

《肺结节诊治中国专家共识(2024年版)》发布 切还是不切? 肺结节如何被正确对待?

● 本报记者 张思玮

2020年全球癌症新发病例约1930万例,癌症死亡近1000万例。其中肺癌新发病例数约为221万例,占癌症新发病例总数的11.4%。肺癌死亡约180万例,居癌症死亡首位。当年,我国肺癌新发病例数81.6万,占全球总例数37%。2022年中国最新肺癌发病例数增至106.06万,死亡例数73.3万。

不过,就肺癌患者的5年生存率而言,数据中国2018年公布的数据为19.7%,与《健康中国行动—癌症防治行动实施方案(2023—2030年)》中提出的至2030年总体癌症5年生存率达到46.6%还存在较大差距。

“大部分肺癌患者就诊时已处于肺癌晚期,错过了根治性治疗时机,究其原因主要是一、二级预防工作做得不够。通常I期肺癌5年生存率为77%~92%,III A~IV B期肺癌5年生存率仅为0~36%。因此,实现肺癌早期诊断和治疗是提高肺癌5年生存率、改善患者预后的关键。”复旦大学附属中山医院教授白春学表示。

为此,中华医学会呼吸病学分会肺癌学组、中国肺癌防治联盟专家组共同发起,组织相关领域的多学科专家共同制定并发布《肺结节诊治中国专家共识(2024年版)》(以下简称共识),发表于《中华结核和呼吸杂志》。

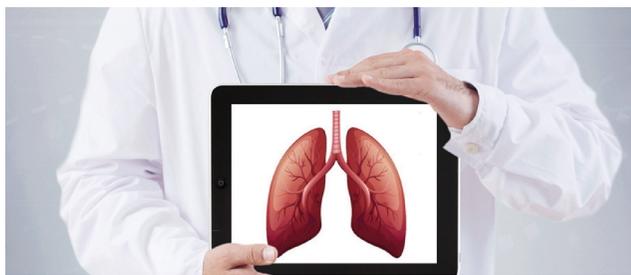
结节大小与恶性概率相关

共识将肺结节定义为,影像学表现为最大径 ≤ 3 cm的局灶性、类圆形、较肺实质密度增高的实性或亚实性阴影,可为孤立性或多发性,不伴肺不张、肺门淋巴结肿大和胸腔积液。

按照数量分为孤立性(单个病灶)与多发性(2个及以上的病灶)。

为便于更好地指导分级诊疗工作,对肺结节患者进行精准管理,共识将肺结节中最大径 ≤ 5 mm者定义为微小结节、最大径5~10 mm定义为小结节。

“结节大小与恶性概率明显相关。微小结节患者可在基层医院随访管理,小结节患者可在有诊治经验的医院治疗。10~30 mm的肺结节则应尽早诊治。根



图片来源:摄图网

据实性和亚实性肺结节临床管理流程进行随访管理。”白春学说,根据密度,肺结节还可分为实性肺结节和亚实性肺结节,后者又包含纯磨玻璃结节和部分实性结节。

共识特别指出,针对于难定性肺结节(无法通过非手术活检明确诊断,且高度怀疑早期肺癌的肺结节),应采用多学科团队工作模式和医患共同决策的方式。

尚无有效生物学标志物

那么,该如何有效地发现肺结节呢?共识推荐,采用胸部低剂量CT(LDCT)对肺癌高危人群进行筛查,同时,将我国肺癌筛查年龄降至40岁。具有下述任一危险因素者——吸烟指数 ≥ 400 年支(或20包年),有环境或高危职业暴露史(如石棉、铍、铀、氡等接触者),合并慢阻肺、弥漫性肺纤维化或曾患肺结核者,曾患恶性肿瘤或有肺癌家族史,尤其是一级亲属家族史者,建议每年采用胸部LDCT进行筛查。

复旦大学附属中山医院在2014—2019年这6年期间,共做肺结节手术1.64万例,病理诊断和分期提示早期肺癌0.998万例,占比60.8%。白春学说,依据早期肺癌根治或10年存活率可达90%以上的研究结果推测,这必将改变目前5年生存率19.7%的现状。

共识强调可通过外观评估和探查内涵两个角度判断肺结节的良恶性,包括结节大小、形态、边缘及瘤-肺界面、内部结构特征及随访的动态变化。同时,共识还增加了AI影像辅助诊断评估章节。

目前,中国国家药品监督管理局(NMPA)和美国食品药品监督管理局(FDA)已批准了部分AI影像辅助诊断系统上市。与常规影像学比较,应用AI

辅助评估和管理肺结节可以精准测定肺结节最长径、体积和密度,更全面评估边缘和浸润状态,并且能精准评估结节内血管及其生长状态。此外,AI

还具有三维立体重建、动态对比、深度学习、深度挖掘等优势。

遗憾的是,目前尚无公认的高敏感度和特异度的生物学标志物用于肺癌的早期诊断。但共识提出,有条件者可酌情进行胃泌素释放肽前体(Pro-GRP)、神经元特异性烯醇化酶(NSE)、癌胚抗原(CEA)、细胞角蛋白19片段(CYFRA21-1)等检查。

值得一提的是,白春学教授牵头开发的基于中国肺癌诊断生物标志物谱(LCBP)预测模型,采用肿瘤标志物(包括Pro-GRP、CEA、SCC和CYFRA21-1)的联合指标,结合患者年龄、性别、吸烟史,以及肺结节直径及边缘毛刺征等变量因素,对肺结节进行危险分层,其敏感度为94.6%,特异度为94.2%。

个体化诊疗是关键

一旦发现肺结节,该如何对肺结节进行个体化评估?

共识建议,采集与诊断相关的信息,如年龄、职业、吸烟史、慢性肺部疾病史、个人和家族肿瘤史、治疗经过及转归,可为鉴别诊断提供参考意见。此外,还包括胸部增强CT扫描和正电子发射计算机断层显像(PET-CT)的功能显像、循环染色体异常细胞(CAC)数量、支气管镜检查、经胸壁肺穿刺活检术等非手术活检,以及在资深专家和/或MDT评估均为恶性高风险时进行的手术活检。

对于孤立性不明原因结节直径 > 8 mm患者,共识建议通过定性使用临床判断和/或定量地使用验证模型评估肺结节恶性概率,并考虑患者意愿而进行临床决策。对于孤立性实性结节直径 ≤ 8 mm且无肺癌危险因素者,共识建议根据结节

大小选择CT随访的频率与持续时间。

在亚实性肺结节的随访推荐方案和注意事项方面,共识指出,纯磨玻璃结节(pGGN)直径 ≤ 5 mm者应首次6个月随访胸部CT,随后行年度胸部CT随访;pGGN直径5~10 mm者应首次3个月随访胸部CT,随后6个月行胸部CT随访,并建议应用AI和人机MDT评估;对要求个体化诊疗者,可辅以CAC评估,根据评估结果,推荐非手术活检和/或手术切除。

对于磨玻璃密度和实性密度均有的混杂性结节(mGGN),除mGGN病灶大小,评估其内部实性成分的比例更加重要。CT扫描图像中实性成分越多,提示侵袭性越强。

而当评估中发现有1个占主导地位的结节和(或)多个小结节者,共识建议单独评估每个结节,并应用AI和人机MDT评估,对要求个体化诊疗者辅以CAC或PET-CT评估,除非有组织病理学证实转移,否则不可否定根治性治疗。

共识强调,肺结节治疗原则是针对良性肺结节,以病因治疗为主;针对恶性肺结节,首选治疗方式为外科手术根治性切除。此外,对心肺等生理功能不能耐受者,可以考虑立体定向放射治疗(SBRT)或者消融治疗(射频消融、微波消融和冷冻消融)。

虽然在肺结节中发现早期肺癌(原位和IA期肺癌)后手术治疗可以使10年生存率或治愈率达到92%,但目前各医院和医生之间的诊断水平高低不一,很难实现这一目标。而物联网医学的出现为达到这一目的创造了新契机,它可以赋能医生从采集信息、信息深度挖掘、协助管理等方面提高肺结节诊断和鉴别诊断水平。

“未来,我们还需要更多的研究开发评估肺结节的无创性、非病理诊断方法,助力精准识别早期肺癌,提高肺结节诊治水平,改善我国肺癌患者的预后。”白春学说。

相关论文信息:

<https://doi.org/10.3760/cma.j.cn112>

147-20231109-00300