

2014 EORTC/SIOG 非小细胞肺癌老年患者管理共识 (中文版图表)

医脉通 2014-07-15

非小细胞肺癌（NSCLC）是老年患者人群中比较常见的疾病，针对此类人群的治疗相关数据还比较有限，因此，制定出循证治疗推荐意见很有挑战性。2010 年，欧洲癌症研究和治疗组织（EORTC）与国际老年肿瘤学会（SIOG）协作，成立了一个专家组，针对老年 NSCLC 患者提供一份专家观点共识文件。到如今，已经有新的数据出现，EORTC 和 SIOG 更新了 2010 年的推荐意见：除了对手术、辅助化疗和放疗、局部晚期和转移性疾病治疗进行推荐外，还包括患者意愿和老年评估的推荐意见。

全文下载： [Management of elderly patients with NSCLC.pdf](#)

以下为老年 NSCLC 患者管理的推荐意见中文版图表：

项目	2010 年推荐	2013 年推荐
筛查		可以对肺癌高危老年个体进行肺癌筛查； 筛查决定需要建立在以下基础上：患者的预期寿命，可能阻碍检测或者治疗的共患病存在与否，病人的意愿。
早期疾病		
手术治疗	<p>不能仅根据患者的实际年龄就放弃了手术选择。</p> <p>当决定是否手术时要考虑肿瘤分期、患者预期寿命、PS 和共患病。</p> <p>老年病人是否应该接受肺叶切除作为标准治疗或者更为限制的手术（例如楔形切除）还不明确，尽管有回顾性数据表明这两种手术产生相似的结局。</p> <p>鉴于有数据表明肺切除术可增加死亡率，应该避免或者谨慎执行。</p>	<p>不能仅根据患者的实际年龄就否定手术治疗。</p> <p>基于回顾性数据，可考虑限制性切除术，不进行系统性纵隔淋巴结清扫。</p> <p>肺切除术可能增加死亡率，应该避免进行。</p> <p>强烈推荐转诊到高收容量医院。电视辅助胸腔镜手术（VATS）与术后并发症的较低发生率有关，可作为老年患者的一个选择。</p> <p>对于因为医学原因不能进行手术的老年患者，立体定向放射治疗（SABR）可以是一种选择，不良反应较少，而且结局类似，但仍然需要前瞻性数据。SABR 优于传统放疗。</p>
辅助化疗	<p>尽管老年患者接受的总化疗剂量较低，但是他们似乎可以和较年轻患者从辅助化疗中获得的益处类似，而且毒性无明显增加。</p> <p>鉴于此，辅助化疗不能仅根据年龄就被否定，治疗决定应该考虑到估计到的绝对获益，预期寿命和治疗耐受性。</p> <p>这些化疗方案对于年龄>75 岁患者的真实疗效和耐受性方面的数据信息还非常少，风险对比疗效还没有得到充分的研究。</p> <p>需要注意的是，目前这些回顾性数据是基于高度选择的人群，外推到一般老年人群还需要谨慎。</p>	<p>辅助化疗与老年患者的生存获益具有相关性，因此不应该否定其在老年人群中的使用。</p> <p>辅助治疗对于年龄>80 岁患者的真实疗效和耐受性方面的数据信息还非常少，风险效益比还没有得到充分的研究。</p> <p>需要注意的是，目前这些回顾性数据是基于高度选择的人群，外推到一般老年人群还需要谨慎。</p>

早期疾病		
新辅助化疗		随机试验的结果不支持在一般 NSCLC 患者中：使用新辅助化疗而不是立即手术后进行辅助化疗。有限的证据表明老年患者的新辅助化疗可能增加术后并发症的发生率和严重程度。
辅助放疗	关于术后辅助放疗的作用，尤其是对老年 NSCLC 患者的作用，不论是前瞻性还是回顾性数据都完全缺乏数据。鉴于放疗在普通人群中疗效缺乏证据，因此辅助放疗不推荐给老年 NSCLC 患者。 对于不适合手术的老年患者，放疗耐受性良好，老年和较年轻患者获益类似。	鉴于放疗在普通人群中疗效缺乏证据，因此辅助放疗不推荐给老年 NSCLC 患者。
局部晚期疾病		
	老年局部晚期 NSCLC 患者应该接受同步化放疗（CMRT）。然而，鉴于缺乏前瞻性随机试验，尤其是针对老年人群的设计的试验，而且老年人群有出现毒性的高风险，治疗决定应该考虑到：PS，不存在明显共患疾病，病人预期寿命。迫切需要针对老年人群设计的试验，应该鼓励病人参与到这些临床试验中。	化放疗（序贯或者同步）应该考虑作为老年患者的一种治疗选择，尽管目前只能用于经过挑选的身体状况良好的病人。老年人群相关的数据比较有限，应该谨慎考虑。

晚期/转移性疾病		
化疗	<p>针对老年患者，证据表明第三代单药应该作为一线治疗。已发表的数据支持使用长春瑞滨、吉西他滨或者多西他赛单药治疗。</p> <p>多西他赛相比于长春瑞滨有更高的 PFS，但是 OS 无差异。</p> <p>针对 80 多岁老年人的数据非常有限，对于这类人群还不能做出特定的推荐。</p>	<p>前瞻性试验支持使用卡铂为基础的双药方案治疗身体状况良好的老年患者。对于不太良好的患者，单药治疗（吉西他滨，长春瑞滨，紫杉醇）是一种选择。</p> <p>没有证据表明某种单药在 OS 获益上优于其他药物。</p> <p>针对 80 多岁老年人的数据非常有限，对于这类人群还不能做出特定的推荐。</p>
靶向治疗	<p>因为老年人群中，将贝伐珠单抗添加到标准细胞毒化疗方案中会明显增加毒性，而且不确定能否改善生存，在作出明确的推荐之前，需要前瞻性研究去进一步评估化疗联合某种靶向药物在老年人群中的治疗指数。</p> <p>厄洛替尼单药治疗老年晚期 NSCLC 患者是有活性的，而且耐受性良好。但是，这些数据建立在 II 期试验上，需要基于分子标志物挑选出病人的 III 期随机试验来进一步评估。</p>	<p>不能确定贝伐珠单抗和标准细胞毒化疗联合后是否能提供生存获益，还可能导致老年患者毒性的轻度增加（相比较年轻患者），因此，在使用贝伐珠单抗前应该考虑到效益风险比。</p> <p>EGFR-TKI 药物对于经过分子标志物选择的老年病人具有明显的疗效，而且毒性较小，强烈推荐作为 EGFR 突变患者的一线治疗。对于 EGFR 野生型患者，一线治疗应该优先考虑化疗，而不是 TKI 药物。</p>
二线治疗	<p>关于老年 NSCLC 患者二线治疗还缺乏前瞻性数据。根据回顾性数据，仅根据年龄不应该阻止二线治疗，培美曲塞或者厄洛替尼可作为二线治疗的选择。</p> <p>需要对病人基于以下内容做彻底的评估：预期寿命，预期的获益，共患病和病人意愿。</p>	<p>根据回顾性数据，仅根据年龄不应该阻止二线治疗。可以考虑普通人群使用的同种药物。</p>

病人意愿		
		<p>对于老年 NSCLC 患者来说，获取充足的信息，病人和家庭成员的参与是非常重要的。做出治疗决定前，应该将非常明确的信息提供给患者，包括疾病的预后，治疗选择，治疗的效益风险比，过度和治疗不足的潜在负效应。</p>
老年评估		
		<p>推荐一种老年综合评估（CGA）为基础的方法去评估老年 NSCLC 患者。该方法可用于评估预期寿命、测定健康问题，改善结局和病人依从性。数据不支持筛查工具的使用。</p> <p>最小数据集被推荐到所有包括老年患者的临床试验中。</p>

相关阅读:

- [2014 EORTC/SIOG 非小细胞肺癌老年患者管理共识 \(更新\)](#)
- [【NCCN2014】非小细胞肺癌治疗值得关注的四部分](#)