

色模式。新的5-硝基-3-吡唑为基础的IHC检测系统与HQ-酪胺IHC检测系统检测ALK的敏感性相当,而且可与亮视野原位杂交检测法并存。

结论: 新的HQ-酪胺IHC反应系统可对NSCLC病例中的ALK蛋白状态进行敏感性更高的评估。新的ALK基因蛋白分析使得

ALK基因与ALK蛋白状态在单个细胞中同时可视化,即使有异质性,ALK状态也可得到更为精确的确定。

关键词: ALK, 亮视野, 免疫组织化学, 原位杂交, 非小细胞肺癌

(*J Thorac Oncol.* 2013;8: 1019-1031)

一项针对诱导化疗之后同步铂类为基础的化疗和70Gy的每日放疗在局限期小细胞肺癌患者的汇总分析

CALGB 30904

Joseph K. Salama, MD,* Lydia Hodgson, MS,† Herbert Pang, PhD,† James J. Urbanic, MD,‡ A. William Blackstock, MD,‡ Steven E. Schild, MD,§ Jeffrey Crawford, MD,|| Jeffrey A. Bogart, MD,¶ and Everett E. Vokes, MD,# for the Cancer and Leukemia Group B

引言: 局限期小细胞肺癌(L-SCLC)的标准治疗是同步化疗和放疗(RT)之后进行预防性的头部放疗。尽管标准放疗方案为每日1.5 Gy,每日两次,总剂量45 Gy,但这一标准并未得到广泛的接受。我们汇总了癌症与白血病协作组B的3项连续、前瞻性临床试验中接受RT 70 Gy的每日放疗的L-SCLC患者数据并在此报告结果。

方法: 来自癌症与白血病协作组BL-SCLC试验(39808、30002和30206)中的所有接受高剂量RT同步化疗的患者均纳入本研究,并对毒性、疾病控制情况和生存情况进行分析。应用Cox比例风险模型对总生存(OS)和无进展生存(PFS)进行分析。应用logistic回归模式对OS率和PFS率的预测变量进行评估。

结果: 共纳入200例患者。中位随访时间为78个月。3级或更

严重的食道炎发生率为23%。汇总患者的中位OS为19.9个月(95%可信区间[CI]为16.7-22.3),5年OS率为20%(95% CI: 16-27%)。2年PFS为26%(95% CI: 21-32%)。多变量分析发现年轻患者($P=0.02$; 风险比[HR]为1.023; 95% CI: 21-32)和女性患者($P=0.02$; HR: 0.69; 95% CI: 0.50-0.94)均独立的与总生存改善相关。

结论: 按照每日2 Gy,总剂量70 Gy进行放疗,耐性受良好,与总剂量45 Gy(每日1.5 Gy,每日两次)的生存情况相似。这个经验可帮助临床医生来决定是否高剂量RT同步铂类为基础的化疗是临床试验以外的合适的治疗方案。

关键词: 局限期小细胞肺癌, 放化疗, 剂量增加放疗

(*J Thorac Oncol.* 2013;8: 1043-1049)

接受EGFR TKI治疗的EGFR突变的晚期非小细胞肺癌患者8周时肿瘤体积缩小与生存期更长相关

Mizuki Nishino, MD,*§ Suzanne E. Dahlberg, PhD,† Stephanie Cardarella, MD,‡ David M. Jackman, MD,‡ Michael S. Rabin, MD,‡ Hiroto Hatabu, MD, PhD,§ Pasi A. Jänne, MD, PhD,‡ and Bruce E. Johnson, MD‡

背景: 本研究旨在评估具有表皮生长因子受体(EGFR)敏感性突变的晚期非小细胞肺癌(NSCLC)患者接受EGFR酪氨酸激

酶抑制剂(TKI),8周时肿瘤体积的变化是否与其预后相关。

方法: 纳入56例具有EGFR敏感性突变,接受厄洛替尼或吉非

替尼一线治疗的晚期NSCLC患者，在基线和随访时通过计算机断层扫描（CT）测定肺部主要病变的肿瘤体积，并分析肿瘤体积与生存期之间的相关性。

结果：所有入选56例患者基线时的中位肿瘤体积为17.8 cm³（范围：1.3~172.7 cm³），49例患者在约8周时进行CT随访，这些患者8周时的中位肿瘤体积为7.1 cm³（范围：0.4~62.3 cm³），与基线时相比的中位变化比例为-59%（范围：-90%~+91%）。8周时的肿瘤体积变化比例与生存期存在相关性（ $P=0.02$ ）。以8周时肿瘤体积减少38%作为临界值时，肿瘤体积降低>38%的患者（ $n=37$ ）中位生存期为43.5个月，而肿瘤体积降低≤38%的患者（ $n=12$ ）则仅为16.3个月（ $P=0.01$ ）。此外，肿瘤体积降低>38%的患者的中位无进展生存期为12.6个月，而肿瘤体积

降低≤38%的患者则为5.5个月（ $P=0.2$ ）。

结论：8周时的肿瘤体积变化比例与接受EGFR TKI作为一线治疗的携有EGFR敏感性突变的晚期NSCLC患者总生存期存在相关性。本研究的观察结果（仍需要更大的研究队列加以证实）显示，8周时的肿瘤体积分析结果可能作为此类患者生存期的早期预测指标，并可以通过确定哪些患者在8周EGFR TKI治疗后可能从新增的抗癌治疗中获益，而有助于作出恰当的治疗决策。

关键词：肺癌，计算机断层扫描，肿瘤体积，表皮生长因子受体突变，表皮生长因子受体酪氨酸激酶抑制剂

（*J Thorac Oncol.* 2013;8: 1059-1068）

新辅助贝伐单抗加化疗与辅助贝伐单抗治疗可切除性非鳞非小细胞肺癌的Ⅱ期试验

Jamie E. Chaft, MD,* Valerie Rusch, MD,† Michelle S. Ginsberg, MD,‡ Paul K. Paik, MD,*
David J. Finley, MD,† Mark G. Kris, MD,* Katharine A.R. Price, MD,* Christopher G. Azzoli, MD,*
Matthew G. Fury, MD, PhD,* Gregory J. Riely, MD, PhD,* Lee M. Krug, MD,* Robert J. Downey, MD,†
Manjit S. Bains, MD,† Camelia S. Sima, MD, MS,§ Nabil Rizk, MD,† William D. Travis, MD,||
and Naiyer A. Rizvi, MD*

引言：贝伐单抗可改善晚期非小细胞肺癌（NSCLC）患者的生存期。本项Ⅱ期临床试验评估了新辅助化疗联合贝伐单抗治疗可切除性非鳞细胞NSCLC的疗效。

方法：ⅠB-ⅢA期的可切除性非鳞NSCLC患者在接受贝伐单抗治疗2周后，进行影像学检查以评估单药的治疗效果。之后，手术切除术后他们接受2个周期的贝伐单抗加4个周期的顺铂和多西他赛。切除术后的患者可进行辅助性贝伐单抗治疗。主要终点为病理分期下降率（由治疗前的临床分期降为治疗后的病理分期）。次要终点包括总生存、安全性和放射学有效。

结果：共纳入50例患者。34例（68%）患者临床分期为ⅢA。50例患者中有40例接受了新辅助贝伐单抗的所有3个剂量的治疗。6例（12%）患者由于贝伐单抗相关的不良反应而终止治疗。分期下降的比例（38%），对化疗有效的比例（45%）和围手术期间并发症的比例（12%）均与历史数据相当。未观察

到有对贝伐单抗单药治疗部分有效的患者，但18%的患者出现了新的肿瘤内的空洞化，有病理学改善的趋势（57% vs 21%； $P=0.07$ ）。大部分病理学有效（≥90%治疗有效）与3年生存期相关（100% vs 49%； $P=0.01$ ）。与野生型KRAS的患者（11/31）相比，伴有KRAS突变的NSCLC患者没有一例（0/10）出现病理学治疗后有效。

结论：尽管术前贝伐单抗加化疗是可行的治疗选择，但不能改善未经选择患者的病理分期。贝伐单抗单药治疗后出现的新空洞是一种可能的生物标志物。KRAS突变的肺癌患者需要其他的治疗策略。

关键词：新辅助化疗，非小细胞肺癌，贝伐单抗，手术，病理学有效

（*J Thorac Oncol.* 2013;8: 1084-1090）