

NCCN 临床实践指南（2015.V1）：降低乳腺癌风险

作者：医脉通肿瘤科
来源：医脉通 2015-04-30

2015 年 4 月 16 日，美国国家综合癌症网络（NCCN）发布了[降低乳腺癌风险指南（2015.V1）版](#)。医脉通整理该指南中的家族风险评估，风险/效益评估和咨询部分内容，详情如下：



NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®)

Breast Cancer Risk Reduction

Version 1.2015
NCCN.org

家族/遗传因素

- 已知的乳腺癌遗传倾向（BRCA1/2，p53，PTEN，或其他基因突变）
- 无浸润性乳腺癌或原位导管癌（DCIS）：女性的进一步遗传风险评估
- ▲ 家族史
- ※ 癌症易感性基因存在已知突变的家族成员

※任何年龄的单个家庭成员原发性乳腺癌 ≥ 2

※任何年龄和性别的同一侧家族（母系或父系）中原发性乳腺癌人数 ≥ 2

※原发性浸润性癌 ≥ 1

※一级或二级乳腺癌亲属 ≤ 45 岁

※以下 3 种以上的个人和/或家族史（特别是早期发作）：胰腺癌，前列腺癌（Gleason 评分 ≥ 7 ），肉瘤，肾上腺皮质癌，脑肿瘤，子宫内膜癌，甲状腺癌，肾癌，皮肤表现和/或大头畸形，胃肠道错构瘤性息肉，或弥漫性胃癌（可以包括同一个体多发性原发性癌）

※遗传倾向风险升高人群

※男性乳腺癌

风险/效益评估和咨询

在一个共享的决策环境下，应对降低风险进行选择。对于乳腺癌风险降低，讨论的内容包括：

●如果一名女性有家族史或非常早发性乳腺癌或卵巢癌，应提供遗传咨询（见 NCCN 遗传/家族性高风险评估指南：乳腺和卵巢）。

●减少风险药物（见讨论部分）。

▲讨论他莫昔芬，雷洛昔芬，或者芳香酶抑制剂降低相对和绝对风险。

▲他莫昔芬或雷洛昔芬禁忌：深静脉血栓形成，肺栓塞，血栓性中风，短暂性脑缺血发作，或已知的遗传性凝血特质病史。

▲他莫昔芬，雷洛昔芬，芳香酶抑制剂 1 禁忌：目前怀孕或可能怀孕，而无有效的非激素避孕方法。

▲他莫昔芬，雷洛昔芬，或芳香酶抑制剂 1 的普遍和严重不良影响，重点是年龄依赖性风险。

●手术

▲讨论高风险女性的减少风险的乳房切除术。通常应该只有 BRCA1/2，或其他强烈倾向性基因突变，明显的家族史女性或 LCIS 女性或前胸部 RT<30y 的女性才考虑降低风险的乳房切除术。评估应该包括手术和整形手术咨询。也可考虑心理咨询。

▲关于 BRCA1/2 突变女性乳腺癌或卵巢癌风险和降低风险的双侧输卵管卵巢切除术选择的讨论。

▲考虑降低风险的保留乳头乳房切除术。保留乳头乳房切除术是一种全乳切除术，但保留乳头/乳晕及乳房皮肤。应努力减少残余乳房组织。

●临床研究参与者进行筛查，风险评估，或其他降低风险干预的选择。

●健康生活方式

▲考虑雌激素/孕激素联合治疗的相关乳腺癌风险

▲限制饮酒至每天少于 1 杯（每杯相当于：1 盎司白酒，6 盎司葡萄酒，或 8 盎司啤酒）。

▲锻炼

▲体重控制

▲母乳喂养

●他莫昔芬降

▲关于他莫昔芬风险降低的数据仅限于绝经前后 35 岁以上，Gail 模型 5 年乳腺癌风险 $\geq 1.7\%$ ，或有 LCIS 史的女性。

▲他莫昔芬：20mg/天治疗 5 年可降低乳腺癌风险 49%。相同他莫昔芬剂量和持续时间可使不典型增生史女性的患乳腺癌风险下降 86%。

▲于其他高危人群组相比，他莫昔芬降低 BRCA1/2 突变携带者或既往曾胸部放疗女性的乳腺癌风险的疗效研究稍显不足。现有的数据显示有益。

▲对于高风险绝经前女性，他莫昔芬风险/效益比数据相对有利（1 类）。

▲对于高风险绝经后女性，他莫昔芬风险/效益比数据受年龄，是否有子宫，或合并症（1 类）的影响。有关民族和种族的数据不足。

●雷洛昔芬

▲关于雷洛昔芬降低风险的数据仅限于绝经后 35 岁以上，Gail 模型 5 年乳腺癌风险 $\geq 1.7\%$ 或小叶原位癌病史女性。

▲雷洛昔芬：最初的比较显示，雷洛昔芬每天 60mg 降低乳腺癌的风险与他莫昔芬等效。虽然长期随访显示雷洛昔芬在降低风险上似乎优于他莫昔芬，但药物毒性仍然可能导致拥有完整子宫女性选择雷洛昔芬而非他莫昔芬。

▲目前尚无有关 BRCA1/2 突变携带者或曾胸部放疗女性使用雷洛昔芬的数据。

▲对于高风险绝经后女性，雷洛昔芬风险/效益比数据受年龄或合并症（1 类）影响。民族和种族的数据不足。

▲绝经前女性使用雷洛昔芬降低乳腺癌风险不合适，除非是临床试验的一部分。

●芳香酶抑制剂（依西美坦和阿那曲唑）

▲关于依西美坦数据是从一个单一的大型随机研究仅限于绝经后妇女 35 岁以上的老年人有盖尔模型 5 年乳腺癌风险 $\geq 1.7\%$ 或小叶原位癌的历史。

▲关于阿那曲唑的数据来自一项单一大型随机研究，这项研究仅限于 40 至 70 岁的绝经后女性，与普通人群相比存在以下风险：

※40-44 岁——风险高 4 倍

※45 至 60 岁风险—— ≥ 2 倍

※60 至 70 岁风险—— ≥ 1.5 倍

不符合这些标准，但 Tyrer-Cuzick 模型 10 年患乳腺癌风险 $>5\%$ 的女性也包括在内。

▲依西美坦：25mg/天，可降低浸润性乳腺癌相对发病率 65%，从 0.55%降至 0.19%，中位随访 3 年。

▲阿那曲唑：1mg/天可降低乳腺癌相对发病率 53%，中位随访 5 年。

●目前尚无 BRCA1/2 突变携带者或既往曾胸部放疗女性使用芳香化酶抑制剂治疗的数据。

●对于高风险绝经后女性，芳香化酶抑制剂治疗风险/效益比数据受年龄和合并症，如骨质疏松症（1 类）影响。民族和种族数据不足。

●绝经前女性使用芳香酶抑制剂降低乳腺癌风险不合适，除非是临床试验的一部分。

指南全文>>[NCCN 临床实践指南：降低乳腺癌风险（2015. V1）](#)

医脉通编译，转载请务必注明出处