

与 2012 年第 2 版比较, 2012 年第 3 版的更新包括:

胃肠道间质瘤 (GIST)

GSIT-7 和 SARC-E—软组织肉瘤系统性治疗的药物和方案

- 增加了 regorafenib, 作为 GIST 伊马替尼和舒尼替尼治疗失败后新的选择

MS-1

- 讨论部分也做了相应的更新

与 2012 年第 1 版比较, 2012 年第 2 版的更新包括:

较大的改变

- 增加了对横纹肌肉瘤治疗的建议, 包括系统性治疗的选择 (RMS-1)
- 诊治流程的标题“四肢/躯干”更改为“四肢/躯干/头颈”
- 讨论部分也做了相应的更新

四肢/躯干/头颈

EXTSARC-1

- 在“辅助检查”后, 增加了新的流程: “对于一些独特的组织学类型, 需要特殊考虑”。对应的脚注为“i”: “特殊组织学类型的诊断可能会影响整个诊治流程计划的制定”
- 脚注“a”修改为“所有患者, 尤其是横纹肌肉瘤, 应该到具有软组织肉瘤治疗经验和相应专家的机构就诊”

SARC-E: 软组织肉瘤的系统性药物和方案

- 1/5
 - 四肢/躯干/头颈的部分, 增加了脚注“b”: “替莫唑胺和帕唑帕尼仅推荐用于姑息性治疗”
 - 增加了横纹肌肉瘤药物治疗的部分

继续

更新 1/5

与 2011 年第 2 版比较, 2012 年第 1 版的更新包括:

较大的改变

- 流程的标题“硬纤维瘤 (纤维瘤病)”更改为“硬纤维瘤 (侵袭性纤维瘤病)”

四肢/躯干

EXTSARC-1

- 新增了脚注“a”: “所有患者, 尤其是横纹肌肉瘤, 应该到具有软组织肉瘤治疗经验和相应专家的机构就诊”

EXTSARC-2

- 第三行: “最终切缘 $\leq 1.0\text{cm}$ ”更改为“最终切缘 $\leq 1.0\text{cm}$ (或者是没有完整的筋膜)”
- 脚注“j”: 增加了“对部分切缘不确定的病例, 建议咨询放疗科医生”
- 增加了新的脚注“p”: “对于浅表的小病灶, 可以考虑行超声检查, 必须由具有骨骼肌疾病诊断经验的超声科医生来操作”

EXTSARC-3

- II、III 期; 能手术切除但会影响术后功能; 初始治疗: “术前化疗”由 2A 类建议更改为 2B 类

EXTSARC-4

- 原发肿瘤不可切除的初始治疗: 建议“肢体灌注”更改为“隔离的肢体区域治疗”。脚注“x”中也做了相同的改变

EXTSARC-5

- “IV 期”更改为“同步 IV 期”

EXTSARC-5

- 转移癌:
 - 增加了新的流程“孤立的转移灶或结节”
 - 单个病灶且肿瘤体积有限: 建议“转移灶切除 \pm 术前或术后化疗 \pm 放疗”改为 2B 类建议
- 增加了脚注“aa”: “如果局部复发病灶可以切除, 需要根据是否能接受再次放疗来做决定。部分患者接受再次放疗可能受益, 但是其他患者可能不能受益, 所以需要区别对待。传统的再次放疗多采用近距离放疗, 但是现在可以通过联合近距离放疗和 IMRT 来降低再次放疗的并发症”

腹膜后/腹腔内

RETSARC-3

- R1 切除; 术后治疗: 建议“追加照射 (10-16Gy)”更改为“追加照射 (10-16Gy), 如果已行术前放疗”

[继续](#)

更新 2/5

胃肠道间质瘤 (GIST)

GIST-1

- 辅助检查
 - 第五行：“胸部影像学检查”更改为“考虑胸部影像学检查”
 - 删除了建议“共同制定决策”
- 脚注“b”修改为“如果通过术前用药缩小肿瘤体积后并不能减少外科并发症，不建议术前使用伊马替尼”
- 脚注“c”修改为“如果通过术前用药缩小肿瘤体积后并能够减少外科并发症，建议术前使用伊马替尼。术前伊马替尼会影响复发风险的准确评价”

GIST-3

- 完善检查后：“可边缘切除或者是虽然可达到切缘阴性但是会显著增加并发症风险”更改为“虽然可达到切缘阴性但是会显著增加并发症风险”

GIST-4

- 脚注“m”更改为：“通常的处理是药物治疗，但是如果出现出血或症状，可能需要手术治疗”

GIST-6

- 术后结局：“切除不彻底；未进行术前伊马替尼治疗”更改为“持续肉眼肿瘤残留 (R2 切除)；未进行术前伊马替尼治疗”
- “完整切除后 (未进行术前伊马替尼治疗)”：建议“有显著复发风险的患者可考虑伊马替尼治疗”更改为“有显著复发风险的患者建议术后伊马替尼治疗 (中或高风险) (1 类)”
- 新增脚注“y”：“对于经过术前治疗完整切除的患者，术后继续应用伊马替尼应当小心；目前还没有关于伊马替尼术后治疗时间的随机试验；有单中心和多中心的临床试验支持术后延用 2 年伊马替尼能够使患者受益。”
- 脚注“z”修改为：“对于高风险的 GIST，术后辅助伊马替尼治疗至少要持续 36 个月。最近一项完全随机试验 (SSGXVIII/AIO) 的结果表明，对于高风险 GIST 【肿瘤直径大于 5cm、有丝分裂像明显 (>5 个/50HPF 或者是复发风险大于 50%)】，伊马替尼治疗 36 个月 (对比 12 个月) 能改善患者的无复发生存时间 (RFS) 和总生存时间 (OS)。ACOSOG trial Z9001 的结果也表明，辅助伊马替尼治疗能延长≥3cm GIST 的无复发生存时间，尤其是高复发风险者 (中和高风险)”

继续

更新 3/5

胃肠道间质瘤 (GSIT) ---继续

GIST-A-- GIST 的活检原则

- 这一页做了较大的修改, 包括增加了以下一项: “影像学指导经皮穿刺活检可用于转移病灶的确诊”

GIST-B-- GIST 的病理评价原则

- 第三行: 对高倍镜下 50 个视野有丝分裂像作了进一步定义“相当于 5mm^2 的组织”

GIST-D—伊马替尼的用法和用量

- 这一页做了较大的修改, 包括增加了以下一项: “伊马替尼口服时应当低脂饮食, 同时饮用一大杯水”

GIST-E—舒尼替尼的用法和用量

- 这一页做了较大的修改

硬纤维瘤 (侵袭性纤维瘤病)

DESM-1

- 新增脚注“a”对 Gardner's 综合征作了定义

DESM-2

- 脚注“f”: 第二句修改为: “放疗只推荐用于四肢、躯干或头颈部浅表的硬纤维瘤”
- 脚注“g”: “如果之前未接受放疗, 根治性放疗的剂量为 54-58Gy”
- 新增了脚注“h”: “辅助/术后放疗的剂量为 50Gy”

SARC-A 肉瘤标本的病理评价原则

- 新增了一行“活检病理应当明确肿瘤的良恶性, 而且应尽量明确具体亚型、提供病理学分级。同时, 还应意识到因为活检组织较少, 可能会低估了肿瘤的分级”

SARC-A 肉瘤的辅助诊断技术

- 这一页的修改主要反映的是最新的命名系统

SARC-C 手术原则

- 切缘评价后, 增加了一行: “如果切缘状态不确定, 建议咨询放疗科医生”

继续

更新 4/5

SARC-D 放射治疗原则

- 术前放疗路径；“手术、放置银夹标记”后：建议“不管切缘阳性还是切缘太近，只要可能，均可追加放疗”更改为“不管切缘阳性还是切缘太近，均考虑追加放疗”
- 脚注“5”增加了一句声明：“有数据表明，对于部分患者，例如低级别高分化脂肪肉瘤，如果某些重要结构周围局限性切缘阳性，接受术前放疗后可不做术后追加照射

SARC-E 软组织肉瘤系统性药物放射治疗原则

- 四肢、腹膜后、腹腔内：增加了了单药长春瑞滨和帕唑帕尼（2A类建议）。对于帕唑帕尼，增加了脚注“c”：“帕唑帕尼不适用于脂肪源性肿瘤”
- 硬纤维瘤（侵袭性纤维瘤病）：增加了单药索拉菲尼（2A类建议）
- 脊索瘤：删除了尼洛替尼（单药或与曲妥珠单抗联用）
- 新增了具有 ALK 移位的炎症性肌纤维母细胞瘤（IMT）。增加了 Crizotinib 单药作为 2A类建议用于 IMT

继续

更新 2/5