 晚期肾癌的治疗策略优化与预后提高(郭 军)
09:12~09:32 晚期前列腺癌药物治疗进展(寿建忠)
09:32~09:52 肾癌外科治疗现状(何志嵩)
09:52~10:12 尿路上皮癌治疗进展(周芳坚)
10:12~10:22 讨论
10:22~11:58 论文交流
11:58~12:00 总结(叶定伟)
抗肿瘤药物安全管理论坛(2 楼 2A01 会议室)
主席: 秦叔逵 潘宏铭 张清媛
08:30~09:10 分子靶向药物毒性管理(常建华)
09:10~09:50 淋巴瘤免疫化疗激发的肝损的预防(林桐榆)
09:50~10:30 蒽环类药物心脏毒性的防治指南解读(马 军)
10:30~11:10 抗肿瘤药物肝损伤的防治(秦叔逵, 刘秀峰)
11:10~12:00 讨论

CSCO 青年医师论坛——肺癌专场(2 楼 2A02 会议室)
主席: 杨学宁 赵明芳 周彩存
08:30~08:50 百花齐放——肺癌治疗性分子靶点更新(胡 毅)
08:50~09:10 From Bronchoalveolar Carcinoma (BAC) to Personalized Lung Cancer Resection ---Time Tries Truth: Should the Term BAC be Back to the Classification of Lung Adenocarcinoma? (乔贵宾)
09:10~09:50 EGFR-TKI 用于 NSCLC 术后辅助治疗: 探索、前景与思考(正反方)(郭 麟, 杨 林)
09:50~10:10 肺部结节的诊疗策略(杨学宁)
10:10~10:30 晚期非小细胞肺癌的全程管理(刘 喆)
10:30~12:00 MDT 讨论(赵 军, 杨 帆, 黄媚娟, 江本元)
胃肠神经内分泌瘤专场(2 楼会见厅)
主席: 梁后杰 郑 杰 徐建明
08:30~08:40 开场致辞 (梁后杰)
08:40~09:05 类癌综合征诊治进展(陈 洁)
09:05~09:30 高级别神经内分泌瘤(G3)的诊断与治疗选择(徐 农)
09:30~09:55 GEP–NENs 的临床表现及诊断流程(梁后杰)
09:55~10:20 GEP–NETs 内科治疗的现状与未来(白春梅)
10:20~10:45 GEP–NENs 外科治疗中的几个问题(郝纯毅)
10:45~11:10 GEP–NENs 病理的共识与争议(朱雄增)
11:10~12:00 病例讨论(贾 茹)
12:00~12:05 总结(徐建明)
脑肿瘤治疗论坛(2 楼 2C 会议室)
主席: 毛 颖 王理伟
08:30~08:50 神经肿瘤的影像诊断及脑肿瘤治疗后的影像学评价(初曙光)
08:50~09:10 神经肿瘤的病理诊断规范(汪 寅)
09:10~09:30 胶质瘤的中国外科治疗概览与学科发展(毛 颖)
09:30~09:50 神经肿瘤的放射治疗指南与靶向规划策略级学科进展(邱晓光)
09:50~10:10 神经肿瘤的药物治疗的指南与进展, 结合 2014 ASCO 神经肿瘤领域更新(马文斌)
10:10~10:30 讨论
10:30~10:50 非小细胞肺癌脑转移的放射治疗进展(马胜林)
10:50~11:10 非小细胞肺癌脑转移的化学治疗(胡 毅)
11:10~11:30 肺癌脑转移的分子靶向治疗进展(段建春)

11:30~11:50 Her–2 阳性乳腺癌脑转移的药物治疗进展(王 涛)
11:50~12:00 总结
淋巴瘤继续教育专场 2(3 楼 3A01 会议室)
主席: 沈志祥 王季石
08:30~08:40 开场致辞
08:40~09:05 中国恶性淋巴瘤诊疗现状(朱 军)
09:05~09:30 NK/T 细胞淋巴瘤的一些诊断问题(周小鸽)
09:30~09:55 儿童恶性淋巴瘤治疗进展(汤静燕)
09:55~10:20 中国恶性淋巴瘤流行病及发病率(石远凯)
10:20~10:45 恶性淋巴瘤与移植(邱录贵)
10:45~11:10 Novel agents and regimens for B cell lymphoma therapy(刘德龙)
11:10~11:35 恶性淋巴瘤异基因造血干细胞移植进展(陈 虎)
11:35~12:00 套细胞淋巴瘤诊疗进展(苏丽萍)
12:00~12:10 总结
小细胞肺癌论坛(2 楼 2 号会议室)
主席: 程 颖 王长利
08:30~09:00 2014 小细胞肺癌治疗的热点研究(程 颖)
09:00~10:15 小细胞肺癌 MDT 讨论
10:15~10:55 论文交流
10:55~11:10 专家点评(范 云)
11:10~11:40 原创研究交流
11:40~11:55 专家点评
11:55~12:30 《小细胞肺癌》签名赠书
复发转移性胃癌综合治疗问题与进展论坛(2 楼 3 号会议室)
主席: 樊青霞 徐惠绵
08:30~09:00 晚期胃癌一线化疗临床研究的成败分析(刘云鹏)
09:00~09:30 进展期胃癌的二线治疗进展(梁 军)
09:30~10:00 晚期胃癌腹膜转移的处理对策(刘天舒)
10:00~10:30 晚期胃癌姑息性放疗的是与非(金 晶)
10:30~10:45 R0 切除术在胃癌肝转移患者中的应用和进展(黄鼎智)
10:45~11:00 晚期胃癌姑息手术外科观(李子禹)
11:00~11:15 胃癌卵巢转移临床临床治疗决策与争议(王 畅)
11:15~11:30 胃癌肝转移手术治疗难点与机遇(武爱文)
11:30~11:45 胃癌局部复发的治疗选择与争议(彭建军)
11:45~11:55 讨论
11:55~12:00 总结

下午
SITC–CAHON–US CACA–CSCO Joint Symposium (1D Meeting Room,1 st Floor)
Co–chairs: 秦叔逵(Shu–Kui Qin),Bernie Fox,Wen–Ru Song(宋文儒),Myung–Ju Ahn
14:30~14:50 The transformation of oncology: A strategic view of immunoscore and immunotherapy(Bernie Fox)
14:55~15:15 Cancer immunotherapy update(Wenru Song 宋文儒)
15:20~15:40 Genetic engineering of clinical grade T cells to target cancer and pathogens(Laurence J.N. Cooper)
15:45~16:05 Safety and clinical activity of pembrolizumab in patients with non–small cell lung cancer, melanoma, and head and neck cance(Myung–Ju Ahn)
16:10~16:30 New developments in the combination immunotherapy of cancer(Jon Wigginton)
16:35~16:55 Combination of Cancer Immunotherapies(Ke Liu 刘克)
17:00~17:15 New monoclonal antibody targeting on basic fibroblast growth factor (bFGF) against melanoma, lung cancer and breast cancer in vitro and in vivo(Meng Xu 徐萌)
17:20~17:35 A novel immunotherapy approach with multiple tumor antigens activated autologous T cells in HBV related hepatocellular carcinoma (Yanyan Han 韩研妍)
17:40~17:55 Immunohistochemical detection of the BRAF V600E mutation in Chinese melanoma patients with monoclonal antibody VE1(Hui Liu 刘卉)

乳腺癌论坛 2(1 楼 1E 会议室)
主席: 段学宁 张清媛 冯继锋
14:30~14:50 早期乳腺癌手术: 保乳还是 I 期重建? (蒋宏传)
14:50~15:10 乳腺癌术后乳房再造的最新进展(穆兰花)
15:10~15:30 保乳手术切缘的 ASCO 指南解读(段学宁)
15:40~16:00 乳腺癌前哨淋巴结活检进展(左文述)
16:00~16:20 “2014 ASCO HER2 阳性晚期乳腺癌系统治疗指南”



“中国医学论坛报
今日肿瘤”
二维码

更多会议精彩内容, 请关注“中国医学论坛报今日肿瘤”微信!

在学术会议紧张的进程中,主席往往是最忙碌的。吴一龙教授也不例外,主持人、演讲者、嘉宾等多重身份令他分身乏术。不过,今年CSCO年会作出的诸多重要举措,使得首日多个场次“一座难求”,“火爆”成为参会者微信中出现频度最高的词。因此,利用19日全体大会召开前夕,吴教授还是在忙碌的间隙与《中国医学论坛报》记者分享了对今年年会的感触。本以为他此刻的心情是“激动”,但出乎意料,他用的却是“平静”。

“风暴眼”中的平静

CSCO 2014 大会共同主席 吴一龙

经过一年多的策划和筹备,2014年CSCO年会终于如期举行。这两天,大家参会热情高涨,首日即有超过1.5万人参会,多个场次都被挤得水泄不通。但处在这场“学术风暴”的中央——“风暴眼”中的我,反而感觉此刻心情无比平静。当然,这是一种激动过后的平静。

会前期待超出预期

“本来担心上座率并不高的场次,结果却‘站无虚席’”

起初策划国际专场时,我本来很担心——全英文的场次,没有任何翻译的情况下,会不会很多听众并不一定欢迎?事实证明,我的担心是多余的。现场上座率非常高,大家不但听得很认真,而且真的是利用这么难得的机会向国际知名专家踊跃提问。我感觉很欣慰,这证明现在我国年轻一代临床肿瘤学者的英文水平值得骄傲,而且大家都是抱着虚心的态度来学习提高,这是非常好的现象。当然,本次年

会国际专场邀请的国际专家的确是作出了高质量、高水平的学术报告,这也是今年国际专场大受欢迎的重要原因之一。

另外值得一提的就是cMET通路专场。这个专场最开始是我提出来的,本以为“阳春白雪”,感兴趣的人会很有限,殊不知竟然“站无虚席”。可见,大家对于未来肿瘤学发展抱着学习提高的态度,也令我对我们国家未来的肿瘤学发展充满希望。

“大不一定就代表好,我们需要更多高质量的内容”

对于这些国际专场,参会的国际专家都在昨天的晚宴上给予了高度评价。他们纷纷表示,今年CSCO年会大大超出了预期,没想到中国临床肿瘤学发展已经到了一个新高度了。而且年轻学者紧跟学术发展潮流,对于国际最新研究进展了然于心,使得互相之间的交流通畅,为未来发展合作提供更多的可能。并且很多专家表示,今年ESMO年会参会人数预计8000人,而CSCO已经接近2万了,很可能未来

超越ASCO都不是没有可能。但其实越是这个时候我的头脑越清醒——大不一定就代表好,未来我们需要更多高质量的论坛,带来更多高质量的内容,让大家真正学有所得。

会议改进需要更多反馈

还有20日一天,今年CSCO年会就将落幕了。但在我心中,明年的年会又将开始了。今年年会中出现的一些问题,如有些场次因为场地原因使很多学者没办法听会,很多因为工作原因无法参会的医生不能及时有效地了解到年会最新进展内容等,都有待于我们在未来的年会中不断进行修正、完善。我们也会更加提早进行准备,更加精心地安排学术内容。

同时,我们更需要的是大家的更多反馈。包括下午即将举行的今年年会重头戏——全体大会等重要内容,都需要依靠大家的反馈来针对性地作出调整和改善。希望大家的共同努力下,CSCO年会越办越好,真正从规模和质量上均成为世界的“No.1”。

■记者眼

风暴眼,顾名思义,是指位于热带风暴深厚云区中间的一个晴空少云区,这里气压最低、风速也最小,与外面的风暴形成鲜明对比。最初吴教授用“风暴眼”来形容自己此刻的心情时,记者还感到非常诧异。但经过吴教授如此一番讲述,我们慢慢明白了他口中“风暴眼中的平静”的真正含义。现在,会场外面依然人头攒动,大家都在赶着前往下一个感兴趣的专场,但记者此刻的心情也渐渐趋于平静。如何利用当今新媒体时代的多重发展机会,更加全面、高效地呈现CSCO年会的学术盛宴,也成为摆在媒体人眼前的重要任务。我们同样希望,在您的反馈中,我们也能一起不断提高、发展,这将是我們前进的重要动力。

大会日程

的思考(冯继锋)
16:20~16:40 乳腺癌新辅助治疗进展(刘 强)
16:50~17:10 炎性乳腺癌的诊疗进展(张清媛)
17:10~17:30 乳腺癌分类治疗时代蒽环类药物基本地位(张 频)
17:30~17:50 50年乳腺癌国际研究进展对中国实践的影响(江泽飞)
胃癌靶向治疗与转化性研究论坛(下)(1楼1F-1会议室)
主席: 刘炳亚 李宇红 刘基巍 吕有勇
14:30~14:55 肿瘤临床免疫治疗未来趋势及挑战(郭 军)
14:55~15:20 PD-1、PD-L1在胃肠领域前景(刘宝瑞)
15:20~15:50 论文交流
15:50~16:10 优秀论文点评 李宇红 袁 瑛
16:10~16:30 遗传性弥漫型胃癌现状及未来展望(王晰程)
16:30~16:50 分子时代的胃癌个体化治疗(巴 一)
16:50~17:10 cfDNAs在胃癌中的临床应用前景(曲秀娟)
17:10~17:30 高通量基因检测在胃癌个体化诊疗中的应用前景与问题(高 静)
17:30~17:50 非编码RNA在胃癌中的临床意义及应用前景(束永前)
17:50~18:00 讨论与总结
结直肠癌论坛——晚期大肠癌专题(1楼1F-2会议室)
主席: 徐瑞华
14:30~14:50 晚期结直肠癌分子靶向治疗进展(徐瑞华)
14:50~15:10 肿瘤分子标记物在疗效及预后预测中的价值(徐建明)
15:10~15:30 肠癌肝转移的治疗策略及进展(潘志忠)
15:30~15:50 无法根治的晚期大肠癌的姑息性治疗进展(束永前)
15:50~16:20 讨论
16:20~16:40 2014年ASCO结直肠癌研究新进展(李 进)
16:40~17:25 论文交流
17:25~18:00 讨论与总结(徐瑞华)
肝癌论坛(1楼1B会议室)
主席: 樊 嘉 沈 锋 郑安理
14:30~15:00 The development of targeted therapy in liver cancer 肝细胞癌的靶向治疗进展(Ghassan K. Abou-Alfa)
15:00~15:25 奥沙利铂治疗原发性肝癌的临床研究现状(秦叔逵)

15:25~15:50 提高肝癌外科疗效的研究进展(沈 锋)
15:50~16:10 HCC的靶向药物治疗进展(梁 军)
16:10~16:50 论文交流
16:50~17:10 Treatment patterns in>3000 sorafenib-treated patients: final analysis of GIDEON (Global Investigation of therapeutic Decisions in hepatocellular carcinoma and of its treatment with sorafeNib)(叶胜龙)
17:10~17:35 肝癌的立体定向放射治疗的临床效果(曾昭冲)
17:35~18:00 肝癌药物合理应用(华海清)
非小细胞肺癌论坛——转化性研究专场(2楼2A01会议室)
主席: 毛伟敏 周 清 王长利
14:30~14:55 靶向治疗耐药机制的转化性研究(杨志新)
14:55~15:20 肿瘤干细胞的分子特性及其靶向免疫治疗的转化性研究(刘根桃)
15:20~15:45 基于二代测序技术的肺癌新靶点研究进展(李 慧)
15:45~16:10 液体活检(liquid biopsy)的现状和未来(肿瘤循环分子标志物:ctDNA、exosome、CTC及相关技术进展)(赵 军)
16:10~17:00 论文交流
17:00~11:80 热点问题讨论
淋巴瘤继续教育专场(3楼3A01会议室)
主席: 林桐榆 曹军宁 金 洁
14:30~14:40 开场致辞
14:40~15:05 边缘带淋巴瘤诊疗进展(冯继锋)
15:05~15:30 原发纵膈大B细胞淋巴瘤的治疗进展(张伟京)
15:30~15:55 继发性骨髓增生异常综合征(MDS)的诊疗进展(李 晓)
15:55~16:20 慢性淋巴细胞白血病治疗进展(李建勇)
16:20~16:45 外周T细胞淋巴瘤诊疗进展(张明智)
16:45~17:10 多发性骨髓瘤治疗进展(侯 健)
17:10~17:35 霍奇金淋巴瘤治疗进展(克晓燕)
17:35~18:00 边缘带淋巴瘤诊疗进展(冯继锋)
18:00~18:10 总结
姑息治疗论坛(3楼3B会议室)
主席: 于世英 刘爱国 李萍萍 谢广茹
14:30~14:35 开场致辞
14:35~15:05 肿瘤治疗相关性恶心呕吐防治指南(2014版)解读

(印季良)
15:05~15:35 恶性肿瘤骨转移及骨相关疾病诊疗专家共识(2014版)指南总论解读(于世英)
15:35~15:50 讨论
15:50~16:10 论文交流
16:10~16:40 肿瘤治疗相关肝损伤诊疗专家共识(2014版)解读(姚 阳)
16:40~17:10 肿瘤姑息治疗中成药使用专家共识(李萍萍)
17:10~17:25 讨论
17:25~17:45 论文交流
17:45~18:00 讨论及总结
肿瘤放射治疗论坛(2楼2号会议室)
主席: 王绿化
14:30~14:55 肿瘤放射治疗进展及挑战(殷蔚伯)
14:55~15:20 鼻咽癌放射治疗进展(马 俊)
15:20~15:45 晚期肺癌的放射治疗进展(王绿化)
15:45~16:10 食管癌的放射治疗进展(傅小龙)
16:10~16:30 论文交流
16:30~16:50 宫颈癌的放射治疗进展(郎锦义)
16:50~17:10 II/III期直肠癌术前放疗争鸣--大分次放疗对同步放化疗(金 晶)
17:10~17:30 立体定向放疗在肿瘤放射治疗中的应用(夏廷毅)
17:30~17:50 放疗质量管理新方法(戴建荣)
17:50~18:00 讨论
转化性研究论坛(2楼会见厅)
主席: 王杰军 顾健人
14:30~14:40 开场致辞
14:40~15:15 二代测序技术在中国胃癌病人中分子分型研究的结果(王杰军)
15:15~15:50 个体化医学的创新云计算系统(楼敬伟)
15:50~16:25 肺癌个体化诊疗最新趋势(周彩存)
16:25~17:00 食管癌生物样本资料库建设及转化医学研究的理解和思考(王立东)
17:00~17:35 基因组学指导下的药物研发快速通道(余 科)
17:35~17:55 论文交流
17:55~18:00 讨论

传承 创新 团结 协作

——CSCO 2014全体大会报道



吴一龙教授致辞



孙燕院士致辞



廖美琳、管忠震教授为秦叔逵教授颁发年度成就奖

19日下午14:30, 本届CSCO年会全体大会(plenary session)、也是当天下午唯一安排的学术场次正式亮相。在孙燕院士和吴一龙教授的致辞后, 首先进行的是CSCO首届“年度成就奖”的颁奖仪式。管忠震教授特别致颁奖词, 并与廖美琳教授共同将这一年会重磅奖项颁发给前瞻性、随机对照国际多中心Ⅲ期EACH研究的主要研究者(PI)——解放军第八一医院的秦叔逵教授。之后, 秦叔逵教授围绕EACH研究始末进行了生动、精彩的获奖演讲。

孙燕院士: 希望通过传承、创新、团结、协作, 我国临床肿瘤学事业继续前进, 各地区共同提高

17年来, CSCO取得的成绩有目共睹, 我们引以骄傲, 同时亦应以此为鞭策, 继续前进。今年百余名国际学者的到来, 创下历史新高的同时, 也进一步拓宽了国际视野。我们结合国情, 立足于开展学术交流和继续教育, 与国际密切合作, 必将使来自中国的好声音继续在世界临床肿瘤学舞台上回响。未来, 发展有中国特色的肿瘤学事业离不开人才的培养。一批有责任心、积极进取的学者们将推动我国肿瘤学可持续发展, 他们代表了我们的未来。

吴一龙教授: 参会人数约2万, 收到论文1200篇, 其中300篇来自国际, 中文专场59个, 国际专场10个, 卫星会48场

经过1年多的筹备, 今天终于向参会者递交了一份答卷。来自15个国家和地区的国际学者与会, 给今年CSCO年会涂上精彩的一笔。今天的一些成绩, 是在老一辈专家的支持和传承下, CSCO执行委员会全体委员的共同努力下才取得的。感谢为CSCO发展作出重要贡献的人们, 特别是刚刚故去的储大同教授。储教授作为CSCO的重要创始人之一, 为CSCO的成立、发展, 在国际化道路上迈出重要的第一步作出了不可磨灭的贡献。希望通过传承、创新, 我们共同努力, 携手前进, 永远走在临床肿瘤学前沿。

秦叔逵教授: 5因素——中国特色、老一辈指导、团队合作、政府支持、患者奉献促成EACH研究的成功

作为我国高发特色癌种, 改善肝癌患者生存激发了我国学者的研究动力。国内外同道的前期探索提供了重要启发。同时, 孙燕院士、管忠震教授等老一辈专家给予的无私指导和帮助, 使得EACH这项包括亚太地区38家肿瘤中心的国际多中心研究得以顺利开展起来。而所有参与研究的肿瘤中心之间的互相支持和合作, 体现了一种集体的智慧和团队合作精神。另外, 国家食品药品监督管理总局(CFDA)和CFDA药品审评中心专家给予的中肯建议也使团队受益匪浅。而患者及其家属的支持更是在研究实施过程中给予了极大鼓舞和帮助。这些因素共同促成了EACH研究的成功——继去年全文发表于《临床肿瘤学杂志》(J Clin Oncol)之后, 今年中国亚组分析结果在《肿瘤学家》杂志(Oncologist)发表。相信利用丰富的临床资源和经验, 未来大家实力将不断提升, 更多走向国门, 登上国际肿瘤学舞台。(《中国医学论坛报》廖莉莉 整理)



马军教授为部分优秀论文奖获得者颁奖



部分参会中外专家合影

■全体大会主题演讲(keynote speech)·肺癌免疫治疗的现状及瓶颈

来自美国 Dana Farber 癌症中心的 Pasi A. Jänne 教授在报告中指出, 当前免疫靶向治疗的靶点, 分别是阻断 CTLA-4 和 PD-1/PD-L1, CTLA-4 和 PD-1 在生物学功能上皆为抑制性受体, 前者表达的部位是参与抗原初次反应的 T 细胞(激活的 CD8+T 细胞), 后者为活化的 T 细胞、B 细胞和 NK 细胞以及不同类型的肿瘤浸润性淋巴细胞。在功能上, CTLA-4 是调节早期 T 细胞激活, 而 PD-1 是限制炎症反应后外周组织中 T 细胞的活性以及限制自身免疫。Jänne 教授介绍, 当前已进入Ⅲ期临床试验阶段的有抗 PD-L1 药物 MPDL3280A 和 MEDI-4736(用于 NSCLC)和抗 PD-1 药物 nivolumab(治疗黑色素瘤、NSCLC 和肾细胞癌), MK-3475(pembrolizumab, 治疗黑色素瘤和 NSCLC)。他指出, 从当前这些药物用于 NSCLC 患者临床试验结果显示的疗效(缓解率、缓解持续时间以及总生存)和安全性(药物相关的不良事件)来看, 抗 PD-1 和 PD-L1 药物单药治疗有效, 且耐受性好。最后, Jänne 教授强调, 当前对于肺癌免疫治疗存在的问题是, 需要解决预测疗效的最佳生物标志物以及如何与传统治疗和(或)靶向治疗联合。(《中国医学论坛报》许景红 整理)



紧跟时代 重视肿瘤免疫治疗

——访希思科临床肿瘤学研究基金会理事长、CSCO 大会共同主席秦叔逵教授

SITC-CAHON-US CACA-CSCO 联合论坛

主题:肿瘤免疫治疗(9月20日14:30~18:00,1层1D会议室)



秦叔逵教授
(SITC-CAHON-US CACA-CSCO
联合论坛中方主席)

对于这个专场,我们寄予了厚望,希望广大与会代表能够珍惜这一难得的机会,以空前高涨的热情重视肿瘤免疫治疗进步,积极学习提高,紧跟时代进步的潮流。

《中国医学论坛报》(以下简称《论坛报》):请您介绍一下今年年会 SITC-CAHON-US CACA-CSCO 联合论坛的特色。

秦叔逵教授: SITC-CAHON-US CACA-CSCO 联合论坛是 CSCO 与国际免疫治疗学会(SITC)、旅美华人血液肿瘤学

会(CAHON)、美中抗癌学会(US CACA)共同举办的肿瘤免疫治疗论坛,已经连续举办了5年。

众所周知,2013年,美国《科学》杂志编辑部评选出医学科学的十大进展,第1位就是肿瘤免疫治疗的进步。这里所讲的免疫治疗不是传统意义上的免疫治疗或者过继免疫细胞治疗,而是全新的概念,包括靶向免疫负性调节分子的抗体药物(CTLA-4、PD-1、PD-L1等分子的抗体)和 CART 免疫新技术等。通过阻断免疫负性调节通路、解除肿瘤逃避免疫系统能力达到抗肿瘤的目的,已经成为全球肿瘤学界高度重视的新热点。如 PD-1 抗体已经上市,通过抑制 PD-1 和 PD-L1(PD-1 配体)通路可以挽救耗竭的 T 细胞,显著增强抗肿瘤免疫力获得成功;同时,不同的免疫治疗之间、免疫治疗与放疗以及分子靶向药物的联合治疗研究正在被广泛验证,值得期待。今年我们希望在这个方面做进一

步的普及工作。

我出任本届联合论坛中方主席的原因有两个。一方面,这一论坛当年是我本人和时任 SITC 主席 Fox 教授共同倡导下设立的,得到了 CAHON 和 US CACA 的支持,在既往每年年会的联合论坛上都是由我出任中方的共同主席,这也是一个继续传承的过程;另一方面,我是 SITC 唯一来自中国的常务理事,这也是协助 CSCO 和 SITC 学会的工作。

近年来,肿瘤免疫疗法取得了令人瞩目的临床效果,成为目前最有潜力治愈恶性肿瘤的手段;相信肿瘤免疫治疗会不断地创造奇迹,为肿瘤患者带来希望。在既往 CSCO 年会上, SITC-CAHON-US CACA-CSCO 联合会场都是座无虚席,今年我们更是邀请到了多位国内、外“重磅”专家参与报告讨论,包括世界肿瘤免疫治疗联盟理事长 Fox 教授,内容新颖丰富,形式活泼。

(《中国医学论坛报》王迈采写)

共同联手 攻克胃癌

——访 CSCO 大会秘书长李进教授

JSMO-CSCO 联合论坛

主题:胃癌(9月20日08:30~11:50,1层1D会议室)



李进教授
(JSMO-CSCO 联合论坛中方主席)

由于日本和中国同属胃癌高发地区,而且日本在胃癌领域的研究始终位于世界前列,所以 JSMO-CSCO 联合论坛最终确立以胃癌为主题。

突出胃癌防治主题 JSMO-CSCO 联合会场将围绕胃癌防治这一主题展开学术报告。胃癌是常见的恶性肿瘤之一,具有异质性强、制定个体化治疗方案困难的特点。世界各地的胃癌发病情况各异,由于日本和中国同属胃癌高发地区,而且日本在胃癌领域的研究始终位于世界前列,所以 JSMO-CSCO 联合论坛最终确立这一主题。CSCO 希望与 JSMO 通过学会间合作,使得中国胃癌领域的专家、学者可以借鉴

日本胃癌防治的先进经验,最终造福广大中国患者。

开拓 CSCO 国际影响力 单从会员人数来看,CSCO 仅次于 ASCO,是世界第2大的临床肿瘤学学术组织。但是在国际影响力方面,CSCO 远远不及其他国际肿瘤学学术组织。基于这一原因,CSCO 设立联合会场,加强 CSCO 与国际学术组织之间的交流、联系,增加学术合作机会,为拓展 CSCO 的国际影响力起到铺垫作用。

CSCO 的国际化过程分为“请进来”和“传出去”两方面,我们将 JSMO 的学者请到中国来,传授日本先进的抗癌经验,中国学者同时将国内胃癌领域的最新研究进展传递给参会的日本学者。双方在完全对等的学术交流基础上,达到共同联手,攻克胃癌的目的。

临床实践与科研进展并重 CSCO-JSMO 联合会场邀请国内知名专家沈琳教授和章真教授分别围绕各自擅长的晚期胃癌姑息化疗和胃癌的辅助、新辅助放疗领域进行中国特色报告。

JSMO 则派出3名讲者围绕胃癌的分子靶向治疗等方面介绍日本胃癌治疗领域的先进经验。这部分讲题内容均贴近临床,实践性强,涉及医生在日常诊治胃癌过

程中需要遵循的操作规范和原则。

会前通过专家打分和评议,CSCO 还精选出5篇国内优秀论文,在 CSCO-JSMO 联合会场进行宣读,这部分讲题着重突出中国胃癌防治领域的最新研究进展,以惠及奋斗在胃癌基础研究领域的各位学者。

《论坛报》:您如何诠释本次 CSCO 年会“提升规范水平,拓展国际视野”的主题?

李进教授:“提升规范水平”是肿瘤治疗的根基,只有在规范化这一前提下才能依据患者不同的病情需要制定个体化治疗方案。

“拓展国际视野”则是完善 CSCO 国际化的过程,通过学术交流的“请进来”和“传出去”,最终让中国肿瘤领域的学者能够在国际舞台表达自己的观点,实现对等交流。

《论坛报》:您对《论坛报》的读者、本次 CSCO 年会的参会者有何期望?

李进教授:希望在未来 CSCO 和《论坛报》的合作更为紧密和愉快,双方共同联手,为中国的肿瘤事业做出贡献。希望《论坛报》的读者和 CSCO 年会的参会者在本次会议期间获得更多肿瘤领域的相关知识,加强自身为肿瘤患者服务的能力,造福广大肿瘤患者。

(《中国医学论坛报》姜旭晖采写)

SITC-CAHON-US CACA-CSCO Symposium (14:30~18:00, September 20, 1D Meeting Room)

Interaction & Integration



This is the 15th year that I have been coming to China. Thinking back, I am completely amazed at your technological accomplishments as well as your commercial and social developments. I continue to be impressed by the scientific and medical advances of your scientists and physicians and the commitment of your leadership to investing in medical research.

Dr. Bernard A. Fox (Co-Chair, from SITC)

The Society for Immunotherapy of Cancer (SITC) strongly values the relationship that has developed with CSCO and CAHON over the last four to five years and welcomes our new relationship with USCACA. SITC sees all three groups as strategic partners. Already CSCO, CAHON and SITC have partnered on the World Immunotherapy Council (WIC), bringing together 22 societies from across the globe to address hurdles to the development and application of immunotherapy. This has also led to China contributing patients to the “global” SITC-led immunoscore project.

Because of the vision and leadership of CSCO’s presidents, Professors Qin and Wu, there have been no substantial hurdles and our two societies have collaborated over the past four years. One of SITC’s core values is interaction/integration, with the goal of facilitating the exchange of information and education. In this way we see cooperation with CSCO as critical to our goal of facilitating the exchange of information and education and to improving the outcomes of all patients with cancer. SITC recognizes that immunotherapists in China are developing novel strategies to treat patients with cancer and SITC believes the global community can learn from the experience of Chinese investigators.

In addition to the joint sessions at the annual CSCO meetings, the “hurdles” pa-

per (Fox et al, JTM 2011), the collaboration on the WIC and the immunoscore project are three more examples of where CSCO and SITC have worked together. I see the revision to the hurdles paper, SITC’s expansion of the immunotherapy biomarkers taskforce, a joint CSCO-SITC session at the annual SITC meeting in Washington, DC and educational programs as a few opportunities for CSCO and SITC to extend our cooperation.

Certainly checkpoint blockade is a very hot area showing clinical responses in a sizeable fraction of patients with several types of cancer. One hypothesis is that these responses occur in patients whose tumors are highly mutated and appear more foreign to the immune system. Thus, patients with less mutated cancers, which are the vast majority of patients, will require additional therapy. In my opinion, developing effective treatment in these types of cancers, that are less mutated with fewer mutated targets, will require combinations that include next generation vaccines coupled with adjuvants, co-stimulation and checkpoint blockade. Decisions about treatment will be made based on an analysis of the immune landscape at the tumor site or using tests like immunoscore in the blood. These are the areas where I believe the next advances in patient treatment will occur.



China Medical Tribune is one of the best medical media in China. We want to encourage the readers of China Medical Tribune to explore USCACA initiatives at www.uscaca.org, to become a USCACA member, and to serve as a bridge linking China with the global battle against cancer.

Dr. Li Yan (Founding Executive Director of US CACA)

Cancer is a global challenge and the only effective way to address this challenge is through global collaborations. In recent years, CSCO, as the world 3rd largest professional oncology society, has quickly emerged as an appreciable organization in global oncology community. At this year’s CSCO annual meeting, USCACA together with CSCO will host two important sessions. ① The Investigation and Evaluation of Novel Agent Symposium – US CACA-CSCO Joint Session on Breakthrough Cancer Medicines: Scientific and Practical Considerations in the morning of September 20th. ② SITC-CAHON-US CACA-CSCO Joint Session on Cancer Immunotherapy is another key event.

In the past five years, USCACA has the privilege working with an extremely supportive and open minded CSCO leadership team, particularly, CSCO presidents, Drs. Qin Shukui and Wu Yilong, and general secretarial Dr. Li Jin. CSCO and USCACA strategized the near term collaboration on clinical trials of cancer drugs with a further focus on early oncology drug clinical development, a weak area in China. USCACA has established Young Investigator Scholarship to fund selected clinical trial staff from China to visit leading cancer centers in the US to learn the best practice of early cancer drug development. This year, the program will add a rotation

at the Cancer Therapy Evaluation Program at US National Cancer Institute for trainees to gain expertise in designing early phase clinical oncology trials. USCACA has partnered with US National Foundation for Cancer Research in establishing USCACA-NFCR Fellowship Awards to recognize the achievements of China investigators in basic and translational cancer research. Next year, USCACA plans to collaborate with CSCO and NFCR to expand this award to oncology investigators in advancing cancer drug clinical development in China.

Cancer immunotherapy is no doubt the most promising cancer treatment. The high durable response rate with survival benefits up to 10 years has brought up the hope of “curing” cancer, at least in some patients. For domestic R&D organizations and clinical investigators in China, the most exciting opportunity is to explore the potential of cancer immunotherapy in high prevalence cancer types in China. US CACA has organized a special September issue of Chinese Journal of Cancer on Cancer Immunotherapy with in-depth review of multiple aspects of this exciting field, especially viewpoints of best strategies to develop China-based cancer immunotherapy that is differentiated from global development. (Interviewed by Jinghong Xu from China Medical Tribune)

Keynote Speech In International Session

The Transformation of Oncology: A Strategic View of Immunoscore and Immunotherapy

Speaker: Society for Immunotherapy of Cancer (SITC), USA

Bernard A. Fox

Time: 14:30~14:50

The practice of oncology is undergoing a transformation! This change is fueled by the clinical success of novel immuno-

therapies in tumors other than melanoma and the recognition that a strong T cell infiltrate (Immunoscore+) is a good prognostic

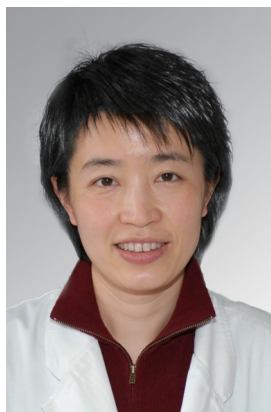
factor independent of tumor stage. While the strongest data supporting these claims is in a small number of cancers, there are

data for an immune infiltrate being a good prognostic factor in 18 cancer histologies and that number is likely to expand.

(Continued on page 7)

■ Keynote Speech In International Session

JSMO-CSCO Symposium (08:30-11:50, September 20, 1D Meeting Room)



Dr. Zhen Zhang



More investigations should focus on appropriate patient selection, optimized radiation treatment and more necessary, neoadjuvant chemoradiation in the multidisciplinary approach of locally advanced gastric cancer.



Dr. Shuichi Hironaka



In Japan, S-1 plus cisplatin is regarded as a standard of care for AGC as 1st line chemotherapy, and RAM plus paclitaxel will be a new standard of care as 2nd line chemotherapy. Now, several clinical trials with novel agents are on-going as Asian or global study. We hope a new powerful regimen will come to our clinical practice in the near future.

The Role of RT in the Treatment of Gastric Cancer

Speaker: Fudan University Cancer Hospital, China

Zhen Zhang

Time: 10:15~10:35

The benefit of overall survival with adjuvant concurrent chemoradiation over surgery alone has been confirmed by long-term follow up result in the randomized Phase III trial of INT 0116. The ARTIST single institution phase III trial showed the similar outcome of adjuvant chemotherapy compared with chemoradiation. However, patients with lymph node

metastasis presented better disease free survival (DFS). So far, there are few randomized phase III radiation related trials. More investigations should focus on appropriate patient selection, optimized radiation treatment and more necessary, neoadjuvant chemoradiation in the multidisciplinary approach of locally advanced gastric cancer.

(Continued from page 6)

Present efforts are applying advanced digital imaging and objective assessment tools to augment current abilities to quantitate the immune-tumor interplay. But this is just the start. Alternative lines of investigation are continuing to probe the tumor microenvironment with improved technologies and are examining factors, other than the checkpoint inhibitors, that may prevent or suppress immune activation and the accompanying regression of metastatic deposits. Knowledge of these inhibitors will provide opportunities to tailor combination therapy, to include agents that counteract identified inhibitors in specific patients, and ultimately improve the efficacy of treatment and patient outcome. But this will not work for all cancer patients. One hypothesis suggests that only highly mutated tumors will respond to checkpoint blockade or costimulation. For the remainder of cancers, I see two options. ① Next generation vaccines targeting over-expressed targets and commonly mutated genes to prime an anti-cancer immune response in combination with co-stimulation or checkpoint blockade or, ② Adoptive immunotherapy with chimeric antigen receptor (CAR) modified T cells which will not

require priming.

In 2014, it is imperative that the field address the following questions.

① What drives different anti-cancer immune responses in patients that appear otherwise similar for disease stage, age, gender? Is it the mutanome? Is it the microbiome?

② What is the pattern or patterns of immune inhibitors expressed in tumors that are the "Bad actors"?

③ How can we effectively induce immunity in patients that appear to lack it?

In my opinion, it is possible to answer these questions. Given the remarkable success of checkpoint blockade and adoptive immunotherapy with chimeric antigen receptor (CAR) modified T cells, fewer people doubt the potential curative power of an anti-cancer immune response. What we need now is to implement tailored/personalized combination therapies, based on the patient's immunoprofile, in multicenter clinical trials that also evaluate the tumor mutanome, the immune landscape of the tumor, the microbiome and the immune response to treatment. Evaluation of these parameters will allow us to address the important questions posed above.

Standard Palliative Chemotherapy for Advanced Gastric Cancer (AGC)

Speaker: Chiba Cancer Center, Japan

Shuichi Hironaka

Time: 09:40~10:10

S-1 is a novel oral anticancer drug, composed of tegafur (FT), gimestat (CDHP) and otastat potassium (Oxo) in a molar ratio of 1:0.4:1, based on the biochemical modulation of 5-fluorouracil (5-FU). Several clinical phase III trials of S-1 had been conducted to establish a standard chemotherapy in Japan. The JCOG9912 trial comparing 5-FU alone with irinotecan plus cisplatin and S-1 alone for AGC demonstrated the non-inferiority of S-1 to 5-FU in overall survival (OS). The SPIRITS trial comparing S-1 alone with S-1 plus cisplatin (SP) demonstrated the superiority of SP to S-1 with the median OS of 11.0 months with S-1 and 13.0 months with SP. Based on these results, SP is regarded as a standard therapy for AGC in Japan.

From outside of Japan, ML17032 trial showed the non-inferiority of capecitabine plus cisplatin (XP) to 5-FU plus cisplatin (FP) in progression free survival (PFS) and OS. In Germany, AIO reported a phase III study comparing 5-FU/LV plus oxaliplatin with 5-FU/LV plus cisplatin, resulting in a similar efficacy. Besides, REAL-2 study also demonstrated the non-inferiority and superiority of EOX to ECF as standard arm. Based on these results, capecitabine and oxaliplatin can substitute to 5-FU and cisplatin for AGC, and fluoropyrimidine plus platinum is regarded as a standard chemotherapy for AGC worldwide.

As for 2nd line chemotherapy, recent phase III studies demonstrated the superiority of chemotherapy, such as irinotecan and docetaxel, to best supportive care in OS. In Japan, weekly paclitaxel and irinotecan were popular drugs as 2nd line chemotherapy after failure of 1st line chemotherapy. To clarify which is better, WJOG4007 trial was conducted and did not show the superiority

of irinotecan to paclitaxel in OS. In ASCO-GI 2014, RAINBOW study, a global phase III trial of ramucirumab (RAM) which was a monoclonal antibody targeting VEGFR2 w/wo paclitaxel, demonstrated the superiority of combination arm in OS. On the other hand, a phase III study with apatinib which is a TKI targeting VEGFR2 was reported from China in ASCO 2014, and demonstrated the survival benefit of apatinib to BSC. Based on these results, we can realize that the selective inhibition of VEGFR2 is an important treatment strategy in the treatment of AGC.

Interestingly, a couple of global clinical studies showed a regional difference in survival of AGC patients. One is AVAGAST trial which did not demonstrate the superiority of FP/XP+bevacizumab. In the subgroup analysis according to each region, hazard ratio of Asia, Europe, and America was 0.97, 0.85, and 0.63 in OS, respectively. In the biomarker analysis, pVEGF-A was a good predictor for OS in non-Asia patients, but not for Asia-Pacific patients. Possible reasons were small tumor burden at the baseline and higher use of subsequent chemotherapy in Asia-Pacific, but this topic is now still under debate. As for RAINBOW trial, although RAM improved PFS in Japanese and Western patients, it did not improve OS in Japanese patients. One of the reasons is a higher percentage of subsequent chemotherapy, which resulted in diluting the survival benefit of RAM in Japanese AGC patients.

In Japan, S-1 plus cisplatin is regarded as a standard of care for AGC as 1st line chemotherapy, and RAM plus paclitaxel will be a new standard of care as 2nd line chemotherapy. Now, several clinical trials with novel agents are on-going as Asian or global study.

梳理不足,加深了解

——访军事医学科学院附属医院徐建明教授



胃肠神经内分泌瘤专场策划负责人:徐建明教授



时间:9月20日08:30~12:05
地点:2楼会见厅

希望中国的肿瘤医生,若在今后的工作中可能会涉及胃肠神经内分泌肿瘤的诊治,就请积极地参与此专场。此类肿瘤虽然发病率相对较低,但患者生存期很长,掌握其相关的知识及研究进展,可使误诊误治率降低。

建立推广普及平台

在中国,胃肠神经内分泌肿瘤较为罕见。甚至是很多一、二线城市中的大型医院的医生,对于胃肠神经内分泌肿瘤相关知识的掌握都还很欠缺,需要加强继续教育。而对于此领域的高端专家,某些在国际上存在争议的问题也需要进一步讨论。

所以,今年专场的主要目的是继续在中国肿瘤医生中推广和普及胃肠神经内分泌肿瘤的诊疗规范,并为此领域的专家交流提供一个良好的平台。

促进临床深入思考

在此次专场中,首先由中山大学附属

第一医院的陈洁教授和浙江大学附属第一医院的徐农教授对类癌综合征的诊治进展和高级别神经内分泌瘤的诊断与治疗选择进行介绍,使与会者可以系统了解胃肠神经内分泌肿瘤。随后,第三军医大学附属西南医院的梁后杰教授、北京协和医院的白春梅教授、北京大学肿瘤医院的郝纯毅教授及复旦大学附属肿瘤医院的朱雄增教授将分别就胃肠神经内分泌肿瘤的临床表现和诊断流程、内科治疗现状和未来、外科治疗中存在的问题以及病理中的共识与争议进行详实的报告。报告内容会涉及目前国际上胃肠神经内分泌肿瘤领域所争议的一些问题,如一线治疗失败后的后续治疗如何选择、肝转移患者如何确定治疗方案

等。其中,朱雄增教授的报告中有关分化程度较好的神经内分泌瘤和分化程度较差的神经内分泌瘤的病理方面的介绍,将促使临床医生深入思考如何制订针对此类特殊患者的治疗方案。

展示实例共同交流

专场最后,来自军事医学科学院附属医院的贾茹医生将会介绍临床上一个综合的典型病例,展示整个治疗过程中成功和失败的部分,从而对目前国内所存在的诊疗方面的争议问题进行梳理,然后由专家分别从外科、内科、病理等角度进行点评,并与参会医生进行交流。

广纳贤见更新《共识》

此外,去年胃肠神经内分泌瘤专场上发布了《中国胃肠胰神经内分泌肿瘤专家共识》。在共识发布后1年时间里,临床医生在学习和在临床实践使用此共识的过程中,会发现各种不足。所以在今年的专场中希望能够广纳贤见,在明年的CSCO会上对该共识进行更新。《中国医学论坛报》王姗 采写)

结直肠癌论坛——晚期大肠癌专题(1楼1F-2会议室)

晚期结直肠癌分子靶向治疗进展



徐瑞华教授

报告者:中山大学附属肿瘤医院
徐瑞华教授

时间:9月20日14:30~14:50

大约60%的结直肠癌患者初诊时已是局部进展期或晚期,5年生存率仅5%~8%。靶向药物的出现为晚期肠癌的治疗带来了新希望,在化疗方案基础上联合靶向药物可以进一步延长患者的生存期,改善患者预后。目前已批准用于晚期肠癌的靶向药物包括:以血管

内皮生长因子(VEGF)为靶点的单克隆抗体(代表药物为贝伐珠单抗)和以表皮生长因子受体(EGFR)为靶点的单克隆抗体(代表药物为西妥昔单抗和帕尼单抗)。

近年来靶向药物的研究进展为晚期结直肠癌患者的治疗提供了更多更好的策略,但是如何合理地选择靶向药物及最佳个体化治疗方案,同时尽量减少耐药的产生和不必要的治疗,仍然是目前面临的重要问题。报告者将就晚期结直肠癌一线靶向药物之争、全RAS基因检测与靶向药物的选择及晚期结直肠癌靶向维持治疗进展方面进行详细的介绍及分析,内容涉及近两年来晚期结直肠癌靶向治疗的最新研究进展。

报告者认为,结直肠癌靶向治疗未来的方向是甄别哪些患者群体更适合于接受哪一种治疗。基于分子标志物的有效人群富集才是未来发展的方向,才能真正做到“合适患者接受合适治疗”的真正个体化医疗。此外,报告者期待今后的临床研究结果能够进一步提高结直肠癌治疗的有效率及患者生存时间,改善患者生活质量,在结直肠癌的综合治疗中发挥更大作用。

结直肠癌论坛——晚期大肠癌专题(1楼1F-2会议室)

结直肠癌肝转移外科治疗全程管理



潘志忠教授

报告者:中山大学附属肿瘤医院
潘志忠教授

时间:9月20日15:10~15:30

结直肠癌肝转移诊疗全过程涉及多个学科,治疗手段复杂多样,合理应用可明显改善预后。报告者将从肝转移外科治疗的分类评估、围手术期治疗、外科治疗、康复随访的规范流程方面,阐述结直肠癌肝转移外科治疗的全程管理新理念。越来越多的化疗药物的涌现,以及包

括手术、介入、放疗等治疗手段的提高,给结直肠癌肝转移的多学科治疗提供了可能。结直肠癌肝转移的治疗需要多学科有机协作,包括结直肠科、肿瘤内科、肝胆外科、胸外科、消化内科、介入科、影像科(CT、MRI、PET-CT)、超声科、病理科、分子病理科、生物治疗科等。针对目前结直肠癌肝转移治疗多元化格局,采用多学科协作组(MDT)综合诊疗可以打破专业偏见和技术壁垒,推动多学科间的交流与协作,促进结直肠癌肝转移诊疗技术和经验的全面融合,在为不同患者个体制定最佳治疗决策的同时,将医疗资源的浪费降至最低,避免单一治疗、过度治疗、重复治疗等问题,降低了医疗成本,为患者制定最佳的个体化治疗方案,全面提高结直肠癌肝转移治疗的水平。过去的几年里,在包括手术、化疗等在内的多学科治疗模式的影响下,结直肠癌肝转移患者的预后得到了明显的提高,5年生存率从过去单纯姑息化疗的低于8%到现在的35%~40%。

更正 9月19日第14版胡春宏教授的单位应为中南大学湘雅二医院,第16版马胜林教授的单位应为杭州市第一人民医院,特此更正,并向胡春宏教授、马胜林教授和广大读者致歉。

更多关注,更多交流,更多成就

——访中国医学科学院肿瘤医院马建辉教授



肾癌及泌尿肿瘤论坛策
划负责人:马建辉教授



时间:9月20日08:30~12:00
地点:1楼1C会议室



肾癌及泌尿肿瘤论坛中将精华频现,欢迎参加 CSCO 的医生们能够踊跃到此论坛来感受肾癌及泌尿肿瘤领域丰硕的现在和潜力无限的未来,在将来的工作中关注肾癌及泌尿肿瘤,并加入这个团队与之共同进步。

广纳贤士,不断成长

在早年的 CSCO 会场上,肾癌及泌尿肿瘤很少被肿瘤医生所关注,因为泌尿系统肿瘤中的肾癌、膀胱癌及前列腺癌等多属于化疗“抗拒”型肿瘤,且在肿瘤内科医生中真正关心泌尿系统肿瘤或者从事相关内科研究者其实并不多。所以泌尿系统肿瘤专场设立之初较为冷清。

但近年来随着发病率逐渐增高,肾癌、膀胱癌和前列腺癌等疾病已跻身我国男性恶性肿瘤前 10 位,关注泌尿系统肿瘤专场的肿瘤医生越来越多。希望通过今年的肾

癌及泌尿肿瘤论坛,能够继续吸引更多的肿瘤医生投身泌尿系统肿瘤诊疗研究的队伍中来。

先驱医者,精华呈现

此次论坛首先是由泌尿系统肿瘤研究领域的高端专家对国内外的最新进展进行介绍。其中,来自复旦大学附属肿瘤医院的叶定伟教授将介绍前列腺癌的外科治疗进展,中国医学科学院肿瘤医院的寿建忠教授将介绍晚期前列腺癌药物治疗进展。而北京大学肿瘤医院的郭军教授和北京大学第一医院的何志嵩教授将分别就晚期肾

癌的治疗策略优化与预后提高和肾癌外科治疗现状进行报告。最后则由中山大学附属肿瘤医院的周芳坚教授介绍尿路上皮癌的治疗进展。统观整个专家报告部分,涵盖了泌尿系统三大肿瘤的相关内容,可使与会者在有限的时间内简明扼要地了解泌尿系统肿瘤领域的最新进展,同时使参会的肿瘤医生接受继续教育。

此外,多学科专家汇聚在此次论坛中,可以进行交流并相互借鉴,相信多学科综合诊疗思维的火花将会频频展现。

各路学者,自展风采

此外,论坛设立了论文交流部分。一改往年自由投稿稀少的局面,今年肾癌及泌尿肿瘤论坛接收到来自全国各地许多医生学者的论文投稿,专家组从中遴选出有代表性的优秀论文在此次专场中进行交流报告。这些论文主要涉及肾癌的靶向治疗研究,代表我国在此领域的最新研究进展,基本与国际水平同步甚至有所超越。并且在每篇交流论文报告结束后,均有一位专家对报告内容进行深入点评。《中国医学论坛报》王珊 采写)

复发转移性胃癌综合治疗问题与进展论坛(AGC)(2楼3号会议室)

进展期胃癌的二线治疗进展



梁军教授



报告者:青岛大学附属医院
梁军教授

时间:9月20日09:00~09:30

对于胃癌患者,即使接受根治术后,局部复发及远处转移的风险仍非常高。姑息化疗仍是进展期胃癌的主要治疗选

择。对进展期胃癌患者,目前的证据显示,与最佳支持治疗相比,化疗可以改善生存及生活质量。但与肠癌或胰腺癌等其他肿瘤不同,胃癌的治疗获益存在地区差异。由于其病因、发病率、临床病理特征甚至治疗模式在亚洲和西方社会都存在明显差异,所以不同地域的进展期胃癌治疗方案无统一标准。但无论一线方案如何,化疗后患者的中位生存期均不超过一年。二线治疗在东亚地区较西方国家普遍。目前对于铂类联合氟尿嘧啶类药物治疗失败的胃癌患者仍无标准的治疗方案。

报告者通过对近年来进展期胃癌二线治疗的多项研究进行梳理及分析后得出,多西他赛及伊立替康等药物单药或联合作为晚期胃癌二线化疗方案使用可以延长患者生存期,耐受性显示良好。而且地域不同,二线治疗模式也有所不同。此外,分子靶向治疗在胃癌二线治疗中已取得巨大的进步。特别是今年 ASCO 的中国研究,针对亚洲患者(主要是我国患者)的多中心临床研究取得阳性结果,为晚期胃癌患者带来了新的希望。

胃癌靶向治疗与转化性研究论坛(下)(1楼1F-1会议室)

分子时代的胃癌个体化治疗



巴一教授



报告者:天津市肿瘤医院
巴一教授

时间:9月20日16:30~16:50

胃癌是全球死亡第2位的恶性肿瘤,随着目前对于胃癌发病的基因及表观遗传学认识的不断深入,使开发一种合适的

生物标志物来反映患者个体化特征从而降低胃癌死亡率成为可能。分子研究方面的最新进展为胃癌的诊断与治疗带来了新的策略。

下一代测序(NGS)是一项可以一次并行对几十万到几百万条 DNA 分子进行序列测定的技术,NGS 方法为基因组、外显子组、表观基因组和转录组测序提供了新途径,使我们实现了对疾病包括肿瘤的全面了解,发现了相同病理亚型的恶性肿瘤中也存在着较大的异质性。NGS 技术在胃癌中的应用,使我们获得胃癌全基因组的初步探索能力。

我们将对微卫星不稳定性、胃癌全基因组测序及全转录组学测定方面对胃癌遗传学及表观遗传学方面的相关研究进行梳理和总结,阐明 NGS 在未来应用中的可能。并通过对突变基因的描述,形成应用 NGS 技术作为生物标记物和探索治疗靶点工具的基本框架。

迅速发展的 NGS 技术,可以有助于更深入地了解不同个体的致病因素及相应的始动基因的改变,为每位不同的患者提供个体化的治疗模式。

晚期 NSCLC 患者 TKI 治疗进展探讨

表皮生长因子受体(EGFR)-酪氨酸激酶抑制剂(TKI)已成为EGFR突变阳性非小细胞肺癌(NSCLC)患者全程管理的基石。在2014年中国抗癌协会临床肿瘤学协作专业委员会(CSCO)学术年会罗氏卫星会上,三位讲者结合今年美国临床肿瘤学会(ASCO)年会发表的最新数据,从不同角度盘点了以厄洛替尼为主的TKI研究进展。福建省肿瘤医院黄诚教授、黑龙江省肿瘤医院陈公琰教授、北京大学肿瘤医院方健教授、第三军医大学新桥医院朱波教授等嘉宾共同探讨了TKI在NSCLC中的治疗进展。会议由CSCO主任委员吴一龙教授任主席。



吴一龙教授



卢铀教授



周清教授



韩宝惠教授



现场讨论

晚期 NSCLC TKI 治疗 ASCO 进展盘点

讲者:四川大学华西医院 卢铀

Lux-lung 3 和 Lux-lung 6 研究对比了阿法替尼和化疗一线治疗 EGFR 突变 NSCLC 患者的疗效,两项研究仅化疗方案有差异,分别为顺铂+培美曲塞或吉西他滨。汇总分析显示,阿法替尼组较化疗组表现出中位总生存(OS)优势。分析不同组别患者一线以外的治疗情况发现,更多的TKI暴露可能为EGFR突变患者带来更长的生存获益,因而在整个治疗过程中应尽可能地保证其使用TKI的机会。分组分析显示,19外显子缺失患者接受阿法替尼治疗有明确的OS获益,而21外显子L858R点突变者的OS反而有缩短趋势。

结合既往的吉非替尼、厄洛替尼临床试验,提示19和21外显子突变可能是两种生物学特点不同的肺癌,且不同的TKI可能对两种突变有选择性。但不同突变类型的TKI治疗选择尚需更多的研究以明确。

针对不同耐药机制,需提供不同的耐药治疗策略,第三代TKI将是克服T790M+耐药的新希望。一二代TKI之间是否有差别还需要等待后续的临床研究结果,在吉非替尼与厄洛替尼头对头比较的Ⅲ期临床研究(WJOG 5108)中,吉非替尼未能证明疗效不劣于厄洛替尼。

EGFR 突变患者 TKI 治疗模式探讨

讲者:广东省人民医院 周清

TKI是EGFR突变患者的治疗基石。在以TKI为骨架的治疗中如何联合其他治疗,以建立最佳的联合治疗模式,是目前TKI治疗探索的热点。

化疗和TKI的交替使用是EGFR突变患者治疗选择之一,对于EGFR突变亚组,化疗和TKI交替治疗较单纯化疗可显著延长EGFR突变患者的PFS和OS。TKI同步联合化疗也有多项研究发表,早期的INTACT-1/2、TALENT等研究的入组患者均为非选择性患者,多为低突变率的高加索裔患者,META分析显示,EGFR-TKI联合化疗较单纯化疗可有效降低EGFR突变

患者的疾病进展风险。新近的NEJ005研究显示,对EGFR突变型患者,TKI与化疗同步治疗与序贯治疗的PFS无明显差异。目前TKI同步联合化疗多用于TKI耐药后处理。正在进行的研究如IMPRESS旨在探讨TKI一线治疗进展后患者接受同步联合化疗的价值,结果值得期待。

基于全球范围内对厄洛替尼疗效的广泛认可,厄洛替尼越来越多地被选择用于与不同靶点药物联合。抗血管靶向药物和免疫治疗联合TKI或可成为未来的一种治疗模式,TKI的疗效有望通过联合治疗得到进一步提升。

从 EGFR 突变患者全程管理的角度解读临床研究

讲者:上海交通大学附属胸科医院 韩宝惠

TKI的基石地位 在EGFR突变阳性患者的全程管理中,TKI占据了不可或缺的重要地位,是EGFR突变患者的治疗基石。若在一线化疗中确认EGFR突变,可在化疗完成后开始TKI换药维持治疗。SATURN研究显示,NSCLC患者一线化疗后疾病稳定的患者从厄洛替尼维持治疗的获益更大。对于在一线化疗中确认EGFR突变患者,也可在现有的化疗治疗中加入TKI,进行TKI与化疗的交替治疗。晚期EGFR突变患者一线使用了化疗/+化疗维持后出现病情进展时,可在二线治疗中给予TKI治疗。一项汇总分析显示,对于EGFR突变患者,二线TKI治疗的PFS生存获益不差于一线TKI治疗。

临床试验剖析 TKI所有的治疗演变都源于临床试验结果。正确设计和解读临床试验具有重要意义。临床试验根据

其设定的临床假设可分为优效和非劣效两大类。优效研究多以安慰剂做对照,研究假设是试验药的疗效优于对照药。非劣效研究以活性药物为对照,要求试验药的疗效在临床可接受范围内不比对照组差,历史数据显示对照组必须优于安慰剂组。WJOG 5108是首个TKI的随机、Ⅲ期头对头研究,研究假设为吉非替尼的疗效在风险比(HR)可信区间上限1.3的条件下不劣于厄洛替尼,但结果未能证明吉非替尼不劣于厄洛替尼,且厄洛替尼在全组和突变亚组的PFS和OS均长于吉非替尼。或许英国国立健康与临床优化研究所(NICE)对肺癌药物的更新建议更有助于我们理解这项失败的非劣效研究,厄洛替尼被推荐用于特定情况下经先前化疗后病情进展的NSCLC的二线治疗,而吉非替尼未得到推荐。

讨论

黄诚教授、陈公琰教授、方健教授、朱波教授等专家共同探讨了TKI在NSCLC中的治疗进展及一些热点问题,并指出,NSCLC未来治疗趋势会变得越来越精细化和个体化,更加关注新药物带来的获益,探索现有药物的联合应用,进行全程管理。对于EGFR突变患者使用TKI何时停药的问题我们需要

期待本月底ESMO即将揭晓的IMPRESS研究的结果和未来的研究来指导。对于EGFR突变状态未知患者的二线治疗,各位专家一致认为,临床实践中,应尽量克服各种困难进行EGFR突变检测,如果条件实在不允许,则建议细分患者人群,对于腺癌、不吸烟等高突变人群,一线化疗后可以使用TKI治疗。

■ 小结

吴一龙教授最后总结时,介绍了目前NSCLC患者TKI治疗的国际进展。

1. 为了回答第一代和第二代TKI的作用靶点是否不同的问题,目前正在进行一项META分析,以回答这一问题。

2. 如何使EGFR突变患者的PFS进一步延长,这是肺癌领域临床医生都非常关注的问题,目前,日本和韩国进行的Ⅱ期临床研究探讨了化疗和TKI治疗有机结合方案的疗效,已初步显示,二者交替治疗后生存率有所提高,目前,Ⅲ期研究正在进行中。

3. EGFR TKI治疗与其他针对不同靶点药物或化疗方案的联合治疗效果如何? 目前唯一阳性结果来自其与抗血管生成药物的联合治疗,但多位专家对日本学者进行的这一研究提出一些问题,目前正在根据这些问题调整最新的Ⅲ期研究设计方案。关于TKI与PD-1的联合治疗的探讨,目前针对东亚人群的研究方案正在探讨中。

期待这些研究结果能为我们带来新的启发和希望! (方睿 整理)

CRC 靶向治疗进展

——ESMO–CSCO 联合研讨会(Joint Symposium)精彩传真

以国际视野推动中国临床肿瘤学的飞速发展是本届中国抗癌协会临床肿瘤学协作专业委员会(CSCO)的最大特色。欧洲肿瘤内科学会(ESMO)作为国际上最有影响力的几大学会之一,与CSCO合作举行的ESMO–CSCO联合研讨会于9月19日召开。研讨会以结直肠癌(CRC)治疗进展为主题,特邀ESMO教育委员会主席、法国 Rene Gauducheau ICO 中心 Jean-Yves Douillard 教授和德国癌症中心 Claus-Henning Köhne 教授参会,两位外国专家介绍了ESMO CRC 指南、靶向药物表皮生长因子受体(EGFR)抑制剂和血管内皮生长因子(VEGF)抑制剂治疗CRC的进展。中山大学附属肿瘤医院徐瑞华教授、复旦大学附属肿瘤医院李进教授、中山大学附属肿瘤医院陈功教授和上海交通大学医学院附属瑞金医院张俊教授,分别就转移性CRC(mCRC)的维持治疗、靶向治疗、II 期CRC辅助治疗以及mCRC临床试验中相关问题进行了大会报告。研讨会由Jean-Yves Douillard教授和徐瑞华教授共同主持。现选取两位国外专家关于靶向治疗的报告精华内容,与读者分享。

mCRC 治疗建议 : 亟待更新的 ESMO 指南

Köhne 教授介绍,ESMO 指南将mCRC分为0组(可切除转移)、1组(潜在可切除转移)、2组(不可切除转移、高肿瘤负荷、有肿瘤相关症状)和3组(不可切除转移、无症状、疾病进展性低)。强化的联合化疗方案在不同组患者中表现出延长生存的优势。如对于2组患者,FOCUS研究显示,与FOLFIRI/FOLFOX 序贯 5-FU 相比,伊立替康单药序贯 5-FU 方案缩短了患者的生存期。临床应根据临床参数和分子标志物,包括治疗目标、肿瘤进展性、RAS 基因突变状态、患者喜好、耐受性和合并症等,对mCRC患者制定个体化的治疗决策。目前mCRC的治疗已经达到四线,随着循证证据的积累,ESMO 指南对序贯治疗的推荐意见亟待更新。Köhne 教授指出,对于RAS野生型患者,EGFR 抑制剂(如西妥昔单抗和帕尼单抗)联合化疗(FOLFIRI/FOLFOX/FOLFOXIRI)被推荐为一线方案,对于RAS突变型患者,选择EGFR 单抗或VEGF 单抗联合化疗尚待临床试验来确定。VEGF 单抗联合化疗(FOLFIRI/FOLFOX)作为二线方案。EGFR 单抗和瑞戈非尼是三、四线治疗可选择的靶向药物。

Köhne 教授还介绍了VEGF 单抗在mCRC治疗中的地位。目前尚无生物标志物可预测VEGF 单抗的疗效。在回顾现有研究结果的基础上,Köhne 教授总结了贝伐珠单抗在mCRC 一线治疗中的表现:与卡培他滨、5-FU/LV、IFL 等较弱的化疗方案联合时可改善无进展生存(PFS),但对总生存(OS)无影响;与FOLFOX 联合时也无明显的生存获益;与FOLFIRI 联合目前尚无数据;与XELOX(卡培他滨/奥沙利铂)联合疗效等同于FOLFOX,但费用增高。贝伐珠单抗在二线或后线治疗中可显著改善生存,尽管改善幅度有限,并发现这一获益主要存在于RAS野生型患者,而对RAS突变型患者无影响。

EGFR 抑制剂联合化疗 :RAS 野生型 mCRC 患者一线治疗的选择

Douillard 教授指出,和人类其他肿瘤一样,结直肠癌也是由遗传变异驱动的,RAS 家族可能在结直肠癌发病早期即发生突变,属于高突变频率的基因之一,主要包括KRAS 和 NRAS 的 2、3、4 外显子突变。大型随机研究首先在KRAS 第2外显子野生型患者中,发现EGFR 单抗(如西妥昔单抗和帕尼单抗)联合化疗可带来生存获益,随后进一步研究发现,KRAS 和

NRAS 的 2、3、4 外显子均为野生型的(RAS 野生型)患者也能从抗EGFR 单抗联合化疗中获得反应率、PFS、OS 等的明显改善,且获益程度较KRAS 野生型患者更多。可见,RAS 野生型患者是EGFR 单抗治疗的优势获益人群。

已有多项研究对比不同靶向药物在RAS 野生型患者中的疗效。PEAK 研究对比了抗EGFR 单抗与贝伐珠单抗分别联合FOLFOX 的疗效,尽管因样本量等因素,两组的OS 无显著差异,但抗EGFR 单抗组在数值上优于贝伐珠单抗组。FIRE-3 研究对比了西妥昔单抗或贝伐珠单抗联合FOLFIRI 的疗效,结果发现西妥昔单抗组在RAS 野生型患者中的OS 获益明显更优。CALGB 80405 研究对比了化疗(FOLFOX 或FOLFIRI)联合西妥昔单抗或贝伐珠单抗的疗效,目前仅报告了KRAS 外显子2 野生型mCRC 患者的初步结果,显示两组的PFS(P=0.55)和OS(P=0.34)未见明显差异,细化为RAS 野生型患者的更多分析数据将在ESMO 年会上发表。

综上,至少在一线或二线治疗中,KRAS/NRAS 基因型检测对于治疗决策和化疗联合靶向药物的选择至关重要。RAS 野生型mCRC 一线治疗选择EGFR 单抗治疗有更多获益。(芳菲 整理)

抗肿瘤新生血管治疗策略新进展

亚泰制药参一胶囊专题卫星会于昨日顺利召开。会议由中国医学科学院肿瘤医院孙燕院士担任名誉主席,唐平章教授、于世英教授、程颖教授、王杰军教授任大会主席。于丁、刘基巍、富力三位专家就目前抗血管疗法治疗策略以及Rg3 参一胶囊抗肿瘤作用机制及临床研究新进展做了专题报告。

抗血管生成在肿瘤治疗中的重要作用

会议开始,名誉主席孙燕院士就本次会议内容做了简要开场介绍,其指出抗血管生成疗法与手术、放疗、化疗联合应用是目前抗肿瘤治疗的新策略,能够有效延长患者的生存期,抑制术后复发转移,提高放化疗疗效。人参皂苷 Rg3 作为人参单体皂苷成分,具有明确的抑制血管新生的作用,同时能够降低放化疗的毒性,是临床上有效、经济的抗血管生成药物。

对于抗血管疗法治疗策略,刘基巍教授介绍,肿瘤的生长依赖于血管的生成,肿瘤血管生成是被血管生成促进因子和抑制因子的动态平衡调节的。抗血管生成疗法可以使存活血管正常化,血浆渗透减少,组织间压下降,乏氧改善,最终改善肿瘤血管有效递送化疗药物的能力,因此抗血管疗法联合化疗药物治疗可以达到“1+1 > 2”的疗效。

Rg3 参一胶囊抑制血管生成的作用机制

人参是我国名贵中草药,自人参皂苷被发现以来,受到各国专家学者的广泛研究,并证实了手性化合物 20(R)-Rg3 具有明显的抗肿瘤作用,但一直无法工业化生产。富力博士发明了水解酶定向转化技术,一举攻克了这个难题,使得参一胶囊的工业化生产技术处于国际领先水平。

Rg3 参一胶囊作为国家一类中药单

体,上市以来获得了诸多荣誉,尤其是“一类单体中药新药参一胶囊创制的关键技术及应用”荣获2013 年度国家技术发明二等奖。富力博士介绍,国内外学者对人参皂苷 Rg3 的抗肿瘤作用机制进行了大量的研究,结果证实,人参皂苷 Rg3 可抑制鸡胚新生血管生成、抑制 HUVEC 毛细血管的建立、抑制 VEGF 诱导的趋化作用、抑制内

皮细胞出芽形成微血管、抑制 MMP-2 和 MMP-9 表达、抑制 HUVEC 增殖效应、抑制 bFGF 诱导的血管形成的作用。

由此可以看出,人参皂苷 Rg3 可通过抑制血管生成因子的表达、阻断血管生成因子的效应、抗血管内皮细胞增殖迁移、抑制基底膜、胞外基质的降解等作用抑制肿瘤生成。

Rg3 参一胶囊治疗肿瘤临床研究新进展

基于多项临床研究结果,Rg3 参一胶囊已被我国肿瘤中医诊疗指南中推荐用于肺癌、甲状腺癌等肿瘤的治疗。于丁教授介绍,目前美国国立综合癌症网络(NCCN)指南已肯定了抗血管生成在肿瘤治疗中的重要作用。Rg3 参一胶囊作为一种抗血管生成药物,目前已在肿瘤治疗方面获得循证证据。

一项最新荟萃分析纳入多项关于应用 Rg3 参一胶囊联合化疗对比单用化疗治疗非小细胞肺癌、肝癌、胃肠癌、乳腺癌的多项临床研究,共涉及 2500 例患者。其结果显示,Rg3 参一胶囊联合化疗方案可有效提高化疗的有效率、疾病控制率,延长患者生存期。如 Rg3 参一胶囊联合肝动脉化疗栓塞术治疗肝癌的疾病控制

率是单纯化疗的 1.32 倍。

于丁教授在总结中指出,Rg3 参一胶囊应用方便,可以口服,已在多种肿瘤的治疗中表现出了良好的效果,但我们不能仅满足于这些成果,对于其治疗的优化,如对 Rg3 参一胶囊应用方式的优化、应用的时机等都值得研究者进一步探索,这也是患者获得更佳治疗的基础。

程颖教授在会议总结中指出,抗血管生成药物可以发挥抗血管生成作用,促使血管退化,切断肿瘤细胞营养供给,抑制新生和再生血管生长,抑制残存和新生肿瘤细胞,发挥抗肿瘤作用。Rg3 参一胶囊是我国拥有完全自主知识产权的一类药品,并获得了我国科技发明二等奖,其疗效与安全性已被多项临床研究证实,且还具有应用方便、可口服的优点,是抗肿瘤治疗的新选择。(寒林 整理)

在本届中国临床肿瘤学会(CSCO)年会上,青年医师论坛之乳腺癌专场邀请了国内乳腺癌领域的青年医师对近期乳腺癌诊疗最新进展进行了盘点,同时现场分享了 2 例乳腺癌病例,在理论结合实践基础上让与会者乳腺癌诊疗有更深层次的理解。

CSCO 青年医师论坛——乳腺癌专场撷粹

专家盘点乳腺癌诊疗最新进展

分子分型时代乳腺癌局部区域处理——第四军医大学西京医院 李南林

分子分型指导下的优效全身治疗对乳腺癌局部区域控制贡献率显著增加,同时局部区域控制应该综合考虑远处转移风险、全身及局部区域治疗(手术/放疗)的疗效与不良反应,且临床实践需要基于循证证据、新的局部区域治疗理念和治疗指南。

乳腺癌新辅助治疗策略和进展——哈尔滨医科大学附属第二医院 郭宝良

新辅助化疗能够改善患者的外科局部治疗,达到病理学完全缓解(pCR)的患者能够改善总生存。近年来,新辅助化疗的适应证人群有所扩大,采用的药物组合及给药方法也更趋于合理,根据分子分型的个体化治疗更加精准,是乳腺癌综合治疗的重要一环。

乳腺癌辅助化疗进展——军事医学科学院附属医院 张少华

并不是所有患者都需要辅助化疗,应该在分子分型基础上结合危险分级综合考虑化疗及方案的选择。蒽环和紫杉类药物仍然处于重要基石地位,新的药物如卡培他滨、吉西他滨等均未进一步提高疗效,分子分型的个体化治疗是未来理想。

乳腺癌辅助内分泌治疗之成就与探索——湖南省肿瘤医院 欧阳取长

目前,5 年他莫昔芬辅助内分泌治疗在激素受体阳性乳腺癌患者治疗中的地位已确立,NCCN 指南推荐他莫昔芬治疗可延长至 10 年。对于绝经前患者,卵巢功能抑制联合依西美坦是可行的新治疗选择。对于绝经后患者,芳香化酶抑制剂优于他莫昔芬。

乳腺癌影像技术进展——上海交通大学附属仁济医院 华佳

随着影像新技术的开发,乳腺影像学检查的功能已逐渐由传统的形态学监测转变为分子功能学方面的监测,尤其是乳腺 MRI 检查,因其对软组织病灶特有的辨别能力及功能影像的开发,越来越受到人们的关注。

转移性乳腺癌的全身化疗现状和进展——复旦大学附属肿瘤医院 王碧芸

转移性乳腺癌(MBC)化疗的进展相对有限。蒽环和紫杉类药物、卡培他滨、长春瑞滨和吉西他滨已广泛应用于临床,艾日布林是最新获批用于治疗 MBC 的单药。而铂类药物在三阴性乳腺癌中的地位已初步确立。

晚期乳腺癌分子靶向治疗进展——天津医科大学附属肿瘤医院 郝春芳

除化疗方案优化外,化疗与其他系统性治疗模式的联合使用如化疗与靶向药物的联合等也需关注。目前,随着基因组学研究的进展,对于不同分子亚型的乳腺癌患者,又有了更有针对性的药物选择。此外,各类新药的出现为 MBC 患者治疗水平的提高带来了更多的贡献。

晚期乳腺癌疗效评估指标解析——江苏省人民医院 殷咏梅

对于晚期乳腺癌,现阶段研究的目的多为如何进一步改善患者生存,因此,患者的总生存(OS)是临床研究疗效评价的金标准。而因 OS 受限较多,患者的无进展生存(PFS)成为研究中疗效评价最常采用的替代指标。

乳腺癌解救内分泌治疗的进展——南京军区南京总医院 管晓翔

近年来,随着对乳腺癌内分泌治疗耐药机制的深入研究,靶向药物与内分泌治疗的联合使用使得激素受体阳性晚期乳腺癌解救内分泌治疗有了更多的选择。但由于证据有限,临床应用中应该谨慎考虑靶向药物联合内分泌治疗的有效性和安全性。

我国开展乳腺癌钼靶筛查的意义和策略——复旦大学附属肿瘤医院 李俊杰

在发达国家,对适龄妇女开展定期钼靶筛查已有近 30 年历史,这可显著提高乳腺癌早期诊断率,改善患者预后,但学界对这一筛查的质疑也从未间断。我们应进一步探索在我国开展乳腺癌早期筛查的可行性及如何制定适用于我国患者的个体化策略。

乳腺癌精彩病例分享

初诊晚期乳腺癌患者一例

南方医科大学南方医院 姚广裕

患者,女,52 岁。
主诉 右乳癌 2 年半。
现病史 患者于 2 年半前发现右乳肿块,大小约 2.5 cm。于外院行空心针穿刺病理示“右乳浸润性导管癌”,给予 TE 方案化疗 2 周期后患者拒绝化疗(自述疗效不好),自行中药治疗,肿块进行性增大,3 月前出现腰痛症状逐渐加重,遂来我院治疗。

查体及辅助检查 走路步态稍显艰难,腰椎区域压痛明显,生理反射存在,病理反射未引出。右乳可见一约 7 cm×7 cm 肿块,明显隆起,侵及皮肤,与胸大肌有一定程度固定。左乳(-)右腋下可触及两枚肿大淋巴结,似融合,约 3 cm×3 cm,质硬、光滑、活动。左腋下及双侧锁骨上未触及肿大淋巴结。

查血示血 CA15-3 升高(192.1U/ml),血 CEA 正常。病理学检测示右乳浸润性导管癌,2 级,ER(+ 25%)、PR(++ 40%)、HER2(+)和 Ki-67 75%。CT 示肺部和腰椎存在肿瘤转移灶,骨扫描示骨盆转移。

诊断 右乳浸润性导管癌(T4N2M1)伴肺和骨转移。

诊治经过 吉西他滨+卡培他滨(GX)联合化疗方案加唑来膦酸 4 mg,每 28 天 1

复发转移乳腺癌患者一例

中国医学科学院肿瘤医院 王佳玉

患者,女性,39 岁。
主诉 2009 年 2 月因右乳腺肿物渐大 3 个月。

查体及辅助检查 右乳腺外下象限触及肿物 4 cm×3 cm,右腋窝淋巴结肿大。右乳腺肿物穿刺病理检测示浸润性导管癌Ⅲ级,ER(-)、PR(-)、HER2(++),Ki-67 40%。荧光原位杂交(FISH)基因检测示 HER2 基因无扩增。

右侧腋窝 LN 穿刺细胞学检测示 LN(+),B-us 提示腋窝淋巴结多发融合。

诊断 诊断为右乳腺癌 T2N2M0 期。
治疗经过 新辅助化疗选用紫杉醇(PTX)联合表柔比星(EPI) 治疗 6 个周期后,行右乳癌改良根治术,术后病理分期为 T1N1M0,免疫组化检测示 ER(-)、PR(-)、HER2(+),Ki67 20%。术后疗效评价为病理部分缓解(PR)。2010 年 8 月~2010 年 9 月期接受左胸壁及左锁骨上野放疗。放射总量各野分别为 50 Gy。患者定期复查,无疾病进展生存(DFS)期为 1.5 年。

2012 年 4 月,复查发现多发肺转移、纵隔 LN 转移。遂开始应用长春瑞滨+卡培他滨(NX)方案治疗 6 个周期,后续 X 单药维持 4 个周期。治疗中出现Ⅱ度外周神

次治疗。化疗 4 个周期后,CT 复查示肺部和骨转移灶明显缩小。遂行乳腺癌原发灶切除术,术后采用卡培他滨单药维持治疗。维持治疗 17 个月后,血 CA15-3 升高至 51.6 U/ml,比维持治疗后最高值升高 89%,一月后复查为 59.5 U/ml。

讨论 对于化疗后是否可以考虑原发病灶切除,应个体化。刘健教授应用其“刘氏三原则”进行了总结,其认为①乳腺癌的治疗应坚持分类治疗、全程管理的原则。对于局部治疗的时机,刘教授认为在患者化疗获益至少 6 个月以上时可以考虑;②应筛选可以从局部治疗中获益的人群;③手术切缘阴性是患者获益的保障。

此例患者维持治疗选择也是讨论的热点,目前认为①维持内分泌治疗和维持化疗可能疗效相同;②GX 方案已被证明有效,内分泌治疗不一定有效;③乳腺癌患者生存期长,为以后治疗留下更多手段;④卡培他滨口服方便、易耐受。

此外,单纯肿瘤标志物检测结果是否可指导治疗选择,与会专家认为应在肿瘤标志物基础上结合影像学检查,用于后续治疗的参考。

经毒性,Ⅲ度手足综合征,遂停药。缓解期共 12 个月。

后续因患者疾病进展又进行了二线(PTX+卡铂)和三线化疗(白蛋白紫杉醇),缓解至今,耐受较好。2014 年 9 月复查示肝转移进展,入组艾日布林临床研究组,目前正在筛查中。

讨论 点评专家针对该患者 NX 方案结束后进入卡培他滨维持治疗阶段后,因Ⅲ度手足综合征而停药进行了讨论。在临床实践中,如何管理化疗药物给患者带来的不良反应,减少因不良反应停药几率,十分重要,需要医生对患者所用化疗药物的不良反应有预判。

对于卡培他滨治疗引起的手足综合征,在Ⅲ度手足综合征出现之前一定要经历Ⅰ度、Ⅱ度的反应,如果我们在含卡培他滨方案的前几个周期就很关注患者的手足反应,在患者出现手足皮肤红斑干裂的时候及时采取保护措施或适度减低卡培他滨用量或延长给药间歇时间,患者可能会不出现或延迟出现Ⅲ度手足综合征。那样的话,患者的 NX-X 方案可能不会因为副反应过早停药,TTP 也会相应延长。

希 罗 达[®]
(卡培他滨片)
Xeloda[®]
(Capecitabine tablets)



希罗达[®]中国 12 年
信赖 源自 品牌



X 原研卡培他滨
X 原料来自美国
X 品牌值得信赖



完整处方资料详见产品说明书 修改日期：2012年8月24日

警告

对于同时服用卡培他滨和香豆素类衍生物抗凝药如华法令和苯丙香豆素的患者，应该频繁监测抗凝反应指标，如INR或凝血酶原时间，以调整抗凝剂的用量。在合并用药期间，曾有凝血参数改变和/或出血，包括死亡的报告。
发生时间：在开始卡培他滨治疗后几天到几个月时间内，也可能在停止使用卡培他滨后1个月内观察到。
易感因素：年龄>60，诊断为癌症。

【药品名称】

通用名称：卡培他滨片
商品名称：希罗达[®]
英文名称：Capecitabine Tablets

【适应症】

结肠癌辅助化疗：卡培他滨适用于Dukes'C期、原发肿瘤根治术后、适于接受氟嘧啶类药物单独治疗的结肠癌患者的单药辅助治疗。结直肠癌：卡培他滨单药或与奥沙利铂联合(XELOX)适用于转移性结直肠癌的一线治疗。乳腺癌联合化疗：卡培他滨可与多西紫杉醇联合用于治疗含蒽环类药物方案化疗失败的转移性乳腺癌。乳腺癌单药化疗：卡培他滨亦可单独用于治疗对紫杉醇及含蒽环类药物化疗方案均耐药或对紫杉醇耐药和不能再使用蒽环类药物化疗(例如已经接受了累积剂量400 mg/m²阿霉素或阿霉素同类物)的转移性乳腺癌患者。耐药的定义为治疗期间疾病继续进展(有或无初始缓解)，或完成含有蒽环类药物的辅助化疗后6个月内复发。胃癌：卡培他滨适用于不能手术的晚期或者转移性胃癌的一线治疗。

【用法用量】

卡培他滨的推荐剂量为1250mg/m²，每日2次口服(早晚各1次；等于每日

总剂量2500mg/m²)，治疗2周后停药1周，3周为一个疗程。卡培他滨片剂应在餐后30分钟内用水吞服。在与多西紫杉醇联合使用时，卡培他滨的推荐剂量为1250 mg/m²，每日2次，治疗2周后停药1周。与奥沙利铂联合使用时，在对患者给予奥沙利铂后的当天即可开始卡培他滨的治疗，剂量为1000 mg/m²，每日2次，治疗2周后停药1周。

【不良反应】

厌食、腹泻、呕吐、恶心、口腔炎、腹痛、手足综合征、皮炎、疲劳、昏睡等

【禁忌】

已知对卡培他滨或其任何成份过敏者禁用；既往对氟尿嘧啶有严重、非预期的反应或已知对氟嘧啶过敏患者禁用；禁用于已知二氢嘧啶脱氢酶(DPD)缺陷的患者；不应与索立夫定或其类似物(如溴夫定)同时给药；禁用于严重肾功能损伤患者。(详见产品说明书)

【批准文号】

0.15g：国药准字 H20073023
0.5g：国药准字 H20073024

沪药广审(文)第2014040176号

公司名称：上海罗氏制药有限公司
地 址：上海市龙东大道1100 号
免费咨询电话：800-820-8780

晚期胃癌综合治疗相关问题探讨

中国医科大学附属第一医院 刘云鹏



刘云鹏教授

晚期胃癌的治疗现状及难点

晚期胃癌一线化疗临床研究的成败分析

晚期胃癌的化疗方案主要有由老药顺铂、5-FU、蒽环类及新药奥沙利铂、紫杉类、伊立替康及口服氟尿嘧啶类药物(卡培他滨、S-1)等组成的化疗方案,为一线化疗提供了多种选择性,但是在临床实践中,针对具体患者选择何种化疗方案时仍然存在很多困惑。在各种大型Ⅲ期研究中,“成功”的研究就可以在临床上照搬应用吗?“失败”的研究就一定没有参考价值吗?敬请关注今日的复发转移性胃癌综合治疗问题与进展论坛对晚期胃癌一线化疗Ⅲ期研究的成败原因的深度解析,为今后开展临床研究及临床实践提供更多的经验和启示。

晚期胃癌腹膜转移的处理对策

有接近10%~20%的晚期胃癌患者诊断时伴有腹膜转移,近50%的术后患者发生腹膜转移,平均生存期仅6.4个月,5年生存率低。但腹膜转移发生的机制和它的分型又是怎样的呢?我们用哪些方法来检测腹腔游离细胞?以及该如何选择各种治疗手段(手术、局部化疗、系统性化疗)的适用人群?如何选择化疗的合适药物匹配?请听复旦大学附属中山医院肿瘤内科刘天舒教授带来的胃癌腹膜播种患者的治疗策略探讨。

晚期胃癌姑息性放疗的是与非

胃癌是我国第二高发、并且是预后很差的恶性肿瘤之一。根治性手术切除是治愈胃癌最重要的手段,但只适用于早期或局部晚期可手术胃癌。在我国,进展期胃癌比例高,约50%以上的胃癌患者就诊时已出现远处转移或因局部肿瘤病期较晚而失去了手术机会。针对这部分晚期患者,化疗是目前主要的治疗手段,但单纯化疗疗效很差,另外也不能达到减轻症状的目的。因此,对于晚期不可手术或已发生转移的患者,为了减轻患者痛苦、加强营养、提高生活质量并改善预后,应考虑综合运用化疗、放疗、手术、支持治疗等方法。目前认为如下晚期胃癌患者适合放疗:①局部肿瘤外侵严重或有较多的淋巴结肿大融合,不一定能达到根治性手术的患者,可以考虑新辅助化疗±放疗,如果通过上述办法能把患者转化成可根治性手术切除,那么患者就

有治愈的希望;②有局部出血、疼痛症状等的晚期胃癌患者,放疗对止血和止痛有很确定的效果;③病变复发或转移到其他部位,如腹膜后淋巴结、骨转移、脑转移、肺转移等晚期患者,放疗可起到控制病变、解除症状的疗效。

但是放疗的时机怎么安排?放疗是与化疗计划性相结合还是化疗无效后再行放疗?放疗能给予多大剂量?怎么设定放射治疗范围等还存在一些问题。

此外,晚期胃癌的治疗目前循证医学证据不多,大部分是回顾性或者前瞻性Ⅱ期小样本的研究,需要多学科给予更多的关注,最好进入临床研究,这也需要更多关注。

基于此,围绕上述晚期胃癌的综合治疗及晚期胃癌姑息性放疗的是与非,中国医学科学院肿瘤医院放疗科金晶教授将展开具体论述。

晚期胃癌综合治疗相关问题

R0切除术在胃癌肝转移患者中的应用和进展

肝转移是晚期胃癌患者死亡的主要原因之一,其转移发生率高达44.5%。借鉴来自结直肠癌肝转移术前新辅助加手术取得明显成果的启示,我们对胃癌肝转移的患者做了很多尝试,但可切除转移性胃癌患者的生存差异仍然很大,是否应R0切除有很多不同的观点。同时,胃癌生物学行为特征与结直肠癌不同,弥漫扩散更明显,仅有一小部分高选择过的R0获益。因此,如何选择获益人群,如何识别、寻找值得切除的人群是关键。天津医科大学附属肿瘤医院黄鼎智教授将对这些问题进行报告,值得期待。

胃癌卵巢转移临床治疗决策与争议

胃癌中约6.7%会出现卵巢转移,这部分患者的预后差,5年OS率仅1%。目前有关胃癌卵巢转移治疗的临床可靠数据较少,尚未达成统一策略,仍存在较大争议与分歧,主要集中在:①手术切除卵巢转移瘤是否能使患者获益?②肿瘤减灭术能否使胃癌卵巢转移患者获益?③术后化疗可否使胃癌卵巢转移患者获益?④预防性卵巢切除的可行性如何?⑤内分泌治疗、靶向治疗对胃癌卵巢转移的治疗前景如何?针对上述问题,敬请期待吉林大学第一医院王畅教授的详细分析。

胃癌局部复发的治疗选择与争议

研究显示胃癌术后局部复发率约达25.9%,随着胃癌外科诊治水平的不断提高,胃癌术后局部复发的临床诊断和治疗已成为胃癌临床工作中一个引人注意的问题。针对胃癌局部复发的患者,能否再次手术切除是关键。针对能手术的患者,手术时机的把握、为达到切除目的所进行的各种治疗手段的选择是关键,详细了解请关注中山大学附属第一医院彭建军教授的精彩报告。

mCRC 的治疗现状及靶向治疗进展

中山大学附属肿瘤医院 徐瑞华



徐瑞华教授

总的来说,晚期结直肠癌(mCRC)的治疗水平近年有了大幅度提高,患者OS从既往尚无有效治疗药物时的半年左右,延长至目前的2年以上。今年ASCO年会报道的CALGB 80405研究显示,化疗联合靶向药物使KRAS野生型mCRC患者的OS延长至近30个月,这是非常大的进步。mCRC患者的生存延长主要得益于以下三个因素:①治疗理念更新,即全程治疗管理,使患者能接受一、二线及后线治疗,进而从现有治疗药物中最大获益。②多学科发展,即通过多学科讨论,共同制定治疗计划,力求达到最佳治疗效果。例如,通过多学科讨论使一部分结直肠癌

肝转移患者获得肝转移灶切除,获得治愈的机会。③新药开发及应用,如靶向药物贝伐珠单抗、西妥昔单抗等的问世,为提高mCRC患者的生存提供了可能性。

然而,我们经常发现中国mCRC患者在国际临床研究中接受的治疗疗程明显少于西方患者,这中间很重要的是医患沟通的问题。医生需要告知患者这种治疗能获益,能延长生存,而化疗的毒性通过治疗方法可得到改善。此外,我们还需在治疗理念上的不断更新,如采用打打停停或维持治疗,以降低毒性,使患者能完成后续治疗。目前关于维持治疗的最佳方案尚无定论,初步认为采用贝伐珠单抗联合化疗一线治疗,后续给予贝伐珠单抗联合卡培他滨维持是目前循证证据最充分的策略之一。

对于mCRC的化疗方案,目前认为FOLFOX和FOLFIRI疗效相似,不良反应谱不同,可互为一二线。此外,XELOX与FOLFOX可相互替代。近两年,研究者更多关注靶向药物的探索和研究,从目前对两类靶向药物的头对头比较研究结果可见,对于KRAS野生型患者,无论贝伐珠单抗联合化疗,或是西妥昔单抗联合化疗都能实现很长的OS,都是很好的治疗选择。

晚期结直肠癌化疗策略的优化选择

江苏省人民医院 束永前



束永前教授

对于初始不可切除的晚期mCRC,2010年《欧洲肿瘤内科学会(ESMO)晚期结直肠癌临床治疗指南》强调,基于患者情况和治疗目标的不同治疗策略选择是大部分患者的治疗关键。临床上将不可切除mCRC患者分为3类:①转移灶潜在可切除,肝肺局限性病灶;②转移灶不可切除,肿瘤负荷大且进展迅速;③转移灶不可切除、肿瘤负荷小且无迅速恶化症状和风险。

对于转移灶潜在可切除的患者,最大程度缩小肿瘤,提高切除率,尽可能创造治愈可能性是治疗目标,临床需给予高强度的多药联合治疗。研究证实,采用有效率高的化疗药物能将初始不可手术的肝转移转化为以根治为目的可手术肝转移,且化疗联合靶向治疗可进一步提高客观缓解率(ORR)和R0切除率。2014年

NCCN指南推荐,卡培他滨+奥沙利铂(CapeOX)/FOLFOX/FOLFIRI±靶向药物是转化治疗方案选择。

对于转移灶不可切除、肿瘤负荷大且进展迅速的患者,快速缩小肿瘤、缓解症状、控制疾病进展、获得更好的生活质量是治疗目标,临床需选择多药联合化疗±靶向药物方案。研究表明维持治疗是mCRC的理想治疗模式,可降低化疗药物的累积毒性,提高生活质量,降低治疗费用。因此,化疗方案的选择需同时考虑一线化疗和维持治疗。在一线化疗药物中,V308研究显示FOLFOX与FOLFIRI一线治疗的疗效相当,NO16966、ML16987等显示,XELOX与FOLFOX的疗效相当,且不良反应少,患者生活质量更好。在维持治疗药物中,NCCN指南推荐采用氟尿嘧啶类药物(如5-FU、卡培他滨)±靶向药物,其中卡培他滨因具有疗效确切、口服方便、依从性好、更具成本效益的特点被认为是维持治疗的合适选择。

对于转移灶不可切除、肿瘤负荷小且无迅速恶化症状和风险的患者,获得更好的生活质量和更长的生活时间是目标,临床建议采用以单药为主的治疗。2004年一项研究显示,卡培他滨单药与5-FU/LV治疗的OS相当(P=0.48),且3~4级不良反应如口腔炎、粒细胞减少等发生率更低,患者耐受性更好,是晚期mCRC姑息治疗的理想选择。

复发转移性胃癌综合治疗问题与进展论坛(AGC)

(Multi-disciplinary Treatment Progress Symposium on Relapsed and Metastatic Gastric Cancer)

时间:2014 年 9 月 20 日
地点(Venue):厦门国际会议中心酒店 2 楼 3 号会议室
主席(Co-Chairs):樊青霞 徐惠绵
研讨专家(Panelists):刘云鹏 薛英威 林锋

上半场:晚期胃癌的治疗现状及难点

主席:樊青霞 徐农 束永前

- 08:30~09:00 晚期胃癌一线化疗临床研究的成败分析
刘云鹏 中国医科大学附属第一医院
- 09:00~09:30 进展期胃癌的二线治疗进展
梁军 青岛大学附属医院
- 09:30~10:00 晚期胃癌腹膜转移的处理对策
刘天舒 复旦大学附属中山医院
- 10:00~10:30 晚期胃癌姑息性放疗的是与非
金晶 中国医学科学院肿瘤医院

下半场:晚期胃癌综合治疗相关问题(视角讨论)

主席:徐惠绵 张俊 金晶 李薇

- 10:30~10:45 R0 切除术在胃癌肝转移患者中的应用和进展
黄鼎智 天津医科大学附属肿瘤医院
- 10:45~11:00 晚期胃癌姑息手术外科观
李子禹 北京大学肿瘤医院
- 11:00~11:15 胃癌卵巢转移临床临床治疗决策与争议
王畅 吉林大学第一医院
- 11:15~11:30 胃癌肝转移手术治疗难点与机遇
武爱文 北京大学肿瘤医院
- 11:30~11:45 胃癌局部复发的治疗选择与争议
彭建军 中山大学附属第一医院
- 11:45~11:55 讨论
- 11:55~12:00 总结

结直肠癌论坛

——晚期大肠癌专题(Advanced Stage Colorectal Cancer Symposium)

地点(Venue):厦门国际会议中心 1 楼 1F-2 会议室
主席(Co-Chairs):徐瑞华
主持人(Moderators):毕锋 潘志忠
讨论专家(Panelists):刘天舒 陈功 张俊 周爱萍 陆明 张艳桥 袁瑛

专题报告(Keynote Speech):

- 14:30~14:50 晚期结直肠癌分子靶向治疗进展
徐瑞华 中山大学附属肿瘤医院
- 14:50~15:10 肿瘤分子标记物在疗效及预后预测中的价值
徐建明 军事医学科学院附属医院
- 15:10~15:30 肠癌肝转移的治疗策略及进展
潘志忠 中山大学附属肿瘤医院
- 15:30~15:50 无法根治的晚期大肠癌的姑息性治疗进展
束永前 江苏省人民医院
- 15:50~16:20 讨论
- 16:20~16:40 2014 年 ASCO 结直肠癌研究新进展
李进 复旦大学附属肿瘤医院

论文交流(Oral Presentations):

- 16:40~16:55 西妥昔单抗在右半和左半结直肠癌的不同反应
王峰 中山大学附属肿瘤医院
- 16:55~17:10 外周血中 DPD 酶在晚期消化道恶性肿瘤患者中的表达对替吉奥化疗疗效及毒副反应影响的多中心观察
杨静悦 第四军医大学西京医院
- 17:10~17:25 术前化疗联合贝伐珠单抗治疗单纯肝转移结直肠癌的临床研究
卢震海 中山大学附属肿瘤医院
- 17:25~18:00 讨论与总结:徐瑞华

EGFR-TKI 的现在和未来

表皮生长因子受体(EGFR)—酪氨酸激酶抑制剂(TKI)的诞生为 EGFR 突变阳性非小细胞肺癌(NSCLC)的治疗带来了革命性的变化。在本次 CSCO 年会的阿斯利康卫星会上,香港中文大学莫树锦(Tony Mok)教授带来一场题为“EGFR-TKI 的现在和未来”的精彩报告,中山大学附属肿瘤医院张力教授主持。美国临床肿瘤学会(ASCO)2014 年会发表了多项可能改善 NSCLC 临床实践的研究,莫树锦教授在卫星会上与张力教授、上海交通大学附属胸科医院陆舜教授、同济大学附属肺科医院周彩存教授和军事医学科学院附属 307 医院刘晓晴教授结合这些研究,共同探讨了 ASCO 会后晚期 NSCLC 的个体化治疗问题。

不同 TKI 疗效对比:吉非替尼=厄洛替尼

迄今已有 8 项重要的临床随机试验结果证实了 EGFR-TKI 一线治疗 EGFR 突变型 NSCLC 患者的临床疗效,应答率在 56%~84.6% 不等,中位无进展生存(PFS)期 8.4~13.1 个月不等。莫树锦教授重点回顾了 ASCO 2014 年会发表的新研究。

WJOG5108 临床研究是一项比较厄洛替尼和吉非替尼(易瑞沙)对既往治疗失败晚期肺腺癌患者疗效的头对头研究。结果显示,两种 TKI 吉非替尼和厄洛替尼治疗均可显著延长 EGFR 突变型晚期 NSCLC 患者的 PFS,分别为 8.90 个月和 10.9 个月,但无显著差异($P=0.532$) (图 1);在 EGFR 野生型(2.07 个月对 2.10 个月, $P=0.221$)和 EGFR 突变状态未知(3.61 个月对 2.53 个月, $P=0.878$)患者中,两种 TKI 的 PFS 较短,且无显著差异。

LUX Lung 3/6 研究分别观察了阿法替尼与培美曲塞/顺铂或吉西他滨/顺铂方案对常见 EGFR 突变类型患者一线治疗的疗效。两研究的联合分析显示,阿法替尼组较化疗组可带来总生存(OS)获益,但对不同突变的亚组分析发现,阿法替尼带来的 OS 获益仅存在于 19 外显子缺失(Del19)患者(31.7 个月对 20.7 个月, $HR=0.59$, $P=0.0001$,图 2),21 外显子突变(L858R)患者并无获益(22.1 个月对 26.9 个月, $HR=1.25$, $P=0.1600$,图 3)。分析患者一线以外的治疗情况发现,治疗期间更多的 TKI 暴露可能与生存获益有关。

LUX Lung 7 是一项 IIb 期研究,对比阿法替尼与吉非替尼在 EGFR 突变型患者中一线治疗的疗效。另一项 ARCHER 1050 研究对比了 daacomitinib 与吉非替尼一线治疗 EGFR Del19/L858R 患者的疗效,正在进行。

总体而言,现有的临床研究数据提示,吉非替尼与厄洛替尼一线治疗 EGFR 突变型 NSCLC 患者时的 OS 获益无显著差异,仅在 PFS 方面有所差别。

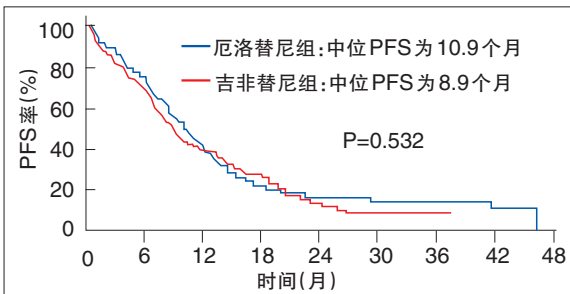


图 1 WJOG5108 研究的 PFS 结果

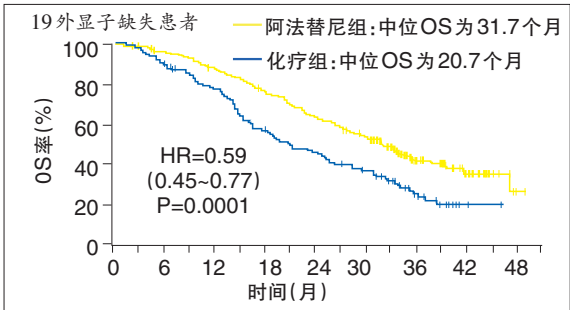


图 2 LUX-Lung 3/6 研究中 19 外显子缺失患者的 OS 结果

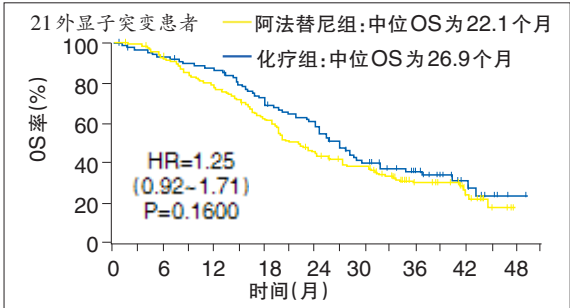


图 3 LUX-Lung 3/6 研究中 21 外显子突变患者的 OS 结果

TKI 耐药:机制与应对策略

TKI 耐药是 TKI 治疗中普遍存在的现象。已知的耐药机制包括 MET 扩增、T790M 突变等,其中 T790M 突变是目前最被认可的 TKI 耐药机制,是 20 外显子的获得性点突变。但仍有 30% 的耐药机制不明。2012 年发表于《自然医学》(Nat Med)的一项研究发现,BIM 缺失多态性介导 TKI 的内在抗性和应答降低。

TKI 的未来

靶向 T790M 靶向 T790M 的治疗或许是 TKI 研究领域的未来方向。第三代 EGFR-TKI (AZ9291, CO 1686) 已经进入美国食品药品监督管理局 (FDA) 的快速审批通道。TIGER2 研究是 CO 1686 的单臂 II 期研究,观察一线 TKI 失败后 T790M 突变患者的疗效。AURA2 研究也是单臂 II 期研究,探讨在一线 TKI 失败的 T790M 突变的患者中应用 AZ9291 的疗效,AURA 3 研究将在 T790M 突变患者中对比 AZD9291 与含铂类两药化疗方案的疗效。这些研究目前正在进行中。预计这两种药

TKI 耐药发生后如何处理? 对于一线 TKI 治疗后进展患者,可选择的策略包括继续 TKI、改为两药方案化疗,两药化疗加继续 TKI 治疗。ASPIRATION 研究旨在观察厄洛替尼一线治疗出现进展后继续治疗的疗效。IMPRESS 研究对比顺铂/培美曲塞加吉非替尼与顺铂/培美曲塞的疗效,其结果将为耐药后两药方案化疗的疗效提供证据。

物或将在 2016 年上市。

基于血液的 EGFR 突变检测 循环游离 DNA (cfDNA) 可在癌症患者血中检出,通过 cfDNA 检测 EGFR 基因状态是近年的重要进展之一。去年发表于《柳叶刀·肿瘤学》(Lancet Oncol) 的 FASTACT-2 研究证实化疗与厄洛替尼交替可显著延长晚期 NSCLC 患者的 PFS 和 OS,EGFR 基因突变患者获益明显,研究者对入选患者的 EGFR 突变状态进行了肿瘤组织和血浆样本双重检测,结果一致,证实了通过血浆检测 EGFR 突变状态的可行性。

现场讨论

现场讨论摘要

Q1: 根据目前的临床证据,对于 Del19 和 L858R 的患者应先用何种治疗,TKI 还是化疗?

8 项 III 期随机对照试验的荟萃分析结果显示,常见的 EGFR 突变类型(Del19 和 L858R)患者一线接受一代/二代 TKI 治疗在 PFS 和 OS 方面均优于化疗,Del19 患者接受 EGFR-TKI 治疗可能获得更长的 PFS。

NEJ002 研究的亚组分析显示,Del19/L858R 患者一线接受吉非替尼治疗,与化疗相比,均有明确的 OS 获益,不同突变人群之间的获益无统计学差异。WJTOG3405 研究的亚组分析也得出了类似结论。

Q2: 根据临床经验,对于突变患者,TKI 和化疗怎样的使用顺序才能保证患者最大获益,交替、单药 TKI、TKI 同步联合化疗,还是序贯? 如果第三代 TKI 应用于临床,治疗应如何选择?

对于 EGFR 突变阳性的初治 NSCLC 患者,TKI 单药或以 TKI 为基础的同步联合化疗,与化疗后 TKI 维持或序贯治疗相比,可能是更好的选择。FASTACT-2 研究证实,EGFR 突变阳性患者可从化疗、TKI 交替治疗模式中获益。一项 III 期研究显示,培美曲塞加吉非替尼维持较吉非替尼单药一线治疗的生存获益更具优势,提示 TKI 单药与化疗后 TKI 维持治疗的疗效相当,但前者副作用更小,成本效益比更高。另有研究提示,TKI 同步联合化疗的生存获益较序贯治疗更具优势。

对于 EGFR 突变患者,一线使用 TKI 的客观有效率(ORR)和 PFS 均显著优于化疗,这一观点已经得到 8 项临床试验结果证实。一线出现耐药的患者,应检测 T790M 状态,T790M 突变患者应首选第三代 TKI 治疗。

Q3: 对于 EGFR 突变状态未知的复治腺癌患者,临床上应选择怎样的治疗策略?

首先,驱动基因检测指导下的个体化治疗是大势所趋,EGFR 突变状态不仅可指导 TKI 一线治疗,对二线治疗同样具有指导作用,因此,对于 EGFR 突变状态未知的复治患者,均应进行 EGFR 检测。研究显示,即使在 EGFR 突变未知人群中,TKI 与化疗相比,在疗效、安全性、生活质量等方面均有获益,因此对于复治 EGFR 突变未知患者,接受 TKI 如吉非替尼治疗是合理的选择。

小结

EGFR-TKI 是 EGFR 突变型晚期 NSCLC 患者一线治疗的首选,可选择吉非替尼、厄洛替尼或阿法替尼,这几种 TKI 的疗效相当,一线治疗进展后可选择化疗或联合贝伐珠单抗。未来,新的 TKI 和针对 T790M 阳性的三代 TKI 将进一步丰富 NSCLC 患者的治疗,并继续带来生存获益。(芳菲 整理)