

规范化病理诊断是乳腺癌精准治疗的基石

● 潘锋



应建明

“乳腺癌患者在不同治疗阶段都需要病理诊断,为临床决策提供支持。病理学在乳腺癌诊疗中扮演着非常重要的角色,通过分类、分级和分期,为临床提供全面、翔实、准确的信息,从而帮助医生为患者制定合理的个体化治疗方案。”

乳腺癌是女性中常见的恶性肿瘤之一。2020年最新统计数据中,在我国癌症新发病例数中,乳腺癌位居肺癌、结直肠癌、胃癌之后第四位,在女性肿瘤中居首位。2022年2月,国家癌症中心发布的最新一期全国癌症统计数据显示,2020年我国女性乳腺癌发病42万例,超过肺癌的28万例,由此成为我国女性中发病率最高的癌种。乳腺癌发病率居高不下,不仅给患者身心健康造成严重危害,还给患者和家庭带来了沉重的医疗负担。

为进一步提高乳腺癌诊疗规范化水平,改善乳腺癌患者预后,保障医疗质量和医疗安全,国家卫生健康委日前修订发布了《乳腺癌诊疗指南(2022年版)》(简称《指南》)。《指南》强调,乳腺癌是女性常见的恶性肿瘤之一,发病率位居女性恶性肿瘤首位,但目前通过综合治疗手段,乳腺癌已成为疗效最佳的实体肿瘤之一。

国家癌症中心/中国医学科学院肿瘤医院病理科主任应建明在接受采

访时表示,《指南》主要从乳腺癌筛查、诊断、组织病理学诊断、鉴别诊断、治疗、诊疗流程、随访等七个方面做出了规范化指导,其中在组织病理学诊断方面主要对乳腺癌的病理诊断分类进行了更新和规范,以期更好地指导临床开展乳腺癌精准个体化治疗,助力提高患者生存质量。

分子分型指导临床决策

“病理诊断是乳腺癌确诊和治疗的关键依据,规范的病理诊断是乳腺癌精准治疗的基石。”应建明表示,现在为临床个体化治疗提供决策依据的很多指标和数据都来源于病理诊断,包括组织学分型和分级、肿瘤大小、淋巴结转移情况、脉管侵犯、激素受体及靶分子情况,以及切缘等。病理诊断涵盖了乳腺癌精准治疗的每一个环节,为手术方式选择、内分泌治疗、靶向治疗、新辅助治疗、保乳及预后评估等提供了重要参考依据。规范化的乳腺癌病理诊断报告不仅要提供准确的病理诊断,还要提供正确、可靠的与乳腺癌治疗方案选择、疗效预测和预后判断相关的标志物的检测结果。

应建明指出,与其他肿瘤相比,乳腺癌临床治疗效果较好。随着分子生物学技术的快速发展,通过分子分型指导乳腺癌标准化、规范化临床治疗措施,患者将可以有更长的生存期和更好的生活质量。因此,对乳腺癌患者来说,病理诊断除了要作出疾病的明确判断,还要针对乳腺癌进行分子分型,指导临床根据不同的组织学和分子分型制定个体化治疗策略。《指南》对乳腺癌病理诊断的整个流程都进行了规范化推荐。

应建明介绍了《指南》最新乳腺癌病理诊断分类、分级和分期。准确的组织学分型对乳腺浸润性癌患者的个体化治疗具有非常重要的临床意义。《指南》将乳腺上皮性肿瘤的组织学分型分为:浸润性乳腺癌非特殊型、微浸润性癌、浸润性小叶癌(经典型、多形性)、小管癌、筛状癌、黏液癌、黏液性囊腺癌、浸润性微乳头状癌、伴大汗腺

分化的癌、化生性癌、罕见的及涎腺类型的肿瘤、神经内分泌肿瘤、上皮一肌上皮肿瘤、非浸润性小叶肿瘤、导管原位癌(派杰氏病、伴大汗腺分化、伴神经内分泌分化、印戒样、透明细胞样)、乳头状病变、良性上皮增生及前驱性病变、腺病和良性硬化性病变和腺瘤。

组织学分级是重要的预后因素,多项研究显示在浸润性乳腺癌中组织学分级与预后明确相关。目前应用最广泛的浸润性癌病理分级系统是改良的Scarff-Bloom-Richardson组织计分系统。根据腺管形成的比例、细胞的异型性和核分裂象计数三项重要指标,每项指标分别独立评估,各给予1~3分,相加后根据总分将浸润性癌划分为三个级别。对于导管原位癌(DCIS),病理报告中应包括分级,并建议反映是否存在坏死,组织学结构、病变大小或范围、切缘状况。

正确的肿瘤分期是指导患者个体化治疗决策的基础。肿瘤分期包括肿瘤大小、累及范围(皮肤和胸壁受累情况)、淋巴结转移和远处转移情况,乳腺癌患者都要进行临床分期和病理分期。此外,在免疫组化和肿瘤分子病理检测及其质量控制方面,应对所有乳腺浸润性癌病例进行雌激素受体(ER)、孕激素受体(PR)和HER2免疫组化染色,HER2(2+)病例应进一步做原位杂交检测。评估ER、PR状态的意义在于确认内分泌治疗获益的患者群体和预测预后,ER和/或PR阳性患者可采用内分泌治疗。

应建明表示,乳腺癌患者在不同治疗阶段都需要病理诊断,为临床决策提供支持。病理学在乳腺癌诊疗中扮演着非常重要的角色,通过分类、分级和分期,为临床提供全面、翔实、准确的信息,从而帮助医生为患者制定合理的个体化治疗方案。

融入临床诊疗全过程

应建明指出,病理诊断是“金标准”,病理诊断的准确性直接影响临床科室的诊疗质量,是临床多学科会诊

(MDT)的重要依据和有力支撑。病理诊断可以为前期做出正确的诊断提供依据,也可以为后期治疗方案的制定以及随访等提供持续的支持。但是相对的,病理诊断是也存在局限性,受限于送检材料、检测手段、对疾病本身的认识以及治疗的影响等;同时,病理检测的特点是涉及面广、主观性强、定性多、定量少,因此在病理诊断前后都需要临床与病理的充分沟通,乳腺癌规范化病理诊断报告也离不开多学科合作,临床与病理的充分沟通和合作是病理诊断及治疗准确的前提。

应建明说,病理医生被称作“医生的医生”,他们在MDT中时常充当“法官”的角色。MDT让不同专业的医生能够快速从宏观到微观、从整体到局部,通过病理、影像、分子分型诊断等,尽快清楚全面地掌握患者个体情况。医生了解患者的信息越全面越仔细,对后续的治疗帮助就越大,从而对治疗决策做出准确的判断,如此才能把控好患者每个阶段治疗的关键时间窗,从而实现患者获益最大化。

“每个肿瘤患者在接受同样的治疗后结局并不一定相同。”应建明指出,MDT病理诊断已融入临床诊疗的全过程,包括诊疗前、诊疗中、诊疗后的每一个细节中。乳腺癌在多学科治疗方面有着非常成熟的经验,病理报告的质量越来越影响乳腺癌患者治疗方案的选择。作为单病种质控第一个试点癌种,我们也确实看到乳腺癌诊治需要外科、内科、放疗科、病理科、影像科等的共同参与,大家根据患者的个体差异来制定最适合的治疗方案。但相对传统的内科、外科,人才短缺、资金短缺、科室缺乏话语权等使当前很多医院病理科发展面临的困境。现在各类肿瘤的治疗进展非常快,一个病理科要面对整个医院的所有亚专科的需求,病理科人才储备必须跟得上这种快节奏的变化。病理医生的知识储备要时刻与临床医生保持高度适配,这样才能在MDT讨论中有足够的话语权,才能更好地帮助临床医生实现转化创新。