



MDT在优化NSCLC治疗中的作用 ： 从疾病早期开始

专家小组专题讨论，记录于2020年10月

免责声明

- 团队可能会就未经批准的产品或未经核准使用已批准产品的情况进行商讨；这些情况可反映一个或多个司法管辖区的批准状况
- touchIME建议当前团队确保公开任何未标注或未经批准使用的参考文献
- 在touchIME的活动中提及或使用这些产品并不意味着或暗示touchIME认可这些未经批准的产品或未经核准的使用
- touchIME不承担因错误或遗漏而产生的任何责任

专家小组



Solange Peters教授（主席）

瓦杜瓦大学
中心医院（CHUV），
肿瘤科，
瑞士洛桑沃州



Walter Weder教授

胸外科，
Klinik Bethanien，
瑞士苏黎世



Françoise Mornex教授

法国里昂克劳德·伯纳德大学
和里昂市民救济院



Albrecht Stenzinger教授

德国海德堡大学医院病理研究所

议程表

MDT如何协同工作作为非小细胞肺癌患者提供最佳护理？

报告: *Solange Peters*

小组讨论: *Walter Weder, Françoise Mornex, Albrecht Stenzinger*

成功的MDT沟通涉及哪些方面？

报告: *Solange Peters*

小组讨论: *Walter Weder, Françoise Mornex, Albrecht Stenzinger*

需要采取哪些策略来克服执行MDT决策时的障碍并提高研究的接受度？

报告: *Solange Peters*

小组讨论: *Walter Weder, Françoise Mornex, Albrecht Stenzinger*

MDT如何协同工作作为非小细胞肺癌患者提供最佳护理？

Solange Peters教授

瓦杜瓦大学
中心医院 (CHUV),
肿瘤科,
洛桑沃州, 瑞士

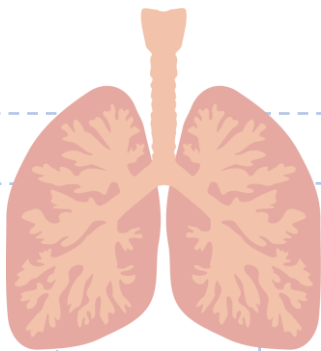


MDT在NSCLC治疗中的作用至关重要

肺癌是全球癌症相关死亡的主要原因¹

MDT在临床分期和基础治疗计划中起着至关重要的作用^{2,3}

通过提供更全面的癌症分期、更好的指南遵从性以及更长的生存期，MDT会更有效地管理肺癌患者³⁻⁵



准确的临床分期可为个体患者确定最佳治疗策略²

准确的诊断和分期对III期患者尤为重要；会影响对治愈性治疗的可能分配²

MDT的建议很重要，因为诊疗指南可能无法涵盖每个患者的临床情况以及新的临床数据⁶

MDT，多学科协作诊疗团队；NSCLC，非小细胞肺癌。

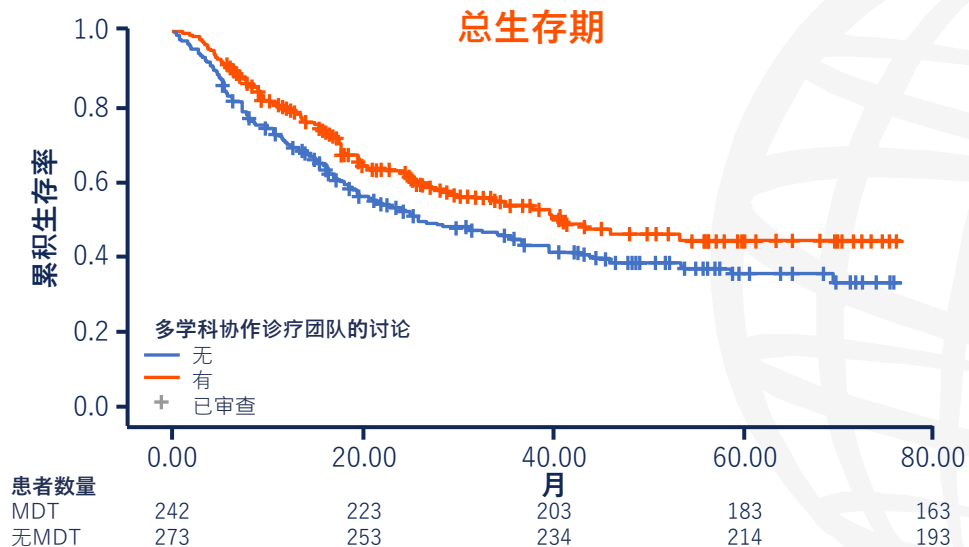
1. 世界卫生组织. Fact sheet cancer. 2018. who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer (2020年10月19日访问) ; 2. Hoesjmakers F等. *Chest*. 2020;S0012-3692(20)32079-1.

3. Planchard D等. *Ann Oncol*. 2018;29(Suppl 4):iv192-237. 4. Freeman RK等. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2010;38:1-5.

5. Forrest LM等. *Br J Cancer*. 2005;93:977-8. 6. Soukup T等. *J Multidiscip Healthc*. 2018;11:49-61.

MDT讨论给III期NSCLC患者带来生存获益

- III期NSCLC的治疗通常涉及多模式治疗，并且治疗方式因患者而异
- 回顾性研究旨在评估MDT讨论是否能改善患者生存率(n=515)
- 所有患者的中位生存期为33.9个月
- MDT讨论之后接受治疗的患者的中位生存期为41.2个月，而没有进行MDT讨论就接受治疗的患者的中位生存期为25.7个月 (p = 0.018)



根据是否对患者进行了MDT讨论而绘制的III期NSCLC患者生存曲线图

随着新的临床试验数据的增加，治疗方案的选择也将继续增加

- **PACIFIC**试验结果显示，对于不可切除的III期NSCLC患者，在CRT后使用杜鲁伐单抗佐剂可延长患者的生存期，鉴于此，治疗的差异将会增加¹
- PACIFIC的最新OS数据（包括3年生存率），进一步证实了该方案作为这一群体接受CRT后的治疗护理标准²
- 在**ADAURA**试验中，对于完全切除的*EGFR*突变阳性NSCLC患者（IB至IIIA期），相比使用安慰剂，接受奥西替尼治疗患者的DFS明显更长³
- FDA已经授予佐剂奥希替尼在完全切除的早期*EGFR*突变NSCLC为BTD
- 在纵隔淋巴结受累患者中，PORT的作用一直是争论的主题
- **Lung ART**研究在完全切除后与接受（新）辅助化疗后的NSCLC患者的3年DFS中未显示出显著的统计学差异⁴

BTD, 突破性疗法; CRT, 放疗; DFS, 无病生存期; EGFR, 表皮生长因子受体; FDA, 美国食品和药物管理局; NSCLC, 非小细胞肺癌; OS, 总生存率; PORT, 术后放疗。

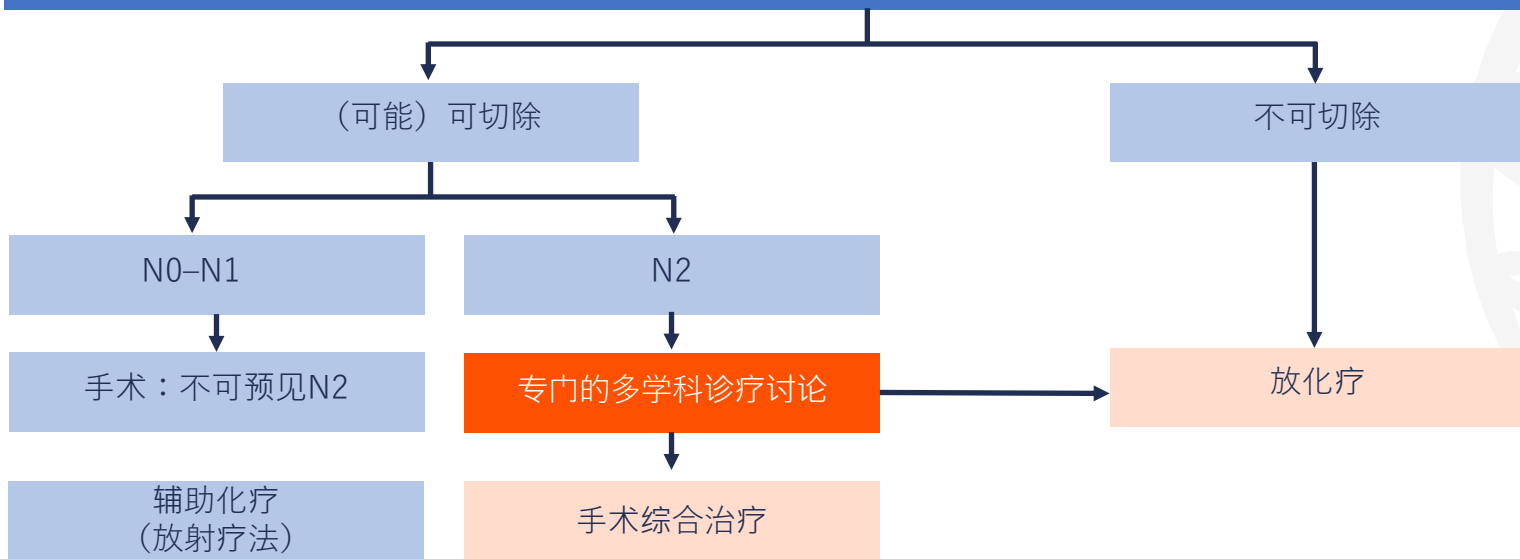
1. Antonia SJ等. *N Engl J Med.* 2018;379:2342–50. 2. Gray JE等. *J Thorac Oncol.* 2020;15:288–93; 3. Wu Y-L等. *N Engl J Med.* 2020;383:1711–23;

4. Le Pechoux C等. *Ann Oncol.* 2020;31(Suppl. 4):S1178 (Abstr. LBA3_PR).

现行诊疗指南中的标准疗法

III期NSCLC

多学科肿瘤治疗小组：个体患者和肿瘤的具体情况
(功能评估, PET-CT, EBUS和/或纵隔镜检查, 技术与肿瘤的可切除性)



成功的MDT沟通 涉及哪些方面？

Solange Peters教授

瓦杜瓦大学
中心医院 (CHUV),
肿瘤科,
洛桑沃州, 瑞士



越来越多的证据表明，MDT的时机选择本身就应该被视为一种医疗干预

肺癌MDT起着重要预后作用¹

- 对机构的登记数据进行单中心、事后分析



2006年1月-2012年12月
预期收集的数据



所有患者的组织诊断
均为肺癌



参与MDT的患者
n=295



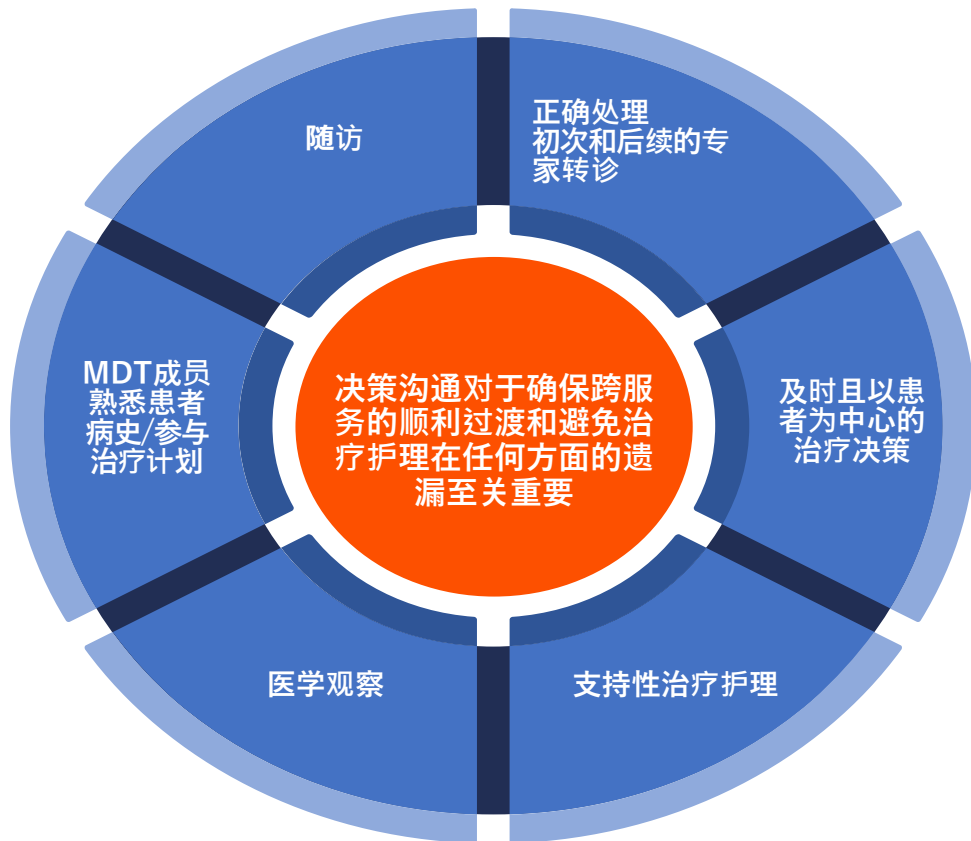
没有参与MDT的
患者
n=902

在MDT中讨论的患者年龄较年轻，
更可能处于疾病早期²

对于所有阶段的NSCLC，未调整的1
2、5年生存率在MDT组中均较高

多变量分析显示，MDT组的5年OS显
著改善（HR：0.7 [95%CI：0.58-
0.85]）²

MDT管理的关键是有效沟通



MDT有效治疗癌症的特色

专家团队

- 专业水平
- MDM出席情况
- 领导力
- 团队合作与文化
(例如相互尊重与信任)
- 个人发展与培训

MDM基础设施

- 合适的会议室
- 技术和设备的可用性

MDM组织和后勤工作

- 筹备和组织例会
- 为患者提供会后协调服务

制定以患者为中心的临床决策

- 讨论对象，即：制定好本地机制，以确定需要在MDM上进行讨论的患者
- 以患者为中心的护理（例如，患者的意见和偏好由知情的HCP提供）
- 临床决策过程基于所有相关信息和现有证据

团队管理

- 组织支持（例如资金和资源）
- 在团队会议期间收集数据，分析并审核结果(例如，患者体验调查)
- 临床管理（例如，为MDT制定统一的制度、指南和方案）

需要采取哪些策略来克服执行MDT决策时的障碍并提高研究的接受度？

Solange Peters教授

瓦杜瓦大学
中心医院 (CHUV),
肿瘤科,
洛桑沃州, 瑞士



通往成功的MDT治疗护理道路存在多重障碍

如果没有明确MDT每位成员的角色和责任，就很难对治疗护理进行充分的协调

临床医生缺乏专门的或受保护的时间来参加

记录保存不善

沟通困难

场地不合适或无场地

缺乏行政支持：对于有效且高效地举行MDT会议以及顺利协调患者治疗护理至关重要

参加MDT会议的经济补偿不足

新冠肺炎疫情期间的NSCLC治疗： 会诊向远程医疗转变的重要性

门诊就诊优先级别

高优先级	中优先级	低优先级
新诊断或怀疑为浸润性肺并伴有以下情况之一： <ul style="list-style-type: none">• 疾病相关症状（呼吸困难、疼痛、咯血等）• 怀疑为临床III期或转移性NSCLC或SCLC	新诊断或怀疑为局部肺癌（I期）	患者为获取心理支持而就诊（转换为远程医疗就诊）
		存活患者就诊
	对高危复发风险患者的复查	对低/中度复发风险患者的复查
需要进行治疗的门诊就诊	治疗后出现新问题或新症状的确诊患者 – 尽可能转为远程医疗就诊	术后无并发症的患者 – 尽可能转为远程医疗就诊