



中国医师协会外科分会 MDT 专委会“百家畅言”系列丛书

消化系统恶性肿瘤 多学科综合治疗经典病例集

主编 沈琳 叶颖江



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

中国医师协会外科分会 MDT 专委会“百家畅言”系列丛书

消化系统恶性肿瘤

多学科综合治疗经典病例集

荣誉主编：王 杉 季加孚
主 编：沈 琳 叶颖江
副主编：李 健 申占龙 蔡三军 冯 艺 金 晶 李乐平 王海江 王锡山
王 屹 邢宝才 张艳桥

编 著 者 (按姓氏汉语拼音排序)

白 莉	蔡 勇	蔡三军	陈 功	陈 烨	陈亚林	成 芳	崔 湧
崔艳成	邓艳红	丁培荣	董广璐	杜晓辉	鄂明艳	方维佳	冯 波
冯 艺	高鹏骥	高远红	高志冬	葛春林	顾艳宏	黄莹莹	贾鑑慧
姜慧杰	姜立新	金 晶	康晓征	冷家骅	李 健	李 洁	李 勇(河北)
李 勇(广东)	李国立	李乐平	李永恒	李正荣	李忠武	李子禹	
刘 凡	刘 静	刘宝瑞	楼文晖	陆 明	罗 琪	罗素霞	孟晓春
彭俊杰	钱红纲	邱 萌	申占龙	沈 琳	沈 文	盛伟琪	施伟伟
宋丽杰	孙凌宇	唐 磊	童 彤	王 健	王 军	王 崑	王 屹
王大广	王贵宪	王海江	王六红	王晰程	王锡山	王雪鹃	王雅坤
王正航	夏庆欣	肖 刚	邢宝才	徐 农	徐 涛	徐卓东	薛卫成
姚宏伟	叶颖江	应杰儿	于丽娟	袁 瑛	袁家佳	张 波	张 俊
张敬东	张小田	张艳桥	张志栋	章 真	郑桐森	周 军	周 烨
周海涛	朱 骥	朱 远					

参编人员 (按姓氏汉语拼音排序)

陈晓锋	成 科	杜 俊	贾文焯	姜 武	孔 帅	黎 皓	李桂超
瞿 晴	施 敏	苏 昊	孙 婧	唐 源	王 辛	王远鹤	韦 青
张继准	章 娴	赵 婷	周 进	周 阳	朱 洪	邹霜梅	

人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

消化系统恶性肿瘤多学科综合治疗经典病例集 / 沈琳, 叶颖江
主编. —北京: 人民卫生出版社, 2018

ISBN 978-7-117-26131-9

I. ①消… II. ①沈…②叶… III. ①消化系肿瘤—治疗—
病案 IV. ①R735

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2018)第 039378 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!

消化系统恶性肿瘤多学科综合治疗经典病例集

主 编: 沈 琳 叶颖江

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: 北京汇林印务有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 787 × 1092 1/16 印张: 17

字 数: 424 千字

版 次: 2018 年 4 月第 1 版 2018 年 4 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-26131-9/R · 26132

定 价: 136.00 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)



沈琳

教授、博导、主任医师。现任北京肿瘤医院副院长及消化肿瘤内科、I期临床病区主任,北京市肿瘤防治研究所副所长。主要研究方向为分子分型指导下的消化系统肿瘤精准治疗与疑难病例的多学科综合治疗,以及抗肿瘤新药的I~III期临床试验与临床前的转化研究,是国内消化道肿瘤治疗的学科带头人之一。在国内最早开始推行消化道肿瘤多学科治疗模式与理念,同时是国家卫计委胃癌、结直肠癌诊疗规范的执笔人与组长。现任中国医师协会外科医师分会MDT专委会主任委员、中国抗癌协会肿瘤药物临床研究专业委员会主任委员、中国老年医学会肿瘤分会会长、中国临床肿瘤学会胃肠间质瘤专家委员会主任委员、中国抗癌协会大肠癌专业委员会副主任委员、中国医师协会大肠癌专业委员会副主任委员等职务。共发表论文160余篇,累积影响因子>280。主持国家重点研发计划、国家自然科学基金、“973”子课题、“863”子课题,以及横向课题40余项,研究经费>4000万元。作为主编写专著《消化道恶性肿瘤合理用药指南》,共参与编写专著10余部。主持并参加国际及国内多中心临床研究100余项,多项成果成为国内外消化道肿瘤临床诊疗规范与指南的循证医学依据。



叶颖江

教授、博导、主任医师。现任北京大学人民医院胃肠外科主任,卫计委临床重点专科——普通外科和肿瘤科学学术带头人之一。主要从事胃肠道肿瘤、普通外科的诊治。中国医师协会外科医师分会多学科综合治疗委员会主任委员、中国医师协会外科医师分会结直肠外科医师委员会副主任委员兼秘书长、中国医师协会肛肠医师分会副会长、中国研究型医院学会机器人与腹腔镜外科专业委员会副主任委员、中国研究型医院学会消化道肿瘤专业委员会副主任委员、中国老年肿瘤专业委员会胃肠肿瘤分会副主任委员、中国医师协会肿瘤防治规范化培训工作委员会常务委员、卫计委《胃肠间质瘤诊疗规范》专家委员会副组长、卫计委《结直肠癌诊疗规范》《胃癌诊疗规范》专家委员会委员。曾获得省部级科学技术进步二等奖 2 项。先后发表学术论文 313 篇(SCI 收录 42 篇),参编专著 20 余部。担任《中华普通外科杂志》《中国胃肠外科杂志》《中华损伤与修复杂志》《中国实用外科杂志》《中华消化外科杂志》等 11 种杂志的常务编委、编委。先后承担 863 计划、国家高技术研究发展计划、国家自然科学基金、卫计委医药研究中心基金、北京市及北京大学等 18 项科学研究项目。

序 言

多学科综合治疗 (multi-disciplinary treatment, MDT) 是以患者为中心, 集合多个学科的优势为患者 在肿瘤诊疗关键时刻提供最佳决策的诊疗模式。虽然 MDT 诊疗理念已经在全国各地消化系统恶性肿瘤的临床实践过程中得到推广与应用, 但目前仍缺乏 MDT 相关教材用于指导相关多学科年轻医生进行学习。

由于不同肿瘤患者之间的临床特征与分子特征差异较大, 临床表现与预后各异, 很难有类似专著之类的教材系统展现不同患者的 MDT 具体决策。因此, 个案病例的多学科讨论与实施过程依旧是展示 MDT 理念的最佳方式。在过去几年中陆续有个案报道发表在期刊杂志, 但尚未有依据病种进行分类的 MDT 病例系列陈述以书籍的形式面世。

本书是国内第一本消化道恶性肿瘤的 MDT 病例专著, 也是 MDT 专委会“百家畅言”系列丛书的第一册, 由中国医师协会外科分会 MDT 专委会发起, 由青年委员提供各自中心经多学科讨论与治疗、随访的 57 例消化系统恶性肿瘤病例, 涵盖结直肠癌、胃癌、食管癌、胰腺癌、神经内分泌肿瘤、胃肠间质瘤等病种, 并邀请影像、病理、胃肠外科、肝胆外科、肿瘤内科、放疗科等相关领域的 MDT 专委会委员从各自的专业角度进行病例点评。本书从征集病例、专业点评到校稿排版, 历时一年多, 共 100 余位来自全国各地的医生参与编写、点评与修订。

本书可用于肿瘤专业的高年资主治医师作为参考学习使用。由于很多临床病例相对复杂, 每位医生对病情的评估与治疗决策可能会有与本书意见相左, 而本书中每个病例的最终治疗决策受到时间、接诊医生理念等因素的影响也未必一定是最佳选择, 仍然有待继续讨论。此外, 由于病例准备时间仓促, 部分病例的影像与临床资料在质量与内容提供上可能不够全面, 希望读者能够谅解。也同时感谢人民卫生出版社对本书的大力支持!

MDT 专委会未来会陆续推出“百家畅言”系列丛书的后续专著, 欢迎广大读者关注并提出宝贵意见。

(沈 琳 叶颖江)

目 录

第一章 结直肠癌	1
第一节 肠癌合并肝转移	1
一、肠癌伴同时性肝转移	1
病例 1: 直肠癌同时性肝转移	1
病例 2: 直肠癌伴腹膜后淋巴结、肝转移	6
病例 3: 直肠癌伴同时性肝转移	11
病例 4: 可手术切除的同时性直肠癌肝转移	15
病例 5: 直肠癌肝转移	19
病例 6: 直肠癌伴肝转移	25
病例 7: 直肠癌合并肝转移	29
病例 8: 升结肠癌伴肝转移	32
病例 9: 升结肠癌合并肝转移	36
病例 10: 升结肠癌伴同时性肝多发转移	41
病例 11: 直乙交界处肠癌肝转移	51
病例 12: 乙状结肠癌同时性多发肝转移	54
病例 13: 乙状结肠癌合并肝多发转移	58
病例 14: 乙状结肠癌肝转移伴发热	63
二、肠癌合并肝、肺转移	65
病例 15: 右半结肠癌合并肝、肺转移	65
病例 16: 直肠癌术后放化疗后肝肺寡转移	70
病例 17: 直肠癌同时性肝转移伴肺结节	73
第二节 低位直肠癌	78
病例 1: 局部进展期低位直肠癌合并肛周脓肿	78
病例 2: 直肠癌术后吻合口复发	83
病例 3: 局部晚期低位直肠癌综合治疗	87
病例 4: 低位直肠癌	93
病例 5: 直肠癌合并腹膜后淋巴结转移	97
第三节 其他复杂性肠癌	100

病例 1: 乙状结肠癌侵犯膀胱	100
病例 2: 直肠癌综合治疗后腹膜后局限性淋巴结转移	103
病例 3: 升结肠癌侵犯十二指肠	105
病例 4: 直肠癌术后骶前复发并腹壁转移	110
病例 5: 横结肠癌合并盆腔、腹腔种植转移	115
病例 6: 直肠癌合并肝、直肠转移	121
病例 7: 局部晚期直肠癌新辅助治疗	127
第二章 胃癌	131
第一节 胃癌伴肝转移	131
病例 1: 胃癌肝转移、多发淋巴结转移	131
病例 2: 胃癌合并肝转移	135
病例 3: 胃癌肝转移	138
病例 4: 胃癌肝转移术后	142
第二节 HER2 阳性胃癌	144
病例 1: 胃癌 HER2 阳性	144
病例 2: 胃癌伴陈旧心梗	148
病例 3: 食管胃结合部腺癌合并腹膜后淋巴结转移	159
第三节 其他复杂性胃癌	163
病例 1: 胃癌伴腹膜转移	163
病例 2: 胃癌侵犯胰腺	166
病例 3: 胃癌侵犯浆膜	172
病例 4: 因肺功能不全无法手术切除的局限期胃癌	175
病例 5: 胃癌肺癌双原发癌	177
病例 6: 胃癌新辅助化疗	182
病例 7: 局部晚期贲门癌新辅助放化疗后手术	186
第三章 其他少见肿瘤	193
第一节 食管癌	193
病例 1: 胸上段食管癌	193
病例 2: 局部进展期食管癌并发食管纵隔瘘	196
病例 3: 食管癌局部进展期新辅助治疗	199
第二节 胰腺癌	202
病例 1: 胰腺颈体部胰腺癌	202
病例 2: 胰体尾交界处胰腺癌	205
第三节 神经内分泌肿瘤	208
病例 1: 胆囊神经内分泌癌	208

病例 2: 胰腺神经内分泌瘤多发转移	212
病例 3: 胰腺神经内分泌肿瘤	217
病例 4: 胃混合型腺小细胞神经内分泌癌	221
病例 5: I 型胃神经内分泌肿瘤 ESD 术后胃内复发	231
病例 6: 胃混合性腺神经内分泌癌肝转移	235
病例 7: 胰腺神经内分泌肿瘤合并双肺转移	241
第四节 胃肠间质瘤	246
病例 1: 十二指肠间质瘤伴复杂性肝转移	246
病例 2: 十二指肠间质瘤术后复发转移	253

第一章 结直肠癌

第一节 肠癌合并肝转移

一、肠癌伴同时性肝转移

病例 1: 直肠癌同时性肝转移

病例提供者: 北京大学肿瘤医院, 消化肿瘤内科, 沈琳、李健、韦青

(1) 病情介绍:

基本信息: 男, 51 岁。

主诉: 直肠癌同时性肝转移 3 年余, 分期术后 2 年余。

现病史: 患者 3 年前 (2013-10) 体检发现肝脏多发占位, 转移可能大。2013-10-24 肠镜: 距肛缘 5~10cm 直肠中上段溃疡隆起型肿物, 侵及近全周。病理: 中分化腺癌。RAS/BRAF 基因检测为野生型, CEA: 221.4ng/ml。

特殊合并症与家族史: 无。

体检阳性体征与重要阴性体征: 无。

重要辅助检查与影像检查结果:

2013-10-29 盆腔 MRI: 直肠中下段溃疡型病变, 长约 5.5cm, 厚处 1.8cm, 穿透肌层, 直肠系膜脂肪内见索条影。病变下缘距肛提肌与直肠交界水平 1.5cm。直肠肠周散在淋巴结, 较大 0.6cm×0.5cm。cT₃N_x (图 1-1)。

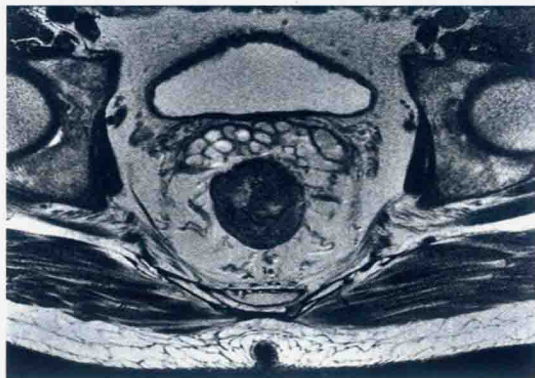


图 1-1

2013-10-26 腹部 MRI: 肝右叶多发转移瘤, >9 枚, 最大者 $3.0\text{cm} \times 2.2\text{cm}$ 、 $1.9\text{cm} \times 1.9\text{cm}$, 肝左叶未见异常(图 1-2)。

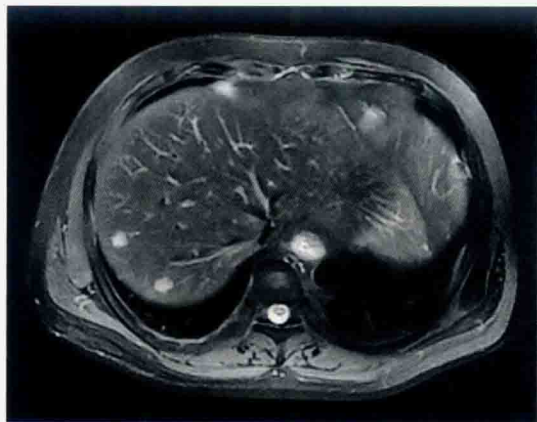


图 1-2A

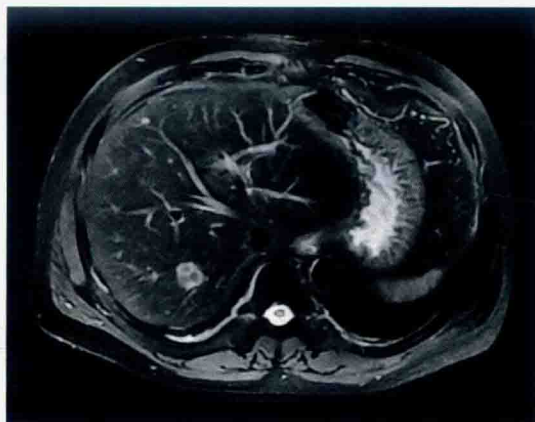


图 1-2B



图 1-2C

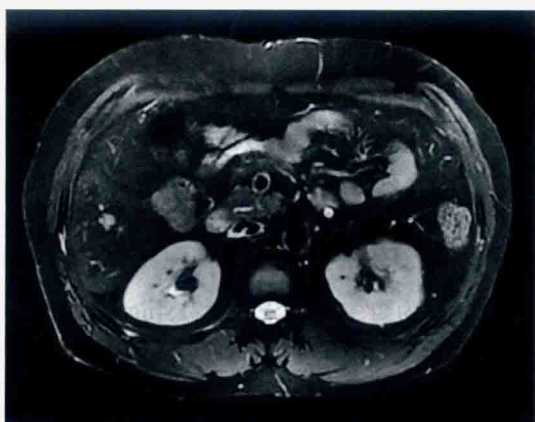


图 1-2D

PET/CT: 直肠中下段肠壁代谢(+), 肠周淋巴结代谢(-); 肝右叶转移灶代谢(+); 右肺胸膜下小结节代谢(-)。

诊断: 直肠癌同时性肝转移, $cT_3N_xM_1$, IV_a 期。

(2) 首次 MDT 讨论:

讨论目的: 直肠癌伴同时性肝转移可否 R0 切除?

讨论时间: 2013-10-30

参与科室: 消化肿瘤内科, 放疗科, 胃肠外科, 肝胆外科。

讨论意见:

消化肿瘤内科: 患者肝转移病灶较多, 但均在右肝, 且并无其他脏器转移, 故评估为潜在可切除的人群。可先行新辅助放化疗后再评估。方案上, 因患者 *RAS/BRAF* 基因检测为野生型, 可加用 EGFR 单抗提高有效率及转化切除率。

放疗科: 患者原发灶病变在直肠中下段, 若追求根治, 首选新辅助放化疗后再评估。

胃肠外科: 直肠中下段病变合并同时性肝转移, 且患者并无梗阻、出血症状, 可先行新辅助放化疗。

肝胆外科: 肿瘤负荷较大, CEA 升高明显, 目前切除复发概率较高, 先行新辅助放化疗减低瘤负荷, 提高 R0 切除率。

讨论结论: 新辅助放化疗后行手术治疗。

执行情况 & 治疗结局: 2013-10-31 始行 FOLFOX + 西妥昔单抗治疗 4 周期, 末次 2013-12-16。2013-11-05 至 2013-12-05 行直肠癌术前放疗 GTV 50.6Gy/CTV 41.8Gy/22f。治疗副反应: 腹泻 2 级, 皮疹 1 级, 骨髓抑制 0 级, 外周神经毒性 0 级。新辅助放化疗后评效: PR, CEA 降至正常(图 1-3)。

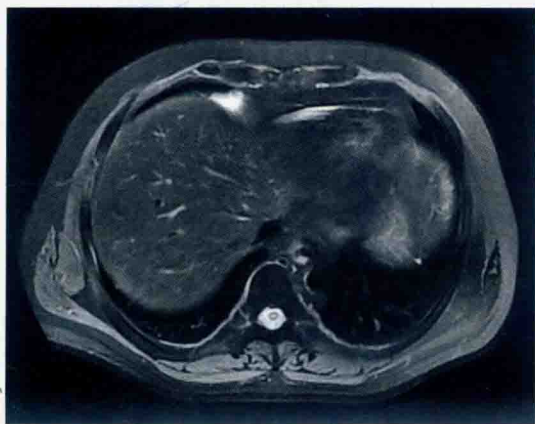


图 1-3A

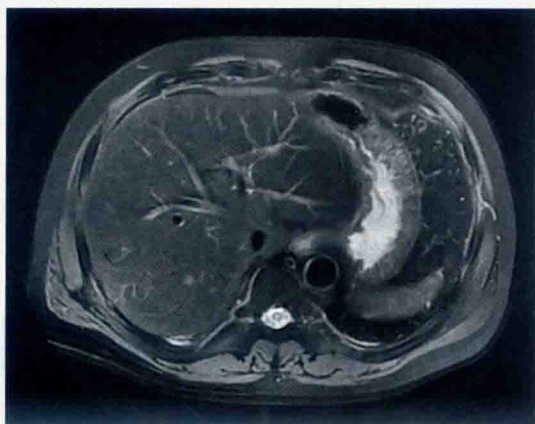


图 1-3B

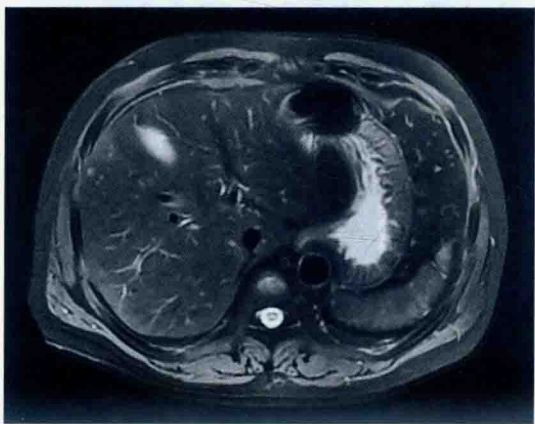


图 1-3C

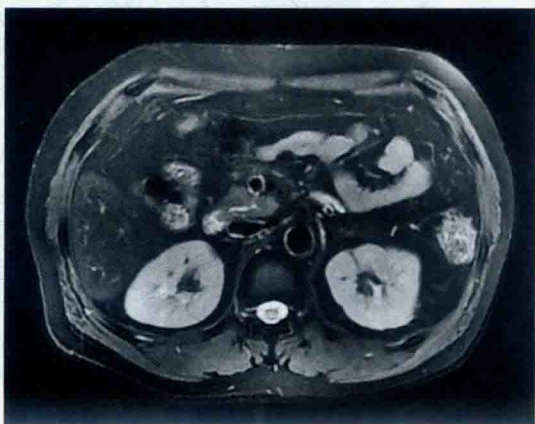


图 1-3D

(3) 二次 MDT 讨论:

讨论目的: 同期还是分期切除?

讨论时间: 2014-01-10

参与科室: 胃肠外科, 肝胆外科。

讨论意见:

胃肠外科: 患者新辅助放化疗明显获益。直肠原发灶切除难度并不大, 但是肝转移灶

能否切除决定了 R0 根治的关键。

肝胆外科：肝转移病灶较多，但均在右肝，新辅助治疗后明显获益，若同期切除，手术创伤较大，可先行肝转移灶切除，看能否达到肝转移灶的 R0 切除。

讨论结论：分期手术治疗。

执行情况及治疗结局：2014-01-17 行全麻下右半肝切除术+胆囊切除术。术后病理：肝脏组织中见中分化腺癌浸润(多灶)，直径 0.3~0.5cm，符合直肠癌肝转移，化疗后残留肿瘤约 15%，淋巴结 0/4，切缘(-)。术后于院外择期拔除膈下引流管，拔管后出现发热 38.5℃。2014-02-11 超声示：右侧胸腔积液，行胸腔穿刺引出脓性液 1100ml。2014-02-18 行全麻下胸腔镜探查、胸腔闭式引流术。术中见：右肺大部分壁层胸膜纤维性粘连，可见脓性液 1000ml，部分呈包裹性；予大量温盐水冲洗并留置闭式引流管。多次引流液细菌培养：金黄色葡萄球菌，抗感染治疗后好转。复查盆腔 MRI 示：直肠病较前好转。2014-03-26 行直肠低位前切除术+回肠保护性造口术，术中见：病灶位于腹膜反折线以下直肠前壁，距肛缘 5cm。术后病理：浸润性中分化腺癌；80% 癌细胞变性坏死及间质纤维化。侵至肌层，癌栓-，切缘-；肠周仅见淋巴结 3 枚，0/3；分期：ypT₂N₀。术后 1 周出现吻合口瘘，引流液培养为铜绿假单胞菌、屎肠球菌，予抗感染治疗及盆腔冲洗后好转。原发灶切除术后 1 月余后复查 MRI：术区边缘及 S4 小强化灶，考虑转移(图 1-4)。CEA 正常。

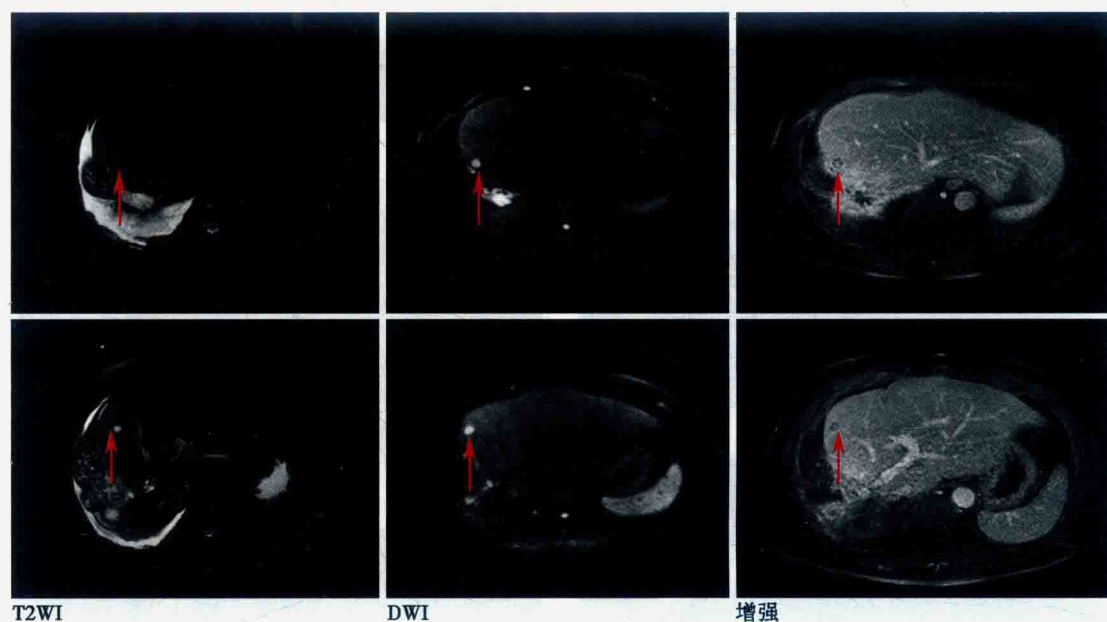


图 1-4

(4) 三次 MDT 讨论：

讨论目的：新发肝转移灶的处理。

讨论时间：2014-05-19

参与科室：消化肿瘤内科，介入科，肝胆外科。

讨论意见：

消化肿瘤内科：患者出现新发病灶，既是说明肝内有可能存在肉眼不可见的其余转移

病灶,建议全身化疗,且患者既往方案显著有效,可沿用。

肝胆外科、介入科:同意内科意见,局部治疗可能无法控制其他微转移灶,故目前阶段以内科治疗为主。

讨论结论:原方案化疗后再评估。

执行情况及治疗结局:术后 2014-05-20 开始 FOLFOX+西妥昔单抗治疗 4 周期,皮疹 2 级。3 周期评估:肝脏病灶 CR。2014-07-23 至 2014-08-25 予 5-FU+西妥昔单抗维持治疗 3 周期。目前已停治疗,定期复查,肿标正常。治疗期间发现双下肢血栓,目前予华法林抗凝治疗。

(5) 病例点评:

影像科(烟台毓璜顶医院,胃肠外一科、甲状腺外科,姜立新):

本例为局部进展期直肠癌并同时性肝转移患者,转移灶多达 9 枚以上,但影像学检查显示局限于右肝,属潜在可切除病例。对此类人群的转化性治疗方案一般首选 FOLFIRI/FOLFOX+西妥昔单抗(*RAS* 野生型),或 FOLFOXIRI±贝伐珠单抗;其次可选择 FOLFOX/CapeOx/FOLFIRI±贝伐珠单抗。本例为 *RAS* 野生型,经第一次 MDT 讨论后选择新辅助放化疗后手术治疗,化疗方案为 FOLFOX+西妥昔单抗。从治疗后评估来看,显然患者受益较大,显示出该方案制定合理、有效。转化治疗开始后一般应在 2 个月内重新评估可切除性,一旦可以手术应立即手术切除,术后继续使用有效的转化化疗方案。第二次 MDT 后决定分期切除转移灶及原发灶减少了同期手术的创伤,手术时机选择恰当。右肝切除术后 4 个月发现肝内出现新的转移灶,经第三次 MDT 讨论后继续应用原转化治疗方案获得影像学 CR,病情稳定。

从该例患者多次 MDT 讨论中可以看到其得到了规范、专业、个体化的治疗,而患者的配合也使其从中获益。

内科(河南省肿瘤医院,肿瘤内科,罗素霞):

肝脏是结直肠癌主要的转移部位,大约 20%~40% 的患者存在肝转移。MDT 讨论对于结直肠癌单个脏器转移的患者非常重要。经过讨论,对患者进行进一步分类。对于潜在可切除病人,经过积极的转化治疗,20% 左右的患者可以进行同期或者分期手术。但是能否做同时性切除,主要还是取决于患者的体质和手术范围。手术之后的患者,中位生存时间为 35 个月,5 年生存率能够达到 30%。因此,不同于其他消化道恶性肿瘤,结直肠癌单个脏器的转移,只要能够转化为可切除病灶,手术切除均能够延长患者的生存时间。而对于术后再次出现转移或复发的患者,经过积极的内科治疗能够继续控制肿瘤生长。不论是转化治疗还是再次复发后的内科治疗,靶向药物(西妥昔单抗、贝伐珠单抗)联合细胞毒药物均证实在传统化疗的基础上进一步延长患者的生存时间。

放疗科(复旦大学附属肿瘤医院,放疗科,章真):

患者为直肠癌 cT₃N_x 同时性肝转移,肝转移为潜在可切除。治疗的目标为争取根治。对于这类患者,治疗选择包括化疗和放疗后评估手术。涉及内科相关的问题主要有:化疗和放疗的顺序;化疗方案的选择;放疗方案的选择。

化疗和放疗顺序:影响患者根治的主要因素为肝转移灶,其转移灶技术上可切,但数目较多,提示可能较差的生物学特性,因此以化疗为先较宜。

化疗方案的选择: 根据临床研究和其基因检测结果, FOLFOX/FOLFIRI+ 西妥昔单抗都可选择。

放疗方案: 其盆腔为 T_3N_x , 短程放疗和长程放疗都可以作为治疗的选择。波兰的Ⅲ期研究局部晚期直肠癌, 短程放疗+化疗与长程放疗的疗效相似。如果采用短程, 因时间仅一周, 可以放疗后系统化疗。

在肝切除后出现新的肝转移灶, 化疗后 CR, 如再出现, 可以考虑立体定向放疗(SBRT)、射频消融等局部治疗。

病例 2: 直肠癌伴腹膜后淋巴结、肝转移

病例提供者: 四川大学华西医院, 腹部肿瘤科, 陈烨

(1) 病情介绍:

基本信息: 男, 65 岁。

主诉: 反复下腹痛 4 月。

现病史: 4 月前患者出现反复下腹痛, 肠镜示: 距肛门 4cm 可见溃疡型新生物, 表面充血糜烂, 累及管腔 1/2。病理活检: 查见中分化腺癌, *RAS/BRAF* 野生型。行全腹 CT: 直肠下段癌, 伴腹膜后淋巴结、肝转移(图 2-1)。胸部 CT 未见明显异常。CEA: 8.36ng/ml。ECOG: 1 级。

特殊合并症与家族史: 无。

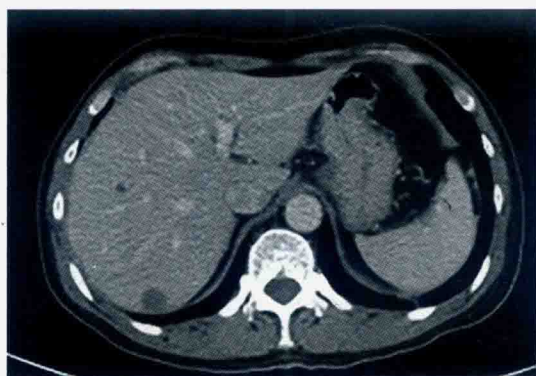


图 2-1A

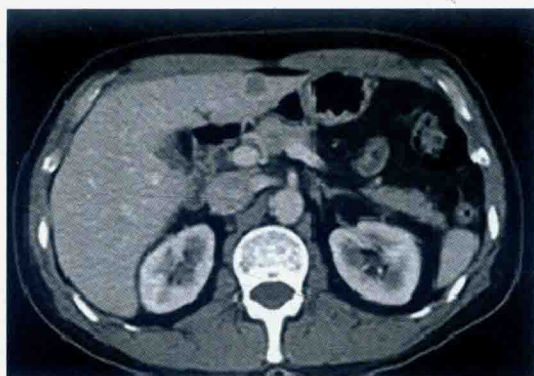


图 2-1B

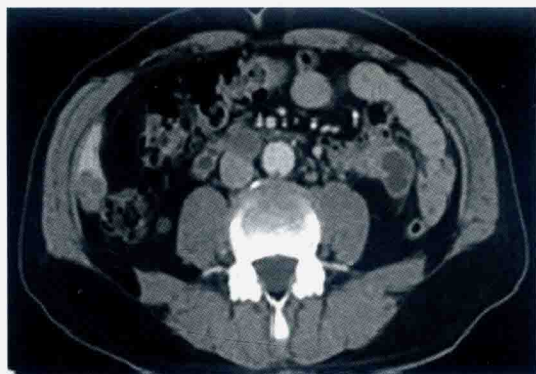


图 2-1C

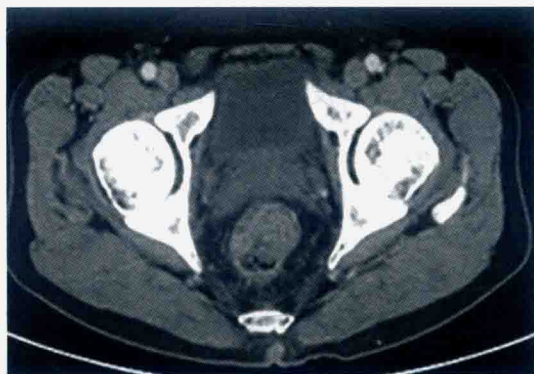


图 2-1D

体检阳性体征与重要阴性体征：无。

诊断：直肠下段中分化腺癌伴肝、腹膜后淋巴结转移，cT₃N₂M_{1b}，IV_b期。

(2) 首次 MDT 讨论：

讨论目的：诊断及治疗方案。

讨论时间：2015-04-01

参与科室：胃肠外科，肝脏外科，放疗科，肿瘤内科，影像科，病理科。

讨论意见：

胃肠外科及肝脏外科：患者为同时性转移性直肠癌，肝脏及腹膜后均有病变，不可治愈，以姑息治疗为主，暂不考虑手术治疗。

放疗科：病灶广泛，局部症状不明显，暂不考虑放疗。

肿瘤内科：患者肿瘤病灶广泛，体力状态好，能耐受强力化疗，为 ESMO 分类 2 类患者，以全身治疗为主。建议行两药化疗联合靶向治疗。

讨论结论：建议行两药化疗联合靶向治疗。

执行情况及治疗结局：于 2015-04-02 至 2015-08-30 行 9 周期 mFOLFOX6 联合西妥昔单抗治疗。期间每 3 周期复查，肝脏及淋巴结变化不明显，直肠肿块有缩小，总体疗效评估为 SD(图 2-2)。患者疼痛消失，排便正常。CEA 下降至 5.83ng/ml。

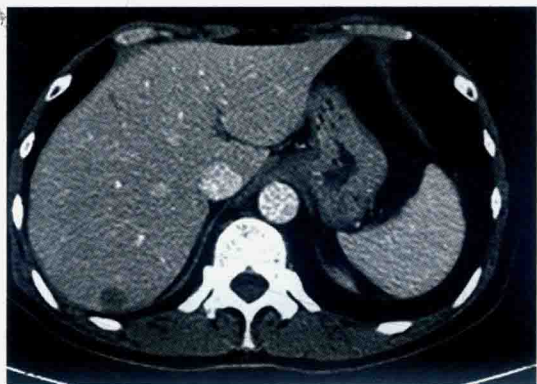


图 2-2A



图 2-2B

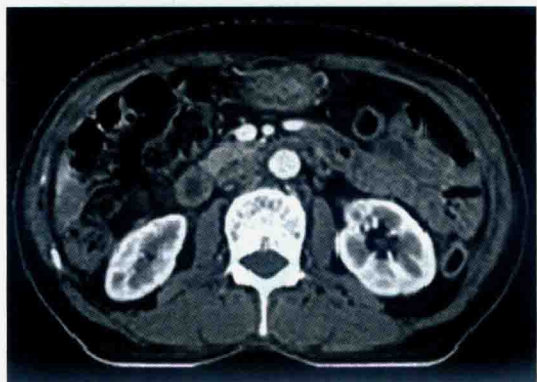


图 2-2C

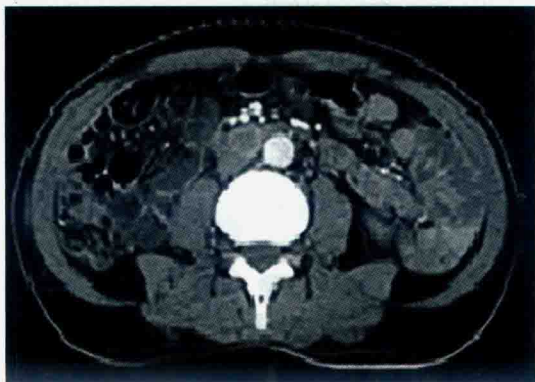


图 2-2D



图 2-2E

(3) 二次 MDT 讨论:

讨论目的: 患者下一步治疗方案。

讨论时间: 2015-09-03

参与科室: 胃肠外科, 肝脏外科, 放疗科, 肿瘤内科, 影像科。

讨论意见:

肿瘤内科: 患者已行靶向联合化疗 9 周期, 肿标下降, 症状缓解, CT 疗效评估为 SD, 无新病灶, 全身控制好, 可考虑化疗基础上加局部治疗。

胃肠外科: 建议行 PET/CT 进一步排除新病灶, 若无新病灶可手术切除原发灶及腹膜后淋巴结。

肝脏外科: 若无新病灶可行肝脏病灶手术或射频消融术, 争取 NED(无疾病证据)机会。

放疗科: 针对原发灶及腹膜后淋巴结可行放疗。

讨论结论: 化疗联合靶向的基础上联合腹膜后淋巴结及直肠病灶手术或放疗+肝切除。

执行情况及治疗结局: 行 PET/CT 未见新发病灶。因患者不知情, 家属不考虑手术, 同意同步放化疗。于 2015-09-15 至 2015-10-15 行 mFOLFOX6 联合西妥昔单抗 3 周期。于 2015-10-08 至 2015-11-13 行腹膜后淋巴结及盆腔放疗 66Gy/33f。放疗结束后复查肿瘤标记物升高, 复查 CT 示: 肝病灶增大, 腹膜后淋巴结和直肠病灶缩小, 无新病灶(图 2-3)。放疗后患者出现腹泻、肛门疼痛 1 级。2015-11-05、2015-11-21 行二线伊立替康联合贝伐

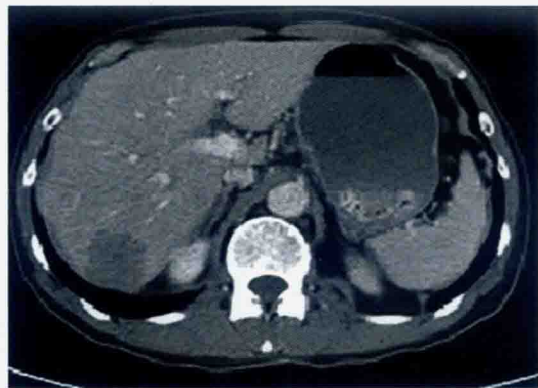


图 2-3A

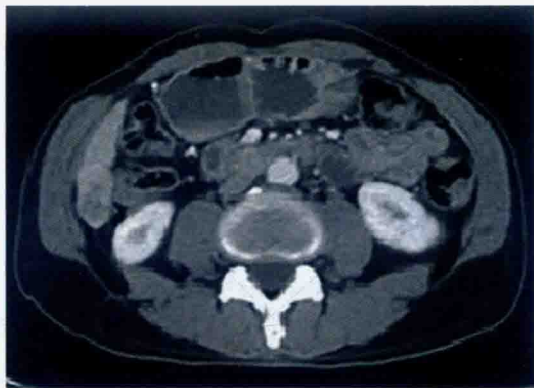


图 2-3B