

国际肺癌分期

-
- 肺癌分期系统的背景和发展史
 - 肺癌分期原则
 - **2023 IASLC 肺癌分期及根据（第七版）**

肺癌分期系统的发展史

- **1973年：首次制定肺癌TNM分期系统**
- **基于美国癌症中心2155例患者的数据**

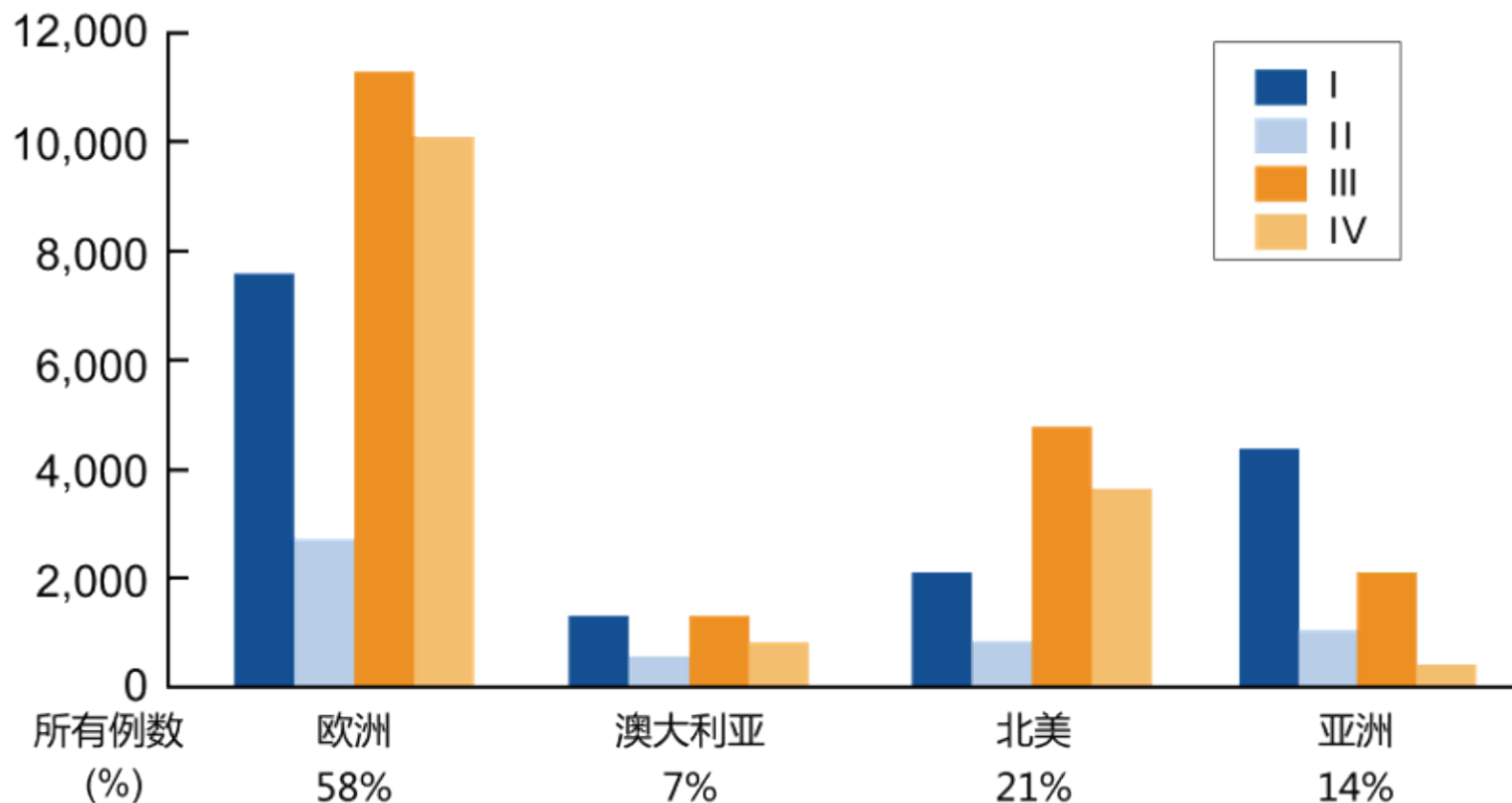
- **1997年及2023年：该分期系统进行了第五次和第六次修订**
- **数据库样本量达5319例**

- **该分期系统的不足**
- **数据系列只起源于单一机构**

2023 IASLC 肺癌分期的背景

- 该系统是由IASLC完毕大量肺癌病例数据回忆、验证及统计分析后，向UICC和AJCC提出修改意见并被采纳
- 最初的修订提议被IASLC国际分期委员会同意后，于2023年在Journal of Thoracic Oncology杂志系列刊登
- 2023年，第13届WCLC会议正式公布了最终版的肺癌分期系统（第七版）
- 最新版本分期系统的数据起源大大扩展
- **20个国家** IASLC=国际肺癌研究学会；UICC=国际抗癌联盟；AJCC=美国癌症联合委员会

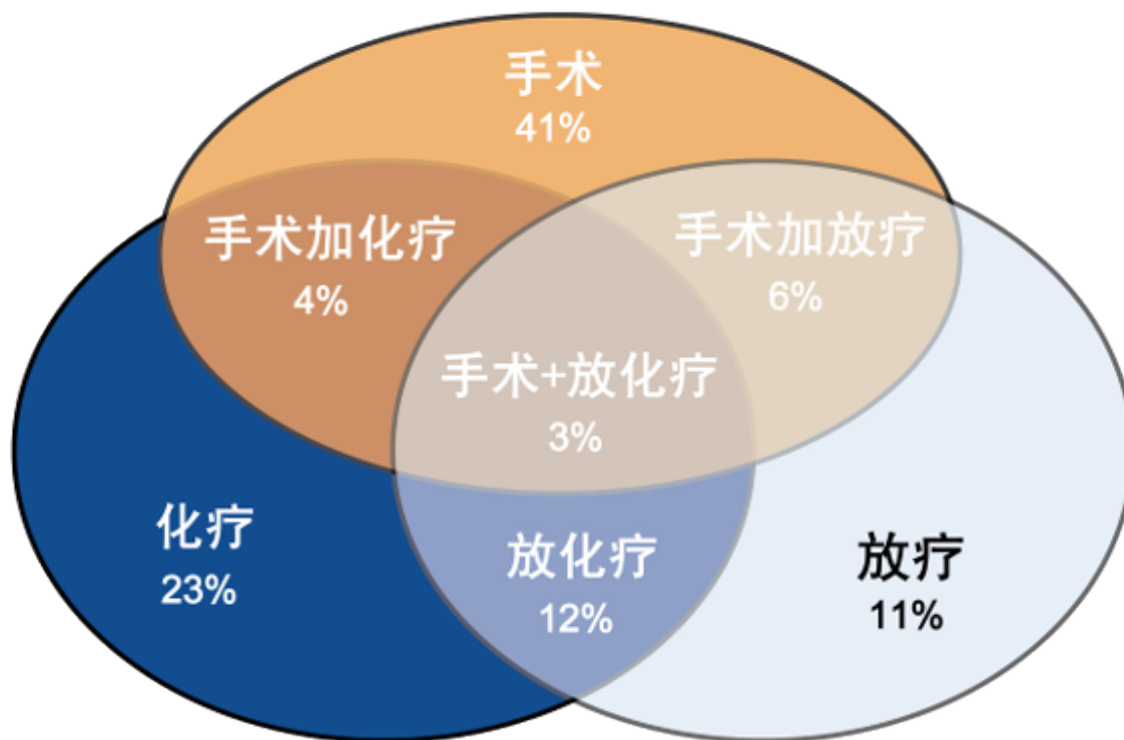
2023肺癌分期系统入组患者的地理分布



2023肺癌分期系统入组患者与排除患者

总例数	100,869
排除患者	19,374
不在1990-2023的范围内	5,467
● 生存数据不完整	1,192
● 组织学类型未知	2,419
● 分期信息不完整	8,075
复发和其他(如: 复发 vs.新诊疗未知、隐匿性肿瘤)	1,093
● 良性肿瘤, 肉瘤, 其他组织学类型	1,128
入组患者	81,495
● 小细胞肺癌(SCLC)	13,032
● 非小细胞肺癌(NSCLC)	68,463

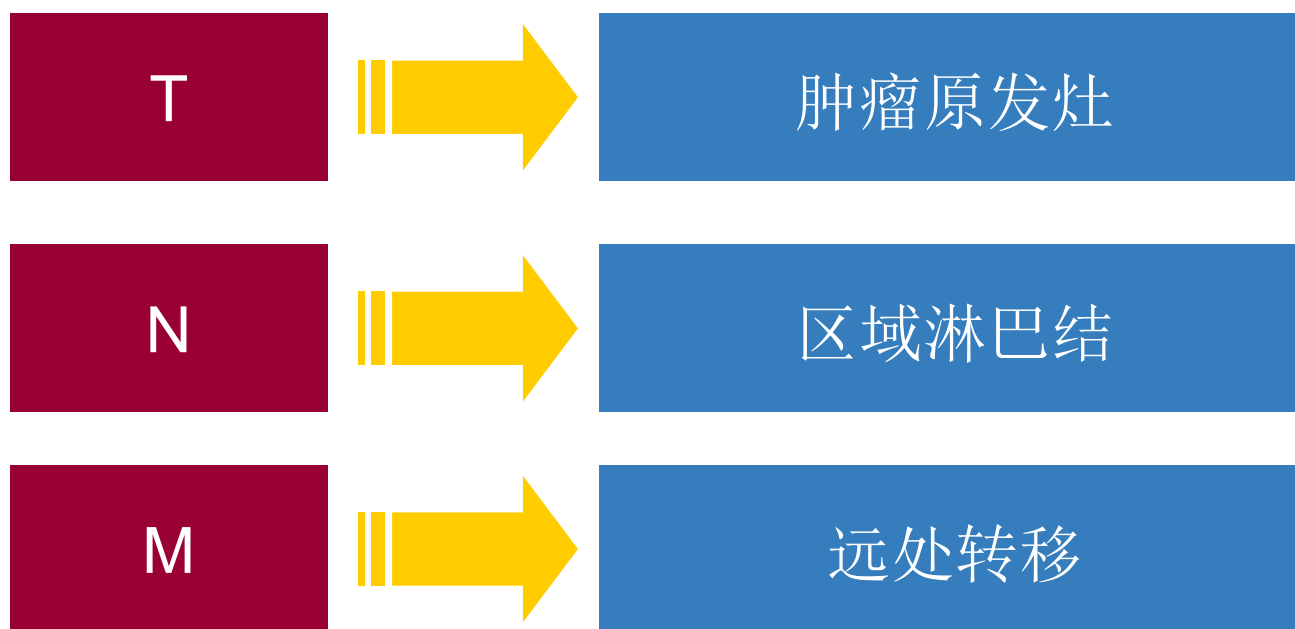
2023肺癌分期系统入组患者的治疗方式



-
- - 肺癌分期原则
 -

2023 IASLC 肺癌分期原则

分期基于TNM系统



- **TNM分期系统独立地基于疾病解剖学程度**
- **其他如临床症状或肿瘤分子生物学特征等原因都不涉及在内**

肺癌分期的评估类型

分期评估
最常见类型

字首	名称	定义
c	临床	在任何起始治疗前对全部信息进行评估
p	病理学	切除术后进行，基于病理学评估
y	再分期	部分或全部治疗后进行评估
r	复发	复发时评估
a	解剖	根据解剖成果评估分期

肺癌分期的评估类型

- 临床分期能够涉及：
 - 单独的临床评估（病史和体格检验）
 - 影像学评估（**CT**或**PET**扫描）或介入性分期技术
 - 外科分期措施（如纵隔镜手术）

治疗后残余肿瘤的分类: R (UICC)

用于描述外科切除术的完整性

符号	名称	定义
R0	无残留	无可辨认的残余肿瘤, 外科切缘阴性
R1	显微镜下有残留	显微镜下切缘为阳性, 但无明显残余肿瘤
R2	存在较大残留	大致(可见的或可触及的)残余肿瘤

-
-
- **2023 IASLC 肺癌分期及根据（第七版）**
 - 肿瘤原发灶 (T)
 - 区域淋巴结 (N)
 - 远处转移 (M)
 - 分期分组

2023 IASLC 肺癌分期：肿瘤原发灶 (T)

	定义	亚组
T0	无原发肿瘤	
T1	≤3cm [†] ，被肺或脏层胸膜包绕，未累及叶支气管近端以上位置	
T1a	≤2cm [†]	T1a
T1b	>2cm但≤3cm [†]	T1b
T2	>3cm但≤7cm [†] 或肿瘤具有下列任一项‡： 侵犯脏层胸膜，累及主支气管、距隆突≥2cm， 肺不张/阻塞性肺炎蔓延至肺门但未累及全肺	
T2a	>3cm但≤5cm [†]	T2a
T2b	>5cm但≤7cm [†]	T2b

[†]最长径；[‡]具有这些特征的肿瘤假如≤5cm分类为T2a

2023 IASLC 肺癌分期：肿瘤原发灶 (T)

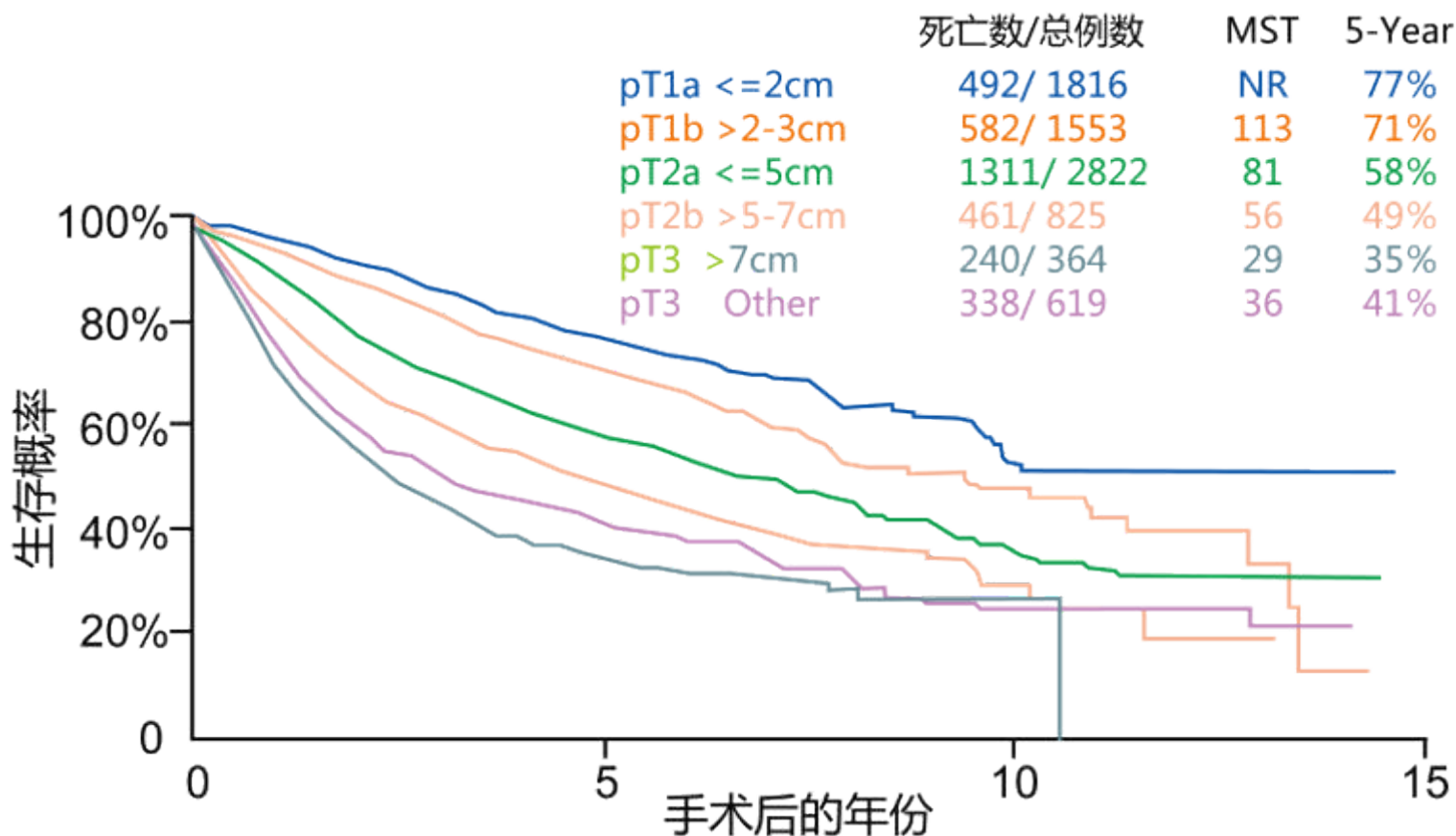
	定义	亚组
T T3	>7cm, 或直接侵犯胸壁/膈/膈神经/纵膈胸膜/壁层心包, 或肿瘤位于主支气管、距隆突 $<2\text{cm}\leq 2\text{cm}^{\S}$, 或全肺肺不张/阻塞性肺炎, 或分开的肿瘤结节位于同一肺叶	T3 _{>7} T3 _{Inv} T3 _{Centr} T3 _{Centr} T3 _{Satell}
T4	任何大小肿瘤侵犯至心脏/大血管/气管/喉返神经/食管/椎体或隆突, 或分开的肿瘤结节位于同侧不同肺叶	T4 _{Inv} T4 _{Ipsi Nod}

§不常见的中央气道浅表扩散分类为T1

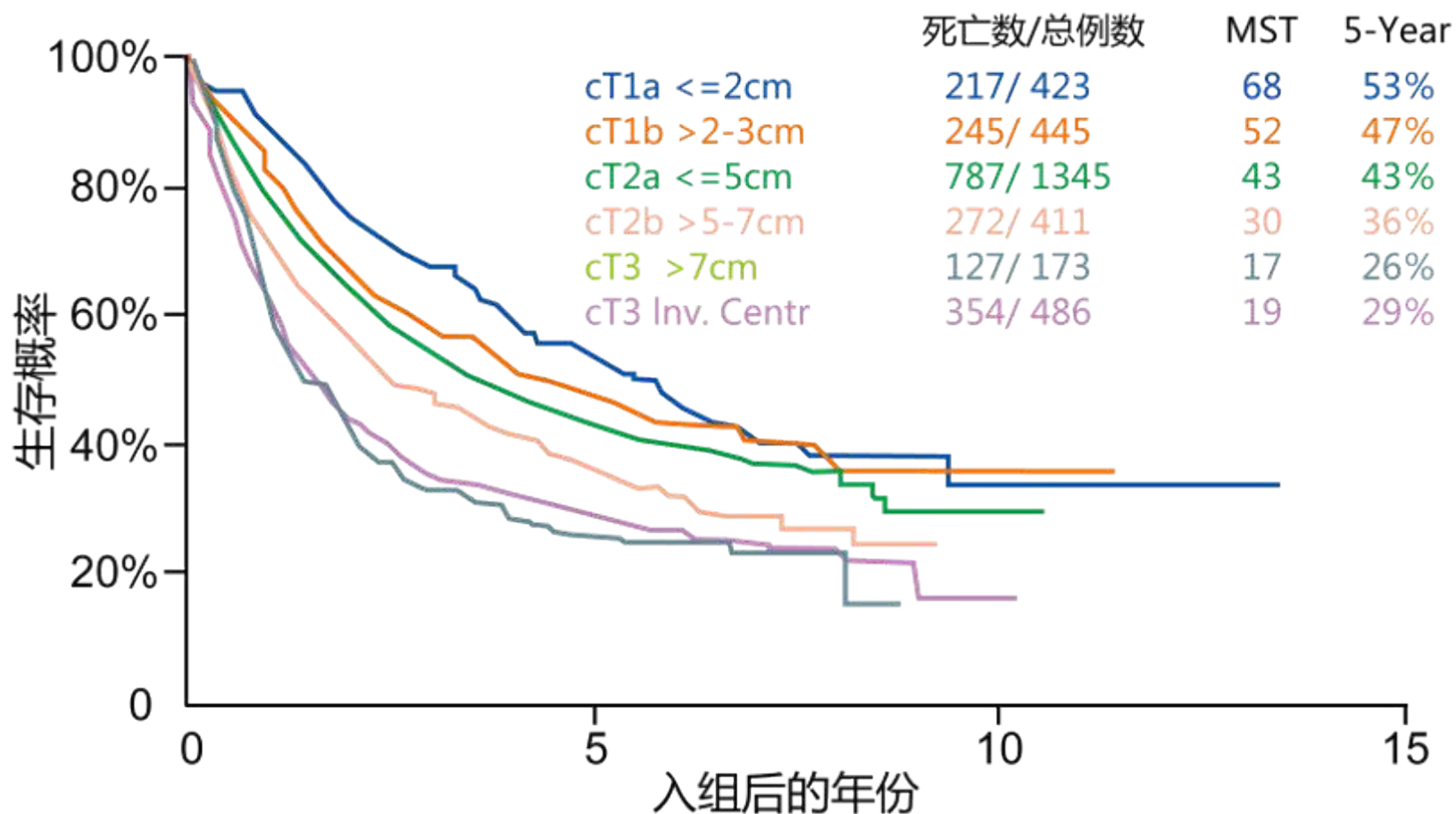
肿瘤原发灶 (T) —— T1&T2

- 肿瘤大小是否**>3cm**是区别T1与T2肿瘤的有效界定值
- 肿瘤大小**2、5、7 cm**也是肿瘤T分级的有效界定值
 - 肿瘤不小于**7cm**的患者根据其他指标分为3个亚组
 - T1期和T2期分别进一步分为T1a和T1b、T2a和T2b
- 根据病理学分期，不论**pN或R**状态怎样，各肿瘤大小亚组的生存差别具有统计学意义
- 根据临床分期，**cT1a、cT1b和cT2a**的生存差别没有统计学意义，可能与入组患者较少有关

肿瘤大小与生存: $pT_{1-3}N_0M_0R_0$



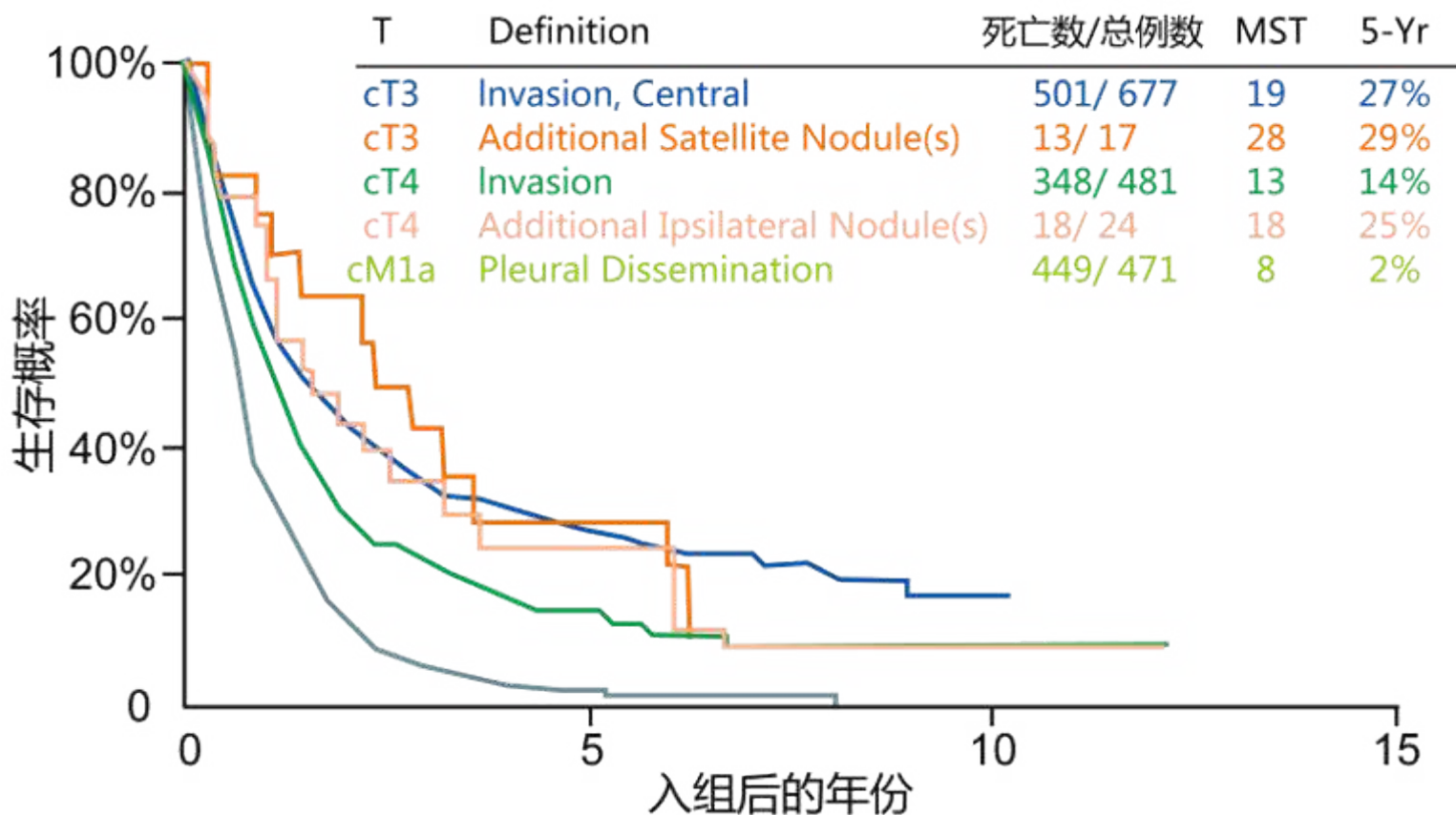
肿瘤大小与生存: $cT_{1-3}N_0M_0$



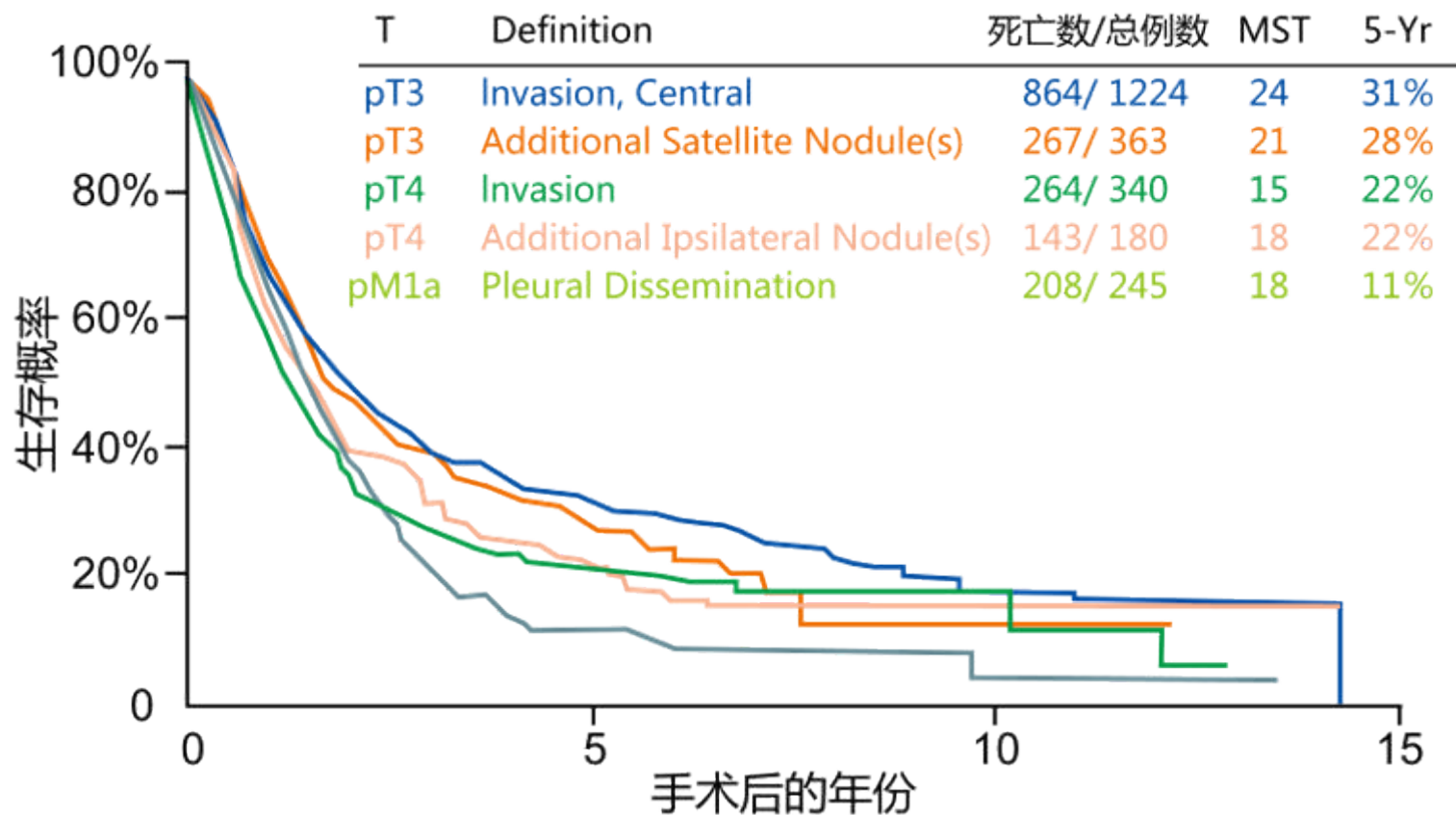
肿瘤原发灶 (T) —— T3&T4

- 同叶肺转移的患者预后与T3患者相同，所以降期为T3（之前分期为T4）。此类患者（T3_{Satell}）的生存明显性优于T4_{inv}患者（肿瘤转移到主要的纵隔构造）
- 同侧但不同肺叶转移的患者，生存与T4_{inv}患者相同，所以归类为T4_{Ipsi Nod}（之前分期为M1）
- 恶性胸腔积液/胸膜转移的患者，生存情况明显差于T4_{inv}或T4_{Ipsi Nod}患者，所以此类患者被归类到M1a

cT₃₋₄M_{1a}



pT₃₋₄M_{1a}



2023 IASLC 肺癌分期：区域淋巴结 (N)

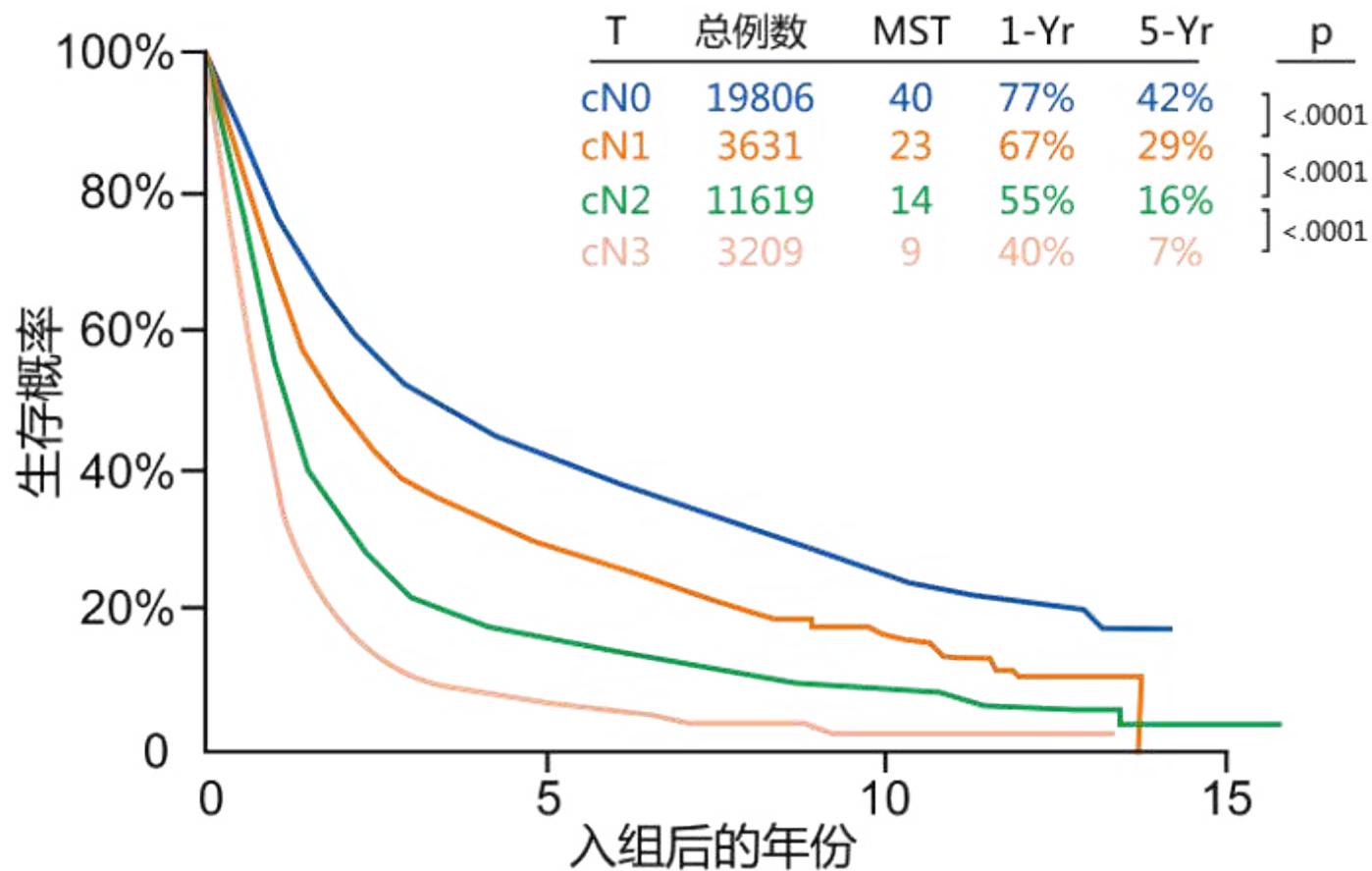
定义

- N0** 无区域淋巴结转移
- N1** 转移至同侧支气管周围和(或)肺门周围淋巴结及肺内淋巴结，涉及直接蔓延累及
- N2** 转移至同侧纵膈和(或)隆突下淋巴结
- N3** 转移至对侧纵膈淋巴结、对侧肺门淋巴结、同侧或对侧斜角肌淋巴结、锁骨上淋巴结

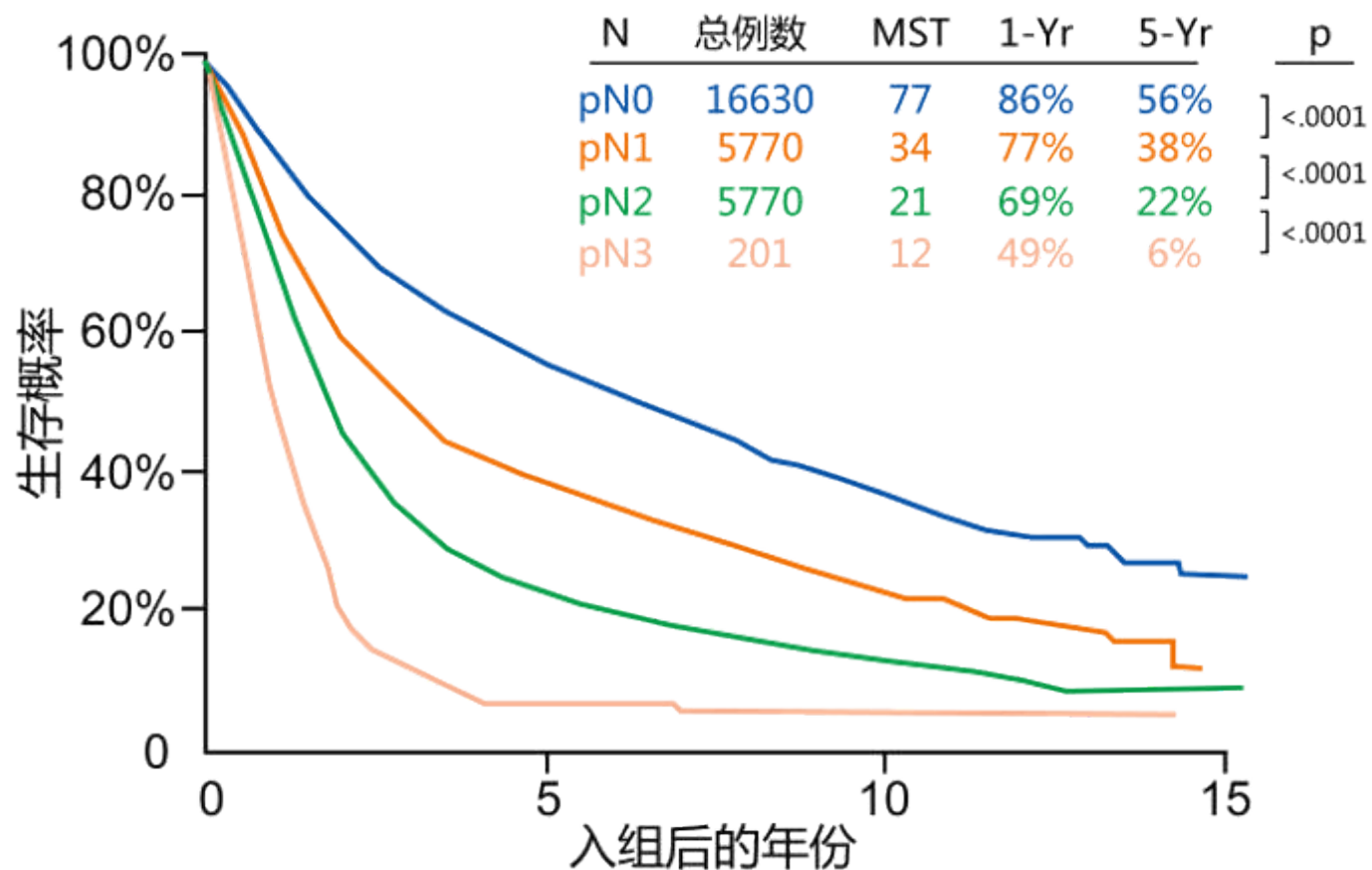
区域淋巴结 (N)

- 对N分期进行预后分析的成果支持老式的N分期措施：
 - 临床N分期或病理N分期的预后分析显示，N0，N1，N2，N3组各组间的生存差别均具有统计学意义。
- 第六版中定义的N分期在第七版中没有变化

区域淋巴结与生存 (任何cTcM₀)



区域淋巴结与生存率(任何pT_pM₀)



以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/797124111125006162>