

## 多学科综合治疗协作组诊疗模式专家共识

DOI:10.19538/j.cjps.issn1005-2208.2017.01.12

## 胃癌多学科综合治疗协作组诊疗模式专家共识

中国研究型医院学会消化道肿瘤专业委员会

中国医师协会外科医师分会多学科综合治疗专业委员会

中图分类号:R6 文献标志码:A

【关键词】 胃癌;多学科综合治疗协作组;专家共识

Keywords gastric cancer; multidisciplinary team; expert consensus

目前,胃癌的治疗已经进入以病人为中心、多学科综合治疗的年代。外科手术仍然是治疗胃癌的主要手段,也是目前惟一可能治愈胃癌的治疗手段。除手术外,以放化疗为主的其他治疗方式可以在一定程度上提高胃癌的治愈率<sup>[1]</sup>,而对于无法接受手术的病人则可在一定程度上延长生存期,改善生活质量。通过多学科综合治疗协作组(MDT)合作,可以建立合理的胃癌诊疗流程,同时也有利于引进新技术、新方法,改进和完善现有的治疗方式,从而提高医疗效率及质量。

### 1 胃癌MDT的意义

首先,MDT讨论可以提高胃癌诊断的准确率,进一步精准确定胃癌治疗前的临床分期,而准确的分期也是规范化治疗和判断预后的基础和前提。其次,MDT是对胃癌病人实施合理综合治疗的必要条件。最佳、个体化的综合治疗方案只有通过MDT讨论才能够得出。最后,MDT在胃癌病人治疗期间及阶段治疗后的随访方面也会起到重要的作用。不同科室间及时的信息沟通,有助于早期发现复发和转移病灶,及时进行相应处理。同时,还有助于指导病人生活及饮食,督促病人定期复查和随诊,从而积极改善病人的预后。

### 2 胃癌MDT学科及人员组成

2.1 胃癌MDT的学科组成 包括胃肠外科、肿瘤内科、消化内科、放射治疗科、诊断科室(病理科、影像科、超声科、核医学科等)、内镜中心、护理部、心理学专家、营养支持及社会工作者(临终关怀)等。

2.2 人员组成及资质 (1)医学领域成员(核心成员):胃肠外科医师2名、肿瘤内科医师1名、消化内科医师1名、放射诊断医师1名、组织病理学医师1名、其他专业医师若干名(根据MDT需要加入),所有参与MDT讨论的医师应具有副高级以上职称,有独立诊断和治疗能力,并有一定学识和学术水平。(2)相关领域成员(扩张成员):临床护师1~2名和协调员1~2名。所有MDT参与人员应进行相应职能

分配,包括牵头人、讨论专家和协调员等。

### 3 胃癌MDT材料准备

准备材料包括详细病史、体格检查、病理学活检、影像资料[超声、胃镜、CT或MRI、正电子发射计算机断层显像(PET-CT)等]、主要实验室检查资料(如血常规、生化全项、凝血指标、肿瘤标记物等)。如果是老年人或伴心、肺、肾、脑疾病的病人,需要完善心电图、超声心动图、血气检查、肺功能、肾功能和头颅MRI等检查。

### 4 不同情况胃癌MDT诊疗策略

#### 4.1 早期胃癌

4.1.1 MDT讨论重点 (1)是否适合行内镜下切除[内镜下黏膜切除术(EMR)或内镜下黏膜下层剥离术(ESD)]。(2)手术切除的方式及范围。(3)手术治疗中淋巴结清扫范围。

4.1.2 治疗原则 部分T1a及T1b期肿瘤可于经验丰富的中心行EMR及ESD<sup>[2]</sup>,术前应由以内镜医师为主的MDT进行详细评估,以确保手术的安全性及合理性,避免行二次手术治疗。如果经MDT评估不适合行内镜下切除,可考虑行手术切除。根据肿瘤的部位及病理学检查情况,可行楔形切除、胃部分切除(近端或远端)、全胃切除等。在淋巴结清扫方面,根据肿瘤位置及术前影像学检查结果,可选择行D1式、D1+ $\alpha$ 式或D1+ $\beta$ 式、D2式<sup>[3-4]</sup>。

#### 4.2 可切除的局部进展期胃癌

4.2.1 MDT讨论要点 (1)是否行新辅助治疗。(2)手术切除方式及淋巴结清扫范围。(3)术后辅助治疗的选择。

4.2.2 治疗原则 目前公认的对于局部进展期胃癌所采取的手术方式为标准的胃切除术(远端胃大部或全胃切除术)联合D2淋巴结清扫。对于肿瘤直接侵犯邻近器官,如横结肠、胰腺、肝脏等,经术前MDT评估后,可行联合器官切除。对于术前临床分期为T3/4N+的病例,可考虑行新辅助治疗<sup>[5]</sup>。局部进展期胃癌根治术后建议行术后辅助化疗。术中或术后病理学检查证实有肿瘤残留,可行术后辅助放化疗。对于合并严重并发症的进展期胃癌应积极评估围手术期风险,选择合适手术方式,加强围手术期综合

通信作者:苏向前,E-mail:suxiangqian2014@163.com;

陈凇,E-mail:chenlinbj@vip.sina.com

治疗及护理,根据术后恢复情况拟定术后下一步治疗方案。

### 4.3 不可切除的局部进展期胃癌

4.3.1 MDT讨论要点 (1)是否可行转化治疗及转化治疗的时长。(2)姑息手术切除的指征。(3)个体化治疗的实施。

4.3.2 治疗原则 对于临床判断为不可切除的局部进展期胃癌病人,建议首先接受以全身化疗+靶向治疗为主的转化治疗,治疗2~4个周期后判断疗效。如临床判断已转化为可切除病例,无明显手术禁忌,则可建议行手术治疗,术后继续行辅助治疗;如临床判断仍旧为不可切除,则根据疗效决定继续原方案治疗或更换方案进行治疗。对于合并出血、穿孔、梗阻等急需急诊手术的病人,可考虑行姑息性切除、短路手术等其他手术方式,术后根据病人恢复情况予以化疗为主的辅助治疗。对于特殊病例可根据具体情况实施放疗、介入治疗、射频治疗等多种个体化治疗方式。

### 4.4 合并远处转移的进展期胃癌

4.4.1 MDT讨论要点 (1)初始治疗的选择。(2)是否选择原发灶切除。

4.4.2 治疗原则 合并远处转移的进展期胃癌,选择以全身化疗+靶向治疗为主的综合治疗。对于合并出血、穿孔、梗阻的病人可选择姑息性手术切除。对于某些单一部位的远处转移,如卵巢转移、局限的腹主动脉旁淋巴结转移等,经一定周期全身治疗后,病情稳定,转移灶无明显进展,病人一般情况良好,MDT讨论后可选择行原发灶+转移灶切除(如双侧卵巢切除、腹主动脉旁淋巴结清扫)。

### 4.5 合并肝转移的进展期胃癌

4.5.1 MDT讨论要点 (1)是否先行全身系统化疗。(2)原发灶与转移灶可否行根治性切除及术式选择。(3)无法行手术切除的治疗选择。

4.5.2 治疗原则 对于初诊时合并肝转移的胃癌病人,首先判断原发灶及肝转移灶是否可行治愈性切除。对于原发灶及转移灶均可行治愈性切除的病人,可选择同期或分期手术联合围手术期化疗+靶向治疗<sup>[6-7]</sup>。对于原发灶可切除但转移灶不可切除的病人,可行降期及转化治疗,包括化疗、射频消融、肝动脉灌注等,经过定期治疗后再次判断可切除性,如果转化为可治愈性切除,可考虑行手术治疗。对于原发灶及转移灶均无法切除的病人,建议行化疗+靶向治疗为主的综合治疗。对于合并穿孔、出血、梗阻的病人,可行局部姑息性手术治疗。

### 4.6 合并腹膜转移的进展期胃癌

4.6.1 MDT讨论要点 (1)原发灶及转移灶的可切除性。(2)转化治疗后的治疗选择。

4.6.2 治疗原则 对于术中发现腹膜转移或游离细胞学阳性的病人,首先判断腹膜转移灶及原发病灶的潜在可切除性。对于两者均为潜在可切除的病人,可行腹腔热灌注化疗+全身系统化疗,定期复查全身情况,如无进展可行二次手术探查,如果游离细胞学检测为阴性,且腹腔转移无显著进展可根治切除,则可考虑行原发灶+转移灶联合切除,术后继续行全身系统化疗<sup>[8]</sup>。对于初次手术腹膜转移灶或原发病灶为不可切除的病人,建议行腹腔热灌注化

疗+全身化疗为主的综合治疗。对于合并穿孔、出血、梗阻的病人,可行局部姑息性手术治疗。

### 4.7 晚期胃癌的营养支持治疗

4.7.1 MDT讨论要点 营养支持的方式。

4.7.2 治疗原则 如果胃肠道功能正常,首先考虑行肠内营养支持。如果病人进食困难,可考虑经鼻留置肠内营养管进行营养支持;如果病人出现上消化道梗阻,可考虑行胃造口术或者空肠造瘘术留置空肠营养管。对于合并肠梗阻的病人,不适宜放置肠内营养管,建议行全肠外营养。对于这类胃癌病人,应充分结合病人意愿,制定个体化治疗方案及详细复查计划。

## 《胃癌多学科综合治疗协作组诊疗模式专家共识》

参加讨论者(依姓氏汉语拼音排序):蔡军,曹君,陈凛,陈亚进,戴广海,何裕隆,李国新,千年松,乔治,申占龙,沈琳,苏向前,孙益红,田利国,田孝东,汪学非,郝洪庆,邢加迪,徐皓,徐建波,徐泽宽,杨尹默,叶颖江,余江,余佩武,张忠涛,赵永亮,周军

执笔者:苏向前,邢加迪

## 参 考 文 献

- [1] Bang YJ, Kim YW, Yang HK, et al. Adjuvant capecitabine and oxaliplatin for gastric cancer after D2 gastrectomy (CLASSIC): a phase 3 open-label, randomised controlled trial [J]. Lancet, 2012,379(9813):315-21.
- [2] Japanese Gastric Cancer Association. Japanese gastric cancer treatment guidelines 2010 (ver.3)[J]. Gastric Cancer, 2011, 14 (2): 113-123.
- [3] Siani LM, Ferranti F, De Carlo A, et al. Modulation of the extent of lymphadenectomy in early gastric cancer. Review of the literature and role of laparoscopy [J]. Chir Ital, 2009, 61(5-6): 551-558.
- [4] Songun I, Putter H, Kranenbarg EM, et al. Surgical treatment of gastric cancer: 15-year follow-up results of the randomised nationwide Dutch D1D2 trial [J]. Lancet Oncol, 2010, 11(5): 439-449.
- [5] Waddell T, Verheijm, AllumW, et al. Gastric cancer: ESMO-ES-SO-ESTRO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up [J]. Ann Oncol, 2013, 24(suppl 6): 57-63.
- [6] 陈峻青. 第4版日本《胃癌治疗指南》中7个“临床问题”解析 [J]. 中国实用外科杂志, 2015, 35(4): 357-3597.
- [7] Kerkar SP, Kemp CD, Duffy A, et al. The GYMSSA trial: a prospective randomized trial comparing gastrectomy, metastasectomy plus systemic therapy versus systemic therapy alone [J]. Trials, 2009, 10(1): 121.
- [8] Glehen O, Gilly FN, Arvieux C, et al. Peritoneal carcinomatosis from gastric cancer: a multi-institutional study of 159 patients treated by cytoreductive surgery combined with perioperative intraperitoneal chemotherapy [J]. Ann Surg Oncol, 2010, 17(9): 2370-2377.

(2016-10-15收稿)