

Vincenzo Gentile
Valeria Panebianco
Alessandro Sciarra
Editors

 Springer

前列腺癌的多学科治疗

Multidisciplinary Management of Prostate Cancer

温琴佐·真蒂莱

编 著 [意] 瓦莱里娅·帕内比安科

亚历山德罗·夏拉

主 译 王海涛 牛远杰

天津出版传媒集团

◆ 天津科技翻译出版有限公司

Multidisciplinary Management of Prostate Cancer

前列腺癌的多学科治疗

温琴佐·真蒂莱

编 著 [意] 瓦莱里娅·帕内比安科

亚历山德罗·夏拉

主 译 王海涛 牛远杰

天津出版传媒集团



天津科技翻译出版有限公司

著作权合同登记号:图字:02-2015-85

图书在版编目(CIP)数据

前列腺癌的多学科治疗/(意)温琴佐·真蒂莱
(Vincenzo Gentile),(意)瓦莱里娅·帕内比安科
(Valeria Panebianco),(意)亚历山德罗·夏拉
(Alessandro Sciarra)编著;王海涛,牛远杰主译. —
天津:天津科技翻译出版有限公司,2018.4

书名原文:Multidisciplinary Management of
Prostate Cancer

ISBN 978-7-5433-3720-6

I. ①前… II. ①温… ②瓦… ③亚… ④王… ⑤牛
… III. ①前列腺疾病-癌-诊疗 IV. ①R737.25

中国版本图书馆CIP数据核字(2017)第149980号

Translation from English language edition:

Multidisciplinary Management of Prostate Cancer

Vincenzo Gentile, Valeria Panebianco and Alessandro Sciarra (Eds.)

Copyright © 2014 Springer International Publishing Switzerland

Springer International Publishing is a part of Springer Science + Business Media

All Rights Reserved

中文简体字版权属天津科技翻译出版有限公司。

授权单位:Springer-Verlag GmbH

出版:天津科技翻译出版有限公司

出版人:刘庆

地址:天津市南开区白堤路244号

邮政编码:300192

电话:(022)87894896

传真:(022)87895650

网址:www.tsttpc.com

印刷:天津市银博印刷集团有限公司

发行:全国新华书店

版本记录:890×1240 32开本 6印张 200千字

2018年4月第1版 2018年4月第1次印刷

定价:58.00元

(如发现印装问题,可与出版社调换)

译者名单

主 译

王海涛 天津医科大学第二医院

牛远杰 天津医科大学第二医院

译 者(按汉语拼音顺序排序)

陈艳芳 天津医科大学第二医院

李绪斌 天津医科大学肿瘤医院

侯海玲 天津医科大学肿瘤医院

王 一 天津医科大学第二医院

王丽丽 天津医科大学第二医院

肖博翰 天津医科大学肿瘤医院

杨 博 天津医科大学肿瘤医院

杨 庆 天津医科大学肿瘤医院

张 姣 天津医科大学肿瘤医院

赵路军 天津医科大学肿瘤医院

中文版前言

随着医疗技术的不断进步和人们对实体肿瘤的深入认识,许多恶性肿瘤的治疗模式都发生了巨大的变化,传统医学模式早已经无法满足目前像肿瘤这样复杂疾病的诊疗和预防需求。多学科综合治疗小组已经成为了肿瘤治疗的必由之路。因此,多学科综合治疗(Multidisciplinary Team, MDT)模式出现,并逐渐在各学科发展起来。多学科综合治疗是指临床多学科以团队形式合作,通常是两个以上的相关学科组成固定的工作组,针对某种疾病进行定期、定时的临床讨论会,提出临床治疗方案并对入组患者进行规律的随访。作为一种先进的诊疗模式,多学科综合治疗对医院而言,是现代医学发展的要求;对临床工作人员而言,是专业水平的整体展现,是更高视野的诊疗经验;对患者而言,则意味着最优化的治疗方案。多学科综合治疗模式已经得到了全球范围内医学专家的共识。

前列腺癌作为欧洲老年男性最常见的癌症,近年来,在我国也呈快速上升的发展趋势。对于前列腺癌的治疗方案,选择的难度日益提高,前列腺癌新的诊断和治疗方式层出不穷,包括技术(影像学技术的提高,微创技术的发展)和药物治疗方面。对于许多临床医师来讲,前列腺癌的多学科综合治疗方式就是一份馈赠。多学科综合治疗将各相关科室部门联合起来,加强前列腺癌患者的管理。目前国内尚无系统专业的关于前列腺癌的多学科综合治疗方面的专著。本书的翻译无异于一场及时雨,对于我国前列腺癌诊治方面一定会有很大帮助。

本书从前列腺癌多学科综合治疗原则、意义,多学科协作之间的经验,以及多学科综合治疗如何组建、如何运转等各方面进行了阐述,包括病理

科、影像科、泌尿外科、肿瘤内科等各科医师在前列腺癌诊治中的作用和地位及相互关系。实际上,这本书提供了前列腺癌治疗的一个 360 度的视角。无论是对于从事前列腺癌专业诊治的人员,还是对其感兴趣的读者,这本书都提供了详细且全面的介绍。

王海涛 牛远杰

序 言

以患者为中心的医学模式目前已经与政治议程高度关联,这个概念也反映在个体化药物的应用上。为了给患者提供最佳的个体化治疗,考虑患者本身的情况和指标,从而满足患者的个体化需要。在这个背景之下,患者的多学科综合治疗(Multidisciplinary Team,MDT)值得关注。多学科治疗组包括所有与疾病相关专业的临床医师,这不是一个新的概念,但是多学科综合治疗途径的有效执行近来被多次提及,每个国家之间和不同的病理诊断之间的区别是相当大的。许多卫生保健系统的组织机构,比如卫生保健设施的类型和大小都会影响多学科综合治疗的实行。

多学科治疗同时与许多的设备装置有关,主要的影响是在癌症治疗方面,可能是因为这方面获益比较高。本书涵盖了包括怀疑隐匿性前列腺癌及其多学科综合治疗过程的许多方面。前列腺癌在欧洲是老年男性最常见的癌症,随着寿命的延长和人口老龄化,对于专业治疗提出了更高的要求。

本书的作者坚信,在多学科综合治疗过程中,诊断和治疗的时间间隔会缩短。此外的益处是对于社会来讲,投入卫生健康方面的时间和金钱都会减少。而且,多学科综合治疗的途径对于患者的治疗方式有明显的影响,减少了内科医师选择治疗方案时的偏见。对于前列腺癌可应用的方案,许多治疗选择的难度日益提高,这将促使“超级专家”的产生,而这只能多学科综合治疗的途径中才有可能。前列腺癌的治疗是新的诊断和治疗方式层出不穷的领域,包括技术(如影像学技术的提高,微创技术的发展)和药物治疗方面。最引人注目的是在一些章节中,作者提供了他们自己单位在

研究中的数据。这份资料包括文献得到了认同,尽管听起来像一份现有数据的评估,当把多学科综合治疗的病例结果和非多学科综合治疗数据比较的时候,这些结果得到了证实。这个很有力的方法支持了他们的争论,比如,多学科综合治疗的管理将改善癌症患者预后并且使患者积极参与日常生活得到保障,在他旅途中通过卫生保健体系与他的伙伴保持联系。

循证医学为基础的卫生保健规定,即多学科综合治疗途径的基础。本书中提供的数据,与以患者为中心的概念是一致的。拥有一个医学专家在内的完整的治疗团队将为治疗提供最优化的选择,完全考虑了患者个体化需要和个体差异。

实际上,这本书提供了前列腺癌治疗的一个 360 度的视角,甚至为那些对于前列腺癌治疗最感兴趣的专业人员和组织事项方面需要略知一二的读者提供了全面的更新。对于许多临床医师来讲,前列腺癌的多学科综合治疗的方式就是一份馈赠,我们很高兴地看到现有数据已经显示了优势。多学科综合治疗将提供各组织结构之间的保障措施,加强前列腺癌患者的管理。我当然要感谢为这项工作提供了这么令人叹服的资料的作者们。

Per-Anders Abrahamsson

目 录

第 1 章 肿瘤治疗的多学科综合治疗原则	1
1.1 引言	1
1.2 多学科综合治疗小组	3
1.3 多学科综合治疗小组的影响	5
1.4 群体决策的法医学意义	6
第 2 章 前列腺癌小组:怎么做? 为什么?	11
2.1 前列腺癌小组发展的基础	11
2.2 如何组建前列腺癌小组	13
第 3 章 前列腺癌多学科疗法与单学科疗法的比较:我们 1 年的 经验	17
3.1 引言	17
3.2 分析的目的	18
3.3 前列腺癌综合治疗小组的特征	18
3.4 研究分析	19
3.5 结果	20
3.6 讨论	25
第 4 章 病理学在前列腺癌患者多学科综合治疗中的作用	29
4.1 引言	29
4.2 2009 年国际泌尿病理学会调查和共识会议	30
4.3 全部与部分病理取材	31
4.4 Ancona(意大利)前列腺癌根治术切除标本评估协议	32

4.5 如何联合处理前列腺癌根治标本的前列腺基底部、膀胱颈和精囊腺:我们应用整体大切片取材	37
结论	40
第 5 章 临床相关性前列腺癌早期诊断的困境:泌尿外科专家的作用 ...	43
5.1 引言	43
5.2 游离 PSA	44
5.3 PSA 动力学	44
5.4 proPSA 及其衍生物	45
5.5 PCA3	47
5.6 PSA 和 5 α 还原酶抑制剂	49
5.7 前列腺活检的指征和范围	52
结论	54
第 6 章 初始诊断中的现代成像技术:放射科医生在多学科综合治疗中的作用	57
6.1 引言	57
6.2 超声检查	58
6.3 正电子发射断层显像/计算机断层成像	60
6.4 磁共振成像	61
6.5 现代影像学(mp-MRI)如何改变前列腺癌的诊疗	68
结论	70
第 7 章 如何进行初始治疗:泌尿科和放疗科医生在多学科综合治疗中的作用	75
7.1 局灶性前列腺癌的治疗选择:多学科综合治疗小组需考虑的事项	75

7.2 外科治疗:前列腺根治切除术	76
7.3 根治性前列腺切除术:肿瘤转归	77
7.4 局灶进展期前列腺癌的根治性前列腺切除术	79
7.5 根治性前列腺切除术:并发症——勃起功能障碍	79
7.6 个体化治疗:泌尿科医生的观点	80
7.7 外照射放疗	83
7.8 粒子治疗	86
第 8 章 初始治疗失败后的早期诊断:多参数 MRI 和 PET-CT	93
8.1 引言	93
8.2 PET-CT	95
8.3 多参数 MRI	100
结论	105
第 9 章 新时代间断的雄激素去势治疗:泌尿科和肿瘤科医生在 多学科治疗中的作用	111
9.1 简介及初步的注意事项	111
9.2 II 期研究	114
9.3 III 期研究	115
9.4 IAD 治疗的人群的选择	119
9.5 触发点	120
结论	121
第 10 章 新的治疗策略:多学科综合治疗中肿瘤学家的作用	125
10.1 简介	125
10.2 分子生物学	126
10.3 当前 CRPC 的整体管理	145

第 11 章 局部治疗:磁共振引导的高聚能超声刀 153

11.1 简介 153

11.2 局部治疗 153

11.3 聚焦超声原理 155

11.4 MRgFUS:我们的经验 157

索引 163

第 1 章

肿瘤治疗的多学科综合治疗原则

1.1 引言

在过去的几年里,肿瘤学变得越来越复杂,如今认可的标准方案是,原有治疗小组的治疗决策要与多学科治疗相结合^[1]。潜在有效治疗选择范围的持续、快速扩大也带来了一些治疗难题要与多模式治疗以及什么是最佳治疗计划,如何对患者实施这些计划^[2]。现在,我们很有必要讨论一下癌症诊断的不同方法,因为它们决定着癌症的确切分期和治疗方案。这项工作需要多学科医生共同参与,包括外科医生、放射治疗、内科与临床肿瘤学家,组织病理学家,护理专家和姑息治疗医生^[3]。

多学科综合治疗小组的定义是:用合作的方法制订治疗计划,综合考虑临床与支持性护理信息,并综合考虑适合该患者的所有可能治疗方案^[4]。

20 世纪 90 年代,多学科综合治疗小组(MDT)的概念被正式引入英国的医疗实践中。主要动力源自 1995 年出版的 Calman-Hine 报告和随后的推广,确保了所有的癌症患者,不管住在哪里,不管接诊医生是谁,都将平等地接受高级且统一诊治的标准^[2]。

Calman-Hine 建议医疗组织上要做一些主要的改变,其中包括:治疗与护理小组间要进行更多的合作。这是第一个涵盖如此庞大复杂疾病领域的健康政策,并且促成了其他疾病的国家服务框架^[5]。

随后的苏格兰和北爱尔兰也出现了类似的讨论,威尔士还针对癌症服务进行了详细报道。虽然没有提供可靠的数据,但据估计,10年前在英格兰,只有不到20%的癌症患者接受了专家综合治疗小组的治疗;如今,超过80%的癌症患者接受了此治疗^[6]。

Calman-Hine 报告的七项原则为:

- 在社区或医院接受统一的高质量护理;
- 早期识别癌症并提供国家筛查方案;
- 给所有各期的患者提供明确的信息;
- 以患者为中心进行服务;
- 以初级护理和有效沟通为中心;
- 心理方面的护理非常重要;
- 癌症登记以及对治疗和效果的监测至关重要。

这些原则主要关注患者及其需求,将其置于政策的核心部位,并对癌症患者许多不满意的经历做出回应。第一个原则已被广泛引用,并适用于这项政策对目标的强有力表述。其他原则包括了一些重要问题,如癌症的早期识别,确认国家筛查方案,以初级护理为中心,通过癌症登记对发病率、治疗和结果进行监测^[7]。

这项政策最激进且最深远的特征是,它对许多先前制定的英国国民健康保险制度(NHS)临床服务提出了挑战。Calman-Hine 需要在肿瘤专家的支持下,进行一次根本性的转变,从本质上的一般服务模式转变为明确的专家服务模式^[8]。

该模式提议,所有的癌症患者都要相应领域的癌症专家进行诊治。这些专家(外科或内科)要与多学科综合治疗小组的同事密切合作。多学科综合治疗小组要由诊断学科医生、手术和非手术肿瘤专家以及护理专家组成。其目的是,将小组成员以及小组整体,都是为所关注癌症类型的专家,共同决定特定患者的治疗方案。因此,该政策要求进行双重转换,即:是患者直接由专家接诊不是由普通医生;接诊以及临床医生单独工作(由他决定是否将患者转诊到同事诊治)都要转换到多学科模式^[9]。

MDT 已被许多其他国家广泛接受,例如美国、澳大利亚和欧洲的一些

国家。这些国家都开展了类似上面的项目^[10-12]。

1.2 多学科综合治疗小组

多学科综合治疗小组(MDT)是指由不同医疗学科专家组成的医疗小组,他们在给定的时间内汇集在一起对特定患者进行讨论,每个人都能对患者的诊断和治疗决策尽一些力。通常,外科医生、放射科医生、肿瘤科医生是这个小组的核心成员。

国家乳腺癌中心已制定了一套多学科治疗的五项原则,为癌症患者进行MDT提供了一种灵活的方法。这些原则强调了标准化小组合作、良好沟通、获得全方位可行治疗方案、要坚持治疗标准以及让患者参与治疗决策的重要性^[13,14]。

从理论上讲,MDT通过将具备所有所需知识、技能和经验的主要专家聚在一起,可以确保有效的协作、最好的治疗质量以及患者治疗的良好持续性。这样MDT可以确保高质量的诊断、循证决策、最佳治疗计划的制订以及护理的实施^[15]。

具体参与的人员取决于要讨论的肿瘤类型、先前所述的MDT目标以及会议讨论的是“诊断还是治疗”。由许多专家参与的多学科决策更有效,而且共同决策比个人意见的总和更准确。MDT也为许多初级医师和其他专业人士提供了理想的学习机会。不管患者最初就诊是什么原因,他们都要按照相同的指导原则和标准接受诊治。在治疗过程中,为了避免进行不必要或令人后悔的检查,应将MDT作为必须检查项目纳入诊断过程^[16]。

减少诊断延误的一个措施是,建立诊断评估门诊。这种门诊为疑似癌症患者提供了一个单独就诊区,可在一起进行诊断服务和多学科咨询^[17]。

Gagliardi 等人在对评价诊断评估门诊研究的系统回顾中发现,其能减少确诊时间,这既减轻了患者的焦虑,也提高了他们的满意度^[18]。

一个成功的MDT需要有小组理念、领导能力、动力、沟通能力以及工作业绩。其中,有良好的领导能力是有效开展小组合作的前提,而且MDT需要有一个激励小组成员参与成为合作的领导者^[19]。优秀领导者要具备

如下特征:能与小组成员很好地沟通,并能采用参与式管理的领导风格。这就意味着领导者不仅能够听取不同成员的意见,并将不同的意见在小组内达成一致并做出指导决策,而且还要能在情况改变时做出独立的决定。几个国家的MDT通常是由外科医生领导的。然而现已证明,小组成员轮流领导方式既可以减少各种专家之间的矛盾,也可以提高MDT的工作效率并且增长小组士气。总而言之,当决策过程明显可见且可参与时,小组的工作将更加成功^[20]。

影响治疗决策的因素包括病期、亚健康状况和患者的偏好。事实上,MDT决策被改变的最常见原因是亚健康状况在讨论时没有被充分考虑^[21]。

在2005年的一项研究中,Blazeby等人发现:在布里斯托尔美国医疗保健信托的上消化道MDT的会议上所做的15.1%治疗决策没有实施(95%的可信区间是11.1%~20.0%)。MDT决策改变的主要原因是缺乏有关患者意愿或亚健康的信息。只有8项决策改变是由于在手术过程中发现了意想不到的转移性疾病。作者得出的结论是:更多的亚健康信息和患者的选择应该在MDT做出最佳决策时考虑进来^[22]。

每个MDT的关键是案例的陈述,所有相关的患者信息应该以最有效且最简洁的方式表述出来。这种陈述可以是口头的,但在陈述之前,如果能得到投射在屏幕上的调查支持就更好了。参加MDT的专家们必须确保他们所做贡献具有相关性和简洁性^[23]。

患者必须参与决策过程。然而,即便一种单药适合于某患者,但也可能产生相应的偏见。对于不同的专家来说,通过会诊来讨论患者的治疗决策可能会更好一些。Hack等人的一项研究表明,那些在诊断时积极参与决策的乳腺癌女性患者,在诊断后的3年,生活质量总体高一些^[24]。

据悉,最近远程多学科综合治疗小组(vMDT)的建立已经解决了MDT的经济和组织问题。事实上,MDT会议需要直接或间接的开支,而如今的改进确保了患者可以平等地接受高质量的护理。同时,也有证据表明,综合治疗小组合作相比其他模式更为有效。在当前的实践中,反应最多的一个问题是:综合治疗小组成员为了能更好地讨论患者的情况,应该定期见面。

vMDT 会议内容包括:谁能或者谁不能成为永久小组的成员、谁能使用共享数据与其他人讨论非同时发生的事情。参与讨论的人员可以是同一个地方的,也可以是全国范围内的。并且他们讨论的疾病范围也不仅仅限于特定解剖部位的肿瘤^[25]。

1.3 多学科综合治疗小组的影响

多学科综合治疗小组在肿瘤治疗方面的重要性会有所增加。MDT 的目的是通过讨论患者的情况,进而给他们推荐最好的治疗方案。

1996 年,英国卫生部门发布了乳腺癌的改进疗法^[26],紧接着又发布了结直肠癌、肺癌、妇科肿瘤以及上消化道肿瘤方面的类似成果^[27-30]。

MDT 的实现有可能改变治疗决策。在一项研究中,Baldwin 等人报道:手术前进行多学科讨论的乳腺癌女性患者,接受保乳手术的概率明显增加^[31]。

Forrest 等人对 1997 年以前与 2001 年以后引用 MDT 的两组不宜手术的非小细胞肺癌患者进行比较。2001 年,23%的患者接受化疗;相比之下,1997 年仅有 7%的患者接受此治疗。1997 年,对 117 位确诊患者进行随访,116 人死亡;然而 2001 年,126 位随访患者仅有 116 人死亡。此外,2001 年患者的平均生存期(6.6 个月)比 1997 年(3.2 个月)显著延长^[32]。

在 2009 年进行的一项有关胰腺腺癌治疗的研究中,Katz 等人表明:329 例原发胰腺腺癌患者,进行了手术切除后,长期生存期有所延长。他们将此结果归因于以下几个方面:患者手术时应用了客观标准,手术技术方面的标准化做法,强调多学科治疗的原则,新辅助疗法治疗次序的频繁使用^[33]。

2005 年到 2006 年之间大约有 400 例被确诊或疑似卵巢癌的患者。Ganesam 等人在每周一次针对各种适应证的临床病理学会议上提及了 108 例。对这些病例进行分析,75.8%的病例最初被诊断为上皮性卵巢癌。在 91 个患者中,48 个(52%)患者的直接诊断结果在会议讨论中发生了改变;20 个(22%)患者的治疗指征在 MDT 会议后重新修正^[34]。

Kee 等人在 2004 年的研究中非常重视 MDT 的决策。他们回顾了 221