

ESMO 共识：2014 非小细胞肺癌一线/二线治疗建议表

医脉通 2014-08-21

为了完善目前所有肿瘤类型的治疗指南，ESMO 组织了共识会议，集中探讨了每种类型肿瘤的细节问题。第二届 ESMO 肺癌共识会议于 2013 年 5 月 11 日-12 日在卢加诺举行。总共 35 位专家聚集到一起探讨了关于非小细胞肺癌以下 4 个领域中的问题：病理学和分子生物标志物、晚期疾病、早期疾病和局部晚期疾病的一线/二线和二线上治疗。医脉通小编将共识中主要推荐意见编译如下，以飨读者。

点击下载共识全文>>  [ESMO 肺癌共识：非小细胞肺癌的一线二线治疗以及进展期疾病的进一步治疗](#)

所有 NSCLC 患者

序号	推荐意见	推荐等级
1	无症状的转移性非小细胞肺癌患者一旦确诊, 就应该开始一线化疗。	III B
2	体力状态评分 0-1 分、器官功能正常的患者应该使用顺铂。	IB
3	与 3 代药物联用时, 顺铂的剂量为 75 mg/m ² 每周 3 次。	VB
4	没有铂类单药化疗的标准方案。培美曲塞的使用仅限于非鳞状细胞、非小细胞肺癌。	IA
5	标准的化疗为 4 周期。	IA
6	经过筛选的、未发生进展的患者在化疗 4 个周期后可以考虑继续化疗。	IC
7	当需要铂类化疗时, 符合条件的非鳞状细胞、非小细胞肺癌患者可以考虑选择联用贝伐单抗。在这种情况下, 卡铂/紫杉醇是首选的联合化疗方案。	IA
8	以前在一线治疗中未使用培美曲塞治疗的晚期非鳞状细胞癌 (EGFR 野生型) 患者可以应用培美曲塞维持治疗。	II B
9	应用铂类一线化疗后疾病稳定的晚期非小细胞肺癌患者可以选择应用埃罗替尼维持治疗。	IV B
10	应用培美曲塞、顺铂一线化疗后疾病未进展的晚期非鳞状细胞、非小细胞肺癌患者可以应用培美曲塞维持治疗。	IA
11	体力状态评分为 0-1 分、器官功能正常的老年患者首选铂类化疗方案。体力状态较差的老年患者首选 3 代药物单药治疗。	IB
12	应用顺铂一线化疗的晚期非小细胞肺癌患者, 没有证据证实重新应用铂类方案的作用。	IID
13	经过筛选的患者可以从 3 线或 4 线系统治疗中获益。	II C
14	一旦诊断为骨转移, 就可以进行系统治疗, 而且只要可行就可以继续应用, 没有任何严重的不良反应。德尼单抗和唑来膦酸是很有效的方案。	II B

无基因突变的 NSCLC 患者（如 EGFR 突变或 ALK 重组）

序号	推荐意见	推荐等级
15	铂类联合化疗方案优于单药化疗。	IB
16	一线或二线治疗后疾病有进展征象的（影像学或临床征象）、体力状态评分为 0-1 分的患者可以应用二线或三线治疗。	IA
17	体力状态评分为 0-1 分的患者可以应用化疗。无论肿瘤的野生型状态如何，可以选用多西他赛、培美曲塞或埃罗替尼。对于体力状况好的患者而言，化疗的效果优于埃罗替尼。	IB

EGFR 突变的 NSCLC 患者

序号	推荐意见	推荐等级
18	EGFR 酪氨酸激酶抑制剂是 EGFR 突变型非小细胞肺癌患者的首选一线化疗方案。	IA
19	EGFR 突变型非小细胞肺癌患者和脑转移的患者可以考虑应用 EGFR 酪氨酸激酶抑制剂治疗。在应用 EGFR 酪氨酸激酶抑制剂的同时联用化疗是安全的。	VC
20	如果 EGFR 突变型非小细胞肺癌患者以前未应用过 EGFR 酪氨酸激酶抑制剂，推荐其在二线治疗中使用该药。	IA
21	如果 EGFR 突变型非小细胞肺癌患者以前一线化疗方案中包含 EGFR 酪氨酸激酶抑制剂，推荐应用铂类化疗方案。	IA
22	已经应用 EGFR 酪氨酸激酶抑制剂和化疗的 EGFR 突变型非小细胞肺癌患者可以考虑继续应用 EGFR 酪氨酸激酶抑制剂。	VC

ALK 重排的 NSCLC 患者

序号	推荐意见	推荐等级
23	体力状态好的 ALK 重排的非小细胞肺癌患者可以应用铂类化疗方案。与铂类药物联用时，培美曲塞优于多西他赛。	IIC
24	克里唑替尼是以前未应用过该药的、但应用过一种铂类化疗方案的、ALK 重排的非小细胞肺癌患者的标准治疗方案。	IA
25	三线治疗时，以前未应用过培美曲塞的 ALK 重排的非小细胞肺癌患者可以应用培美曲塞。	VC

新生标志物和继发性耐药

序号	推荐意见	推荐等级
26	靶向治疗后疾病进展的靶向基因驱动突变(例如 EGFR 突变)的肿瘤患者，不强制再次进行活检。因为一些患者可能会从疾病进展时的基因分型和/或表型(例如，转变为小细胞肺癌，参与具体临床试验等)的治疗指南中获益。这种方法的益处和风险要与患者沟通。	IIIC
27	如果在 TKI 治疗期间寡转移灶出现进展，就应用局部治疗(例如手术或放疗)并继续/重新应用 TKI 治疗。	VC
28	在使用特殊的靶向治疗(例如，克唑替尼、凡德他尼、达拉非尼、曲妥单抗)前要与患者进行沟通。根据不同适应症的期望风险-收益、生物学似真性、临床前期数据和有限的临床疗效数据，考虑对某些患者应用。	V except ROS1 (III) C