



中国临床肿瘤学会 (CSCO)

黑色素瘤诊疗指南

GUIDELINES OF CHINESE SOCIETY OF CLINICAL ONCOLOGY (CSCO)
MELANOMA

2017.V1

中国临床肿瘤学会指南工作委员会 组织编写



人民卫生出版社
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE



中国临床肿瘤学会 (CSCO) 黑色素瘤诊疗指南

GUIDELINES OF CHINESE SOCIETY OF CLINICAL ONCOLOGY (CSCO)
MELANOMA

2017.V1

中国临床肿瘤学会指南工作委员会 组织编写

人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

中国临床肿瘤学会(CSCO)黑色素瘤诊疗指南. 2017. V1/中国临床肿瘤学会指南工作委员会组织编写. —北京:人民卫生出版社, 2017

ISBN 978-7-117-24378-0

I. ①中… II. ①中… III. ①黑色素瘤-诊疗-指南 IV. ①R739.5-62

中国版本图书馆CIP数据核字(2017)第057876号

人卫智网 www.ipmph.com 医学教育、学术、考试、健康,购书智慧智能综合服务平台
人卫官网 www.pmph.com 人卫官方资讯发布平台

版权所有,侵权必究!

中国临床肿瘤学会(CSCO)黑色素瘤诊疗指南 2017. V1

组织编写:中国临床肿瘤学会指南工作委员会

出版发行:人民卫生出版社(中继线010-59780011)

地址:北京市朝阳区潘家园南里19号

邮编:100021

E-mail: pmph@pmph.com

购书热线:010-59787592 010-59787584 010-65264830

印刷:北京盛通印刷股份有限公司

经销:新华书店

开本:787×1092 1/32 印张:4

字数:81千字

版次:2017年4月第1版 2017年6月第1版第2次印刷

标准书号:ISBN 978-7-117-24378-0/R·24379

定价:36.00元

打击盗版举报电话:010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换)

中国临床肿瘤学会指南工作委员会

组长
吴一龙

副组长（以姓氏汉语拼音为序）

程颖 赫捷 李进 梁军 马军 秦叔逵 王绿化 徐瑞华

中国临床肿瘤学会（CSCO）黑色素瘤诊疗指南

2017. V1

编写组组长 郭 军 北京大学肿瘤医院

编写组副组长 秦叔逵 解放军第八一医院 全军肿瘤中心

梁 军 北京大学国际医院

林桐榆 中山大学肿瘤防治中心

执 笔 人 斯 璐 北京大学肿瘤医院

编写组成员 (以姓氏汉语拼音为序)

陈晓红 首都医科大学附属北京同仁医院

迟志宏 北京大学肿瘤医院

崔传亮 北京大学肿瘤医院

杜 楠 解放军总医院第一附属 (304) 医院

范 云 浙江省肿瘤医院

顾康生 安徽医科大学第一附属医院

李峻岭 中国医学科学院肿瘤医院
李永恒 北京大学肿瘤医院
梁后杰 第三军医大学附属第一医院（西南医院）
刘基巍 大连医科大学附属第一医院
卢 漫 四川省肿瘤医院
陆爱萍 北京大学肿瘤医院
牛晓辉 北京积水潭医院（北京大学第四临床医学院）
潘宏铭 浙江大学医学院附属邵逸夫医院
任国欣 上海交通大学医学院附属第九人民医院
任秀宝 天津医科大学附属肿瘤医院
束永前 江苏省人民医院（南京医科大学第一附属医院）
宋 鑫 云南省肿瘤医院

陶 敏	苏州大学附属第一医院
王宝成	济南军区总医院
魏文斌	首都医科大学附属北京同仁医院
吴 荻	吉林大学第一医院
吴令英	中国医学科学院肿瘤医院
项晓琳	首都医科大学附属北京同仁医院
姚 煜	西安交通大学附属第一医院
张军一	南方医科大学南方医院
张晓实	中山大学肿瘤防治中心
张沂平	浙江省肿瘤医院
朱蕙燕	复旦大学附属肿瘤医院

基于循证医学证据和精准医学基本原则制定中国常见癌症的诊断和治疗指南，是中国临床肿瘤学会（CSCO）的基本任务之一。近年来，国际上指南的制定出现了一个新的趋向，即基于资源可及性的指南，这尤其适合发展中国家和地区差异性显著的国家。中国是一个幅员辽阔但地区发展不平衡的发展中国家，CSCO 指南必须兼顾到地区发展不平衡、药物和治疗措施的可及性以及肿瘤治疗的价值三个方面。因此，CSCO 指南形成了这样的特点，每一个临床问题的诊治指南，分为基本策略和可选策略两部分。基本策略属于可及性好的普适性诊治措施，肿瘤治疗价值相对稳定；可选策略多属于在国际或国内已有高级别证据，但可及性差或效价比超出国人承受能力的药物或治疗措施，如机器人手术。对于一些欧美已批准上市但我国尚不可及的药物，指南专门列出作为临床医生参考。CSCO 指南工作委员会相信，基于资源可及性的指南，是目前最适合我国国情的指南，我们期待大家的反馈并将持续改进，保持 CSCO 指南的时效性。

中国临床肿瘤学会指南工作委员会

一	影像和分期诊断	1
二	病理学诊断和分子分型	5
三	基于原发部位、分期和分子分型的综合治疗（皮肤来源）	13
	■（一）0期、ⅠA、ⅠB期恶性黑色素瘤的治疗	14
	■（二）ⅡA、ⅡB期恶性黑色素瘤的治疗	18
	■（三）ⅢA、ⅢB、ⅢC期恶性黑色素瘤的治疗	21
	■（四）可完全切除的Ⅳ期恶性黑色素瘤的治疗	26
	■（五）不可手术切除的Ⅳ期黑色素瘤的治疗	27
四	特殊类型黑色素瘤的综合治疗	59
	■（一）黏膜来源局限期恶性黑色素瘤的治疗	60
	■（二）眼部葡萄膜黑色素瘤（uveal melanoma, UM）	73

五	随访	81
■	(一) 皮肤黑色素瘤	82
■	(二) 黏膜和眼黑色素瘤随访	85
六	附录	89
	1 CSCO 证据级别	90
	2 恶性黑色素瘤 (WHO) 病理分类	90
	3 AJCC 第 8 版皮肤恶性黑色素瘤分期	91
	4 头颈部黏膜黑色素瘤分期	97
	5 AJCC 第 8 版虹膜黑色素瘤分期	98
	6 AJCC 第 8 版脉络膜、睫状体黑色素瘤分期	100
	7 AJCC 第 8 版结膜黑色素瘤分期	108
	8 原发性恶性黑色素瘤外科扩大切除原则	111

一 影像和分期诊断

影像和分期诊断

目的	基本策略	可选策略
筛查	全面的皮肤检查	
诊断	可疑病灶活检	
影像分期	区域淋巴结超声 胸部 X 线或 CT 腹盆部超声、增强 CT 或 MRI 全身骨扫描 头颅增强 CT 或增强 MRI ^[1]	全身 PET-CT ^[2]
获取组织技术	切除活检	前哨淋巴结活检

上述证据级别全部为 2A 类证据

注释

对于临床初步判断无远处转移的黑色素瘤患者，活检一般建议完整切除，不建议穿刺活检或局部切除，部分切取活检不利于组织学诊断和厚度测量，增加了误诊和错误分期风险。如病灶面积过大或已有远处转移需要确诊的，可行局部切取活检。

前哨淋巴结活检是病理分期评估区域淋巴结是否转移的手段。肿瘤厚度 $>1\text{mm}$ 推荐行前哨淋巴结活检。通常不推荐对原发肿瘤厚度 $\leq 0.75\text{mm}$ 的患者行前哨淋巴结活检, 传统的危险因素例如溃疡、高有丝分裂率及淋巴血管侵犯在这些患者前哨淋巴结活检中的指导意义有限。这些危险因素一旦出现, 是否行前哨淋巴结活检需考虑患者的个人意愿。病灶厚度为 $0.76 \sim 1\text{mm}$ 的可结合临床考虑行前哨淋巴结活检^[3-6]。

如临床怀疑区域淋巴结转移, 建议首选淋巴结超声, 淋巴结转移的超声表现特征: 淋巴结呈类圆形, 髓质消失, 边缘型血流^[7]。

参考文献

1. Xing Y, Bronstein Y, Ross MI, et al. Contemporary diagnostic imaging modalities for the staging and surveillance of melanoma patients: a meta-analysis. J Natl Cancer Inst, 2011, 103 (2): 129-142.
2. Clark PB, Soo V, Kraas J, et al. Futility of fluorodeoxy F-18 positron emission tomography in initial evaluation of patients with T2 to T4 melanoma. Arch Surg, 2006, 141 (3): 284-288.
3. Testori A, Mozziuo N. Surgical techniques of melanoma and sentinel node biopsy. Semin Oncol, 2002, 29 (4): 325-328.
4. Mocellin S, Hoon DS, Pilati P, et al. Sentinel lymph node molecular ultrastaging in patients with melanoma: a systematic review and meta-analysis of prognosis. J Clin Oncol, 2007, 25 (12):

1588-1595.

5. Donald L. M, Thompson JF, Alistair JC, et al. Sentinel-node biopsy or nodal observation in melanoma. *New Engl Journal Med*, 2006, 355: 1307-1317.
6. Morton DL, Thompson JF, Cochran AJ, et al. Final trial report of sentinel-node biopsy versus nodal observation in melanoma. *N Engl J Med*, 2014, 370: 599-609.
7. Voit C, Van Akkooi AC, Schafer-Heserberg G, et al. Ultrasound morphology criteria predict metastatic disease of the sentinel nodes in patients with melanoma. *J Clin Oncol*, 2010, 28 (5): 847-852.

二 病理学诊断和分子分型

病理学诊断和分子分型

目的	基本策略	可选策略
病理学诊断	Breslow 厚度, 是否溃疡, 有丝分裂率, Clark 分级, 切缘, 有无微卫星灶, 相关免疫组化检测	有无脉管浸润, 是否垂直生长期 (VGP), 肿瘤浸润淋巴细胞 (TIL), 慢性日光晒伤小体, 退行性变, 分子检测
分子分型		推荐进行 <i>BRAF</i> 、 <i>CKIT</i> 和 <i>NRAS</i> 基因突变检测

上述证据级别全部为 2A 类证据

注释

1. 送检标本处理: 标本需完整送检, 手术外科医生做好标记切缘, 10% 甲醛溶液固定标本达 6 ~ 48h。
2. 专家组建议病理报告中必须包括的内容为肿瘤厚度、是否溃疡和有丝分裂率, 这三个指标与 T 分期直接相关, 也是判断预后的 3 个最重要的特征^[1-4]。
3. 有丝分裂率 (mitotic rate, MR) 是肿瘤增殖的指标, 记为每平方毫米的有丝分裂细胞数。最新的 AJCC 分期指南建议运用“热点”技术推算有丝分裂率^[4,5]。Barnhill 等比较了 MR 与溃疡作