

HBV和淋巴瘤

- 中国淋巴瘤患者的HBV感染率:
20% - 77%
- B细胞淋巴瘤的感染率高于T细胞淋巴瘤:
30.2% vs 19.8%

HBV和淋巴瘤

- HBsAg 阳性本身并不影响生存率, 但肝功能异常影响生存
- 拉米夫定能有效预防含利妥昔单抗方案治疗后的HBV再激活

Wang F, et al. (2008). BMC Cancer 8: 115.
He YF, et al. (2008). Ann Hematol 87(6): 481-5.

高剂量治疗联合自体造血干细胞移植

- 建立细胞冻存的实用方法
- 比较不同的动员和预处理方案
- 在T细胞淋巴瘤中的应用
- 评价利妥昔单抗与高剂量治疗的联合使用
- 生活质量评估

Luo, KH, et al. Leuk Lymphoma 1995, 17(5-6): 495-9. Niu Y, et al. Int J Hematol 2009, 89(1): 106-12

GC型和非GC型DLBCL

	GC N(%)	Non-GC N(%)
西方国家 (N=142)	64(42)	88(58)
中国 (N=131)	32(24)	99(76)

Hans CP, et al. Blood, 2004, 103(1):275-282
Data from CIH, PUMC & CAMS

中国部分肿瘤中心 参与国际性临床研究

- 利妥昔单抗治疗DLBCL (NHL-13)
- 贝伐单抗治疗 DLBCL(MAIN)
- RAD001 治疗 DLBCL(PILLAR)
- Enzastaurin 治疗 DLBCL (PRELUDE)
- 利妥昔单抗治疗 FL (PRIMA)
- 替西罗莫司治疗套细胞淋巴瘤
- 硼替佐米治疗套细胞淋巴瘤 (PINNACLE)
-

23

中国新药的临床研究

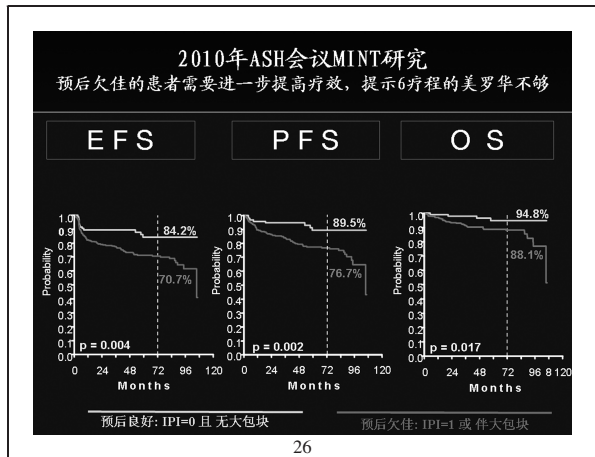
- CD20 单抗
- 西达本胺 (CS 055), 苯达莫斯丁
- CD22 单抗
- CD52 单抗
- 平阳霉素, 博安霉素, 干扰素。

24

R-CHOP 联合新靶向治疗

- Bortezomib
- RIT, Zevalin, Bexxer
- CD 22
- Lenalidomide
- Avastin, bevacizumab
- CMC-544
- Enzastaurin

25

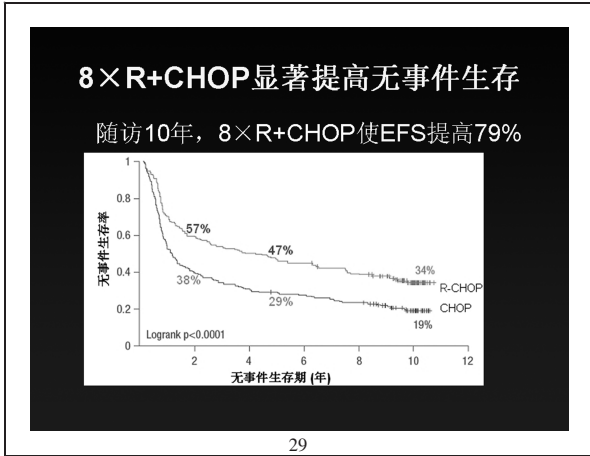


2010 ESMO 临床建议

27

2010 ESMO 临床建议

28



29

2010 ESMO 临床建议

clinical practice guidelines

Diffuse large B-cell non-Hodgkin's lymphoma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up

60—80岁患者推荐方案：
8×R + 6-8CHOP21
8×R + 6CHOP14

无论用哪种化疗方案，无论化疗疗程数多少，美罗华都应该用到8疗程，提供患者最大治愈机会

30



31

- 淋巴瘤可以治愈的临床数据
- 如何进行淋巴瘤的标准化治疗
- 坚持随访和长期治疗的重要性

32

治愈的概念

A cancer patient is "cured" if they live 5 years from the date of their diagnosis of cancer.

肿瘤患者诊断后生存5年无复发即被视作“治愈”
临床上可用5年EFS / DFS 来表示

EFS: 无进展生存期，从治疗起至淋巴瘤进展或者任何原因导致的死亡
DFS: 无病生存期，从获得无病状态或者达到CR起，直至复发或因各种原因出现死亡

33

临床专家对于治愈的理解

“一些患者治疗之后，长期时间内没有疾病复发，导弹式靶向药物联合化疗提供了患者治愈的机会。

这对于这些处于威胁生命疾病状况的患者来说是一个非常好的消息，因为目前的治疗手段仅仅关注于缓解症状而不是治愈疾病本身。”

Dr Francesco Zaja (Italy)

News and comments from the 50th ASH, San Francisco, California, USA: 6-9 December 2008

34

怎样使患者达到治愈？

- 哪种治疗可以带给患者治愈？
- 临床上，我们根据患者的年龄和IPI进行分组，给予患者相应的推荐治疗方案。
- 以靶向药物和化疗为基础的治疗能够延长FL患者的生存，增加弥漫大B细胞淋巴瘤（DLBCL）患者的治愈机会



Version2,2011,03/01/11. National Comprehensive Cancer Network, Inc, 2011

35

如何进行淋巴瘤的标准化治疗



36

影响非霍奇金淋巴瘤预后的因素

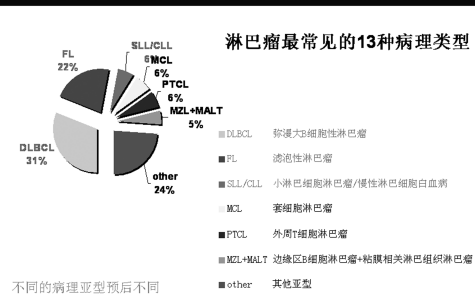
- 病理分型
- 临床分期
- 初始治疗效果
- 治疗方法的选择



崔丽娟, 白晓川, 宁夏医科大学学报, 2009, 31(3): 343-345

37

淋巴瘤病理亚型分类



38

什么是淋巴瘤的分期

I 期	病变仅限于一个淋巴结区
II 期	病变侵犯横膈同侧两个或两个以上的淋巴结区域
III 期	病变侵犯横膈两侧多个淋巴结区域
IV 期	病变已侵犯一个或多个淋巴结以外的器官或组织，如肺、肝或骨髓等

39

临床分期越早，预后越好

- 通常情况下，临床分期越早，预后越好
- 无全身症状者较有全身症状者预后要好
- 应争取早确诊、早治疗，对延长患者生存期十分有利
- 但由于非霍奇金淋巴瘤具有多中心起源和远距离播散及结外侵犯的特点，仍需结合病理综合判断



40

影响非霍奇金淋巴瘤预后的因素

- 病理分型
- 临床分期
- 初始治疗效果
- 治疗方法的选择



崔丽娟, 白晓川, 宁夏医科大学学报, 2009,31(3):343-345

41

初始治疗效果

- 初始治疗达完全缓解 (CR) 者 5 年生存率明显高于部分缓解 (PR) 者, 而 SD 以及 PD 患者 5 年生存率较差
- 所以淋巴瘤治疗一定要注意首治疗效果

CR: 所有目标病灶消失
PR: 基线病灶长径总和缩小 $\geq 30\%$
PD: 基线病灶长径总和增加 $\geq 20\%$ 或出现新病灶
SD: 缩小未达 PR 或增加未到 PD



侯盘长, 杨学福, 赵跃进, 医学论坛杂志, 2007,28(11), 21-23

42

影响非霍奇金淋巴瘤预后的因素

- 病理分型
- 临床分期
- 初始治疗效果
- 治疗方法的选择




崔丽娟, 白晓川, 宁夏医科大学学报, 2009,31(3):343-345

43

治疗方法的选择

- 在诸多影响治疗的因素中, 治疗方法是我们唯一可以选择的直接影响因素。
- 综合治疗的疗效明显优于单纯放疗化疗
- 治疗应采用以免疫化疗为主的综合治疗



44

NHL 治疗模式的转变



治疗模式

- 非特异性的细胞毒性药物化疗
- 放疗

治疗模式

- 生物靶向治疗
- 多种模式的多学科综合治疗

45

2011 年新的理念

坚持随访和长期治疗的重要性

46

淋巴瘤治疗的两个必不可少!

坚持随访

长期治疗

47

什么是随访?

医生根据病人的情况及复查的结果, 进一步向病人进行康复指导或提出新的处理意见

病人或病人家属和医生定期保持联系, 并按医生约定的时间或自己发现有不舒服等其他问题时来医院复查

48

疾病特点要求定期随访

淋巴瘤90%的复发和转移发生在头5年内!

只有定期随访, 才能及早的发现复发和转移!

49

治疗特点要求定期随访

淋巴瘤多采用综合治疗

多种治疗手段/分阶段/多疗程

靶向/化疗/放疗/手术

病灶缩小/消失或扩大/进展

准确评价上一阶段地疗效 决定下一步治疗方案。

规范治疗 获得治愈

50

坚持随访的意义

- 指导患者康复:
医生会对患者心理和生活指导, 尽可能减轻治疗后遗症, 提高生活质量
- 积累医学经验:
淋巴瘤的治疗效果是用年生存率来评定的, 如2年、5年、10年, 甚至20年生存率。长期的随访可以对治疗效果进行更科学的评估, 积累医生经验、帮助医学进步

51

坚持随访的意义

- 促进淋巴瘤患者接受标准的诊断与治疗!
- 帮助淋巴瘤患者学会自我管理, 积极参与到治疗过程中!
- 帮助患者树立可愈可求的坚定信念!
- 协助提高淋巴瘤治疗的医学水平

52