ESMO Congress 2026 · Madrid

گزیدهٔ کاربردی ESMO 2026

مباحث روز (Hot topics)

و مطالعات تحول‌آفرین در عملکرد بالینی (Practice-changing)

ویژهٔ متخصصان کلینیکال انکولوژی — رادیوتراپی و درمان سیستمیک

کنگرهٔ انجمن اروپایی انکولوژی پزشکی (ESMO)، مادرید، اسپانیا — ۱ تا ۵ آبان ۱۴۰۵ (۲۳ تا ۲۷ اکتبر ۲۰۲۶)

۲۲	۲	۶
کارآزمایی	بخش: رادیوتراپی و سیستمیک	حوزهٔ تومور

انجمن کلینیکال انکولوژی ایران · Iranian Society of Clinical Oncology (ISCO)



۱۰ پیام کلیدی برای عملکرد بالینی

KEY MESSAGES

۱ پروستات با خطر بسیار بالا

افزودن darolutamide به ADT و رادیوتراپی، بقای بدون متاستاز چهارساله را از ۸۸٪ به ۹۵٪ رساند (DASL-HiCaP). بقای کلی هنوز نابالغ است.

۲ رکتوم dMMR

ایمونوتراپی پیش از هر چیز: با dostarlimab به‌تنهایی بیشتر بیماران به پاسخ بالینی کامل رسیدند و تنها ۱۶٪ به جراحی نیاز پیدا کردند (AZUR-1). بررسی MMR در زمان تشخیص الزامی است.

۳ رکتوم موضعی پیشرفته

رادیوتراپی کوتاه‌مدت و سپس CAPOX به‌علاوهٔ camrelizumab، بقای بدون رخداد سه‌ساله را در مقایسه با کموراديوتراپی طولانی بهتر کرد (UNION)؛ امیدبخش اما هنوز استاندارد نیست.

۴ پانکراس پرخطر و پیشرفتهٔ موضعی

افزودن SBRT با دوز **40 Gy/5 fx** عود موضعی-ناحیه‌ای دوازده‌ماهه را از ۵۲٪ به ۲۰٪ کاهش داد (MASTERPLAN، فاز ۲).

۵ NSCLC الیگومتاستاتیک

رادیوتراپی تثبیتی کنترل موضعی و PFS را بهتر کرد اما بقای کلی را افزایش نداد (SARON). هدف درمان و انتظار بیمار را روشن کنید.

۶ مری پس از پاسخ بالینی کامل

پایش فعال به‌جای جراحی فوری: بقای کلی پنج‌ساله تفاوت معنادار نداشت، ولی متاستاز دوردست بیشتر بود (SANO). تصمیم مشترک با بیمار ضروری است.

۷ مثانهٔ مهاجم به عضله

در بیماران نامناسب برای سیس‌پلاتین، enfortumab vedotin به‌علاوهٔ durvalumab پیرامون جراحی هم EFS و هم بقای کلی را بهبود داد (VOLGA).

۸ SCLC گسترده

نگهدارندهٔ tarlatamab به‌علاوهٔ durvalumab میانهٔ بقای کلی را از ۱۲٫۷ به ۲۱٫۱ ماه رساند (DeLLphi-305).

۹ پستان +HR زودرس

adjuvant ribociclib اکنون سود بقای کلی هم نشان داده است؛ سود مطلق در شش سال ۲٫۱٪ (NATALEE).

۱۰ آندومتر پیشرفته

طبقه‌بندی مولکولی تعیین‌کننده است: ایمونوتراپی برای dMMR (KEYNOTE-C93، DUO-E) و ADC ضد TROP2 پس از پلاتین و ایمونوتراپی با سود بقای کلی (TroFuse-005).



شش عدد که باید به خاطر سپرد

AT A GLANCE – NUMBERS

95% / 88%
MFS چهارساله
DASL-HiCaP

16%
نیاز به جراحی با dostarlimab به‌تنهایی
AZUR-1

20% / 52%
عود موضعی-ناحیه‌ای ۱۲ ماهه با و بدون SBRT
MASTERPLAN

21.1 / 12.7
میانهٔ OS (ماه) با و بدون tarlatamab
DeLLphi-305

91% / 77%
EFS سه‌ساله، SCRT + IO در برابر CRT طولانی
UNION

13% / 39.5%
پیشرفت در کانون‌های اولیه با و بدون RT تثبیتی
SARON

اعداد به ترتیب بازوی آزمایشی / بازوی کنترل آمده‌اند. جزئیات و محدودیت‌های هر عدد در کارت همان کارآزمایی آمده است.

راهنمای سطح‌بندی (Evidence tiers)

تحول‌آفرین در عملکرد بالینی
Practice-changing
کارآزمایی فاز ۳ با سود معنادار در بقای کلی یا پیامد معتبر؛ می‌تواند همین حالا عملکرد بالینی را تغییر دهد.

راهنمای تصمیم‌گیری بالینی
Practice-informing
مثبت ولی نابالغ، فاز ۲، پیامد جایگزین یا جمعیت محدود؛ در تصمیم‌گیری کمک می‌کند ولی پیش از تغییر روال درمان به تأیید بیشتر نیاز دارد.

راهنمای خواندن کارت‌ها (How to read a trial card)

سؤال بالینی (Clinical question)
پرسشی که کارآزمایی به آن پاسخ می‌دهد

طراحی و جمعیت (Study design & population)
فاز، بیماران، بازوها و پیامد اولیه

نتایج کلیدی (Key results)
اعداد به ترتیب آزمایشی / کنترل؛ HR با فاصلهٔ اطمینان ۹۵٪

محدودیت‌ها و نکات نقادانه (Limitations & critical appraisal)
آنچه پیش از تعمیم نتایج باید در نظر داشت

پیام برای عملکرد بالینی (Take-home message)
آنچه از فردا در درمانگاه تغییر می‌کند

ملاحظات ایران – دسترسی و هزینه‌اثربخشی (Access & cost-effectiveness)
دسترسی به دارو و تجهیزات، و ملاحظات هزینه‌اثربخشی



جدول یک‌نگاه

ALL TRIALS AT A GLANCE

تومور	کارآزمایی (Trial)	چکیده (Abstract)	سطح (Tier)	یافتهٔ اصلی (Main finding)
بخش ۱ — رادیوتراپی و درمان‌های ترکیبی (Radiotherapy)				
پروستات	**DASL-HiCaP**	LBA4	تحول‌آفرین	MFS ۴ ساله ٪۹۵ در برابر ٪۸۸ با darolutamide؛ OS نابالغ
رکتوم	**UNION**	3530O	راهنمای تصمیم	EFS سه‌ساله ٪۹۱ در برابر ٪۷۷ با SCRT + شیمی‌درمانی + IO
رکتوم dMMR	**AZUR-1**	LBA87	راهنمای تصمیم	dostarlimab به‌تنهایی؛ تنها ٪۱۶ نیازمند TME
مری	**SANO (۵ ساله)**	LBA78	راهنمای تصمیم	پایش فعال پس از cCR: OS مشابه، متاستاز دوردست بیشتر
پانکراس	**MASTERPLAN**	3136RO	راهنمای تصمیم	SBRT: عود موضعی ٪۲۰ در برابر ٪۵۲ (فاز ۲)
ریه	**SARON**	2613O	راهنمای تصمیم	RT تثبیتی: PFS بهتر، بدون سود OS (فاز ۲)
بخش ۲ — درمان سیستمیک (Systemic therapy)				
مثانه	**VOLGA**	LBA2	تحول‌آفرین	EV + durvalumab پیرامون جراحی: بهبود EFS و OS
ریه (SCLC)	**DeLLphi-305**	LBA3	تحول‌آفرین	tarlatamab نگهدارنده: OS ۲۱٫۱ در برابر ۱۲٫۷ ماه
ریه (KRAS G12C)	**Krascendo 1**	LBA5	تحول‌آفرین	divarasib در برابر مهارکننده‌های فعلی: بهبود PFS و OS
ریه (EGFR/MET)	**SAFFRON**	LBA6	تحول‌آفرین	osimertinib + savolitinib پس از osimertinib: بهبود OS
ریه (EGFR)	**OptiTROP-Lung04**	LBA67	تحول‌آفرین	sac-TMT پس از TKI: OS نهایی ۲۵٫۹ در برابر ۱۷٫۴ ماه
صفراوی	**HARMONi-GI1**	LBA8	تحول‌آفرین	ivonescimab + GC در برابر durvalumab + GC: بهبود OS
معده	**CLARITY-Gastric 01**	LBA7	تحول‌آفرین	ADC ضد CLDN18.2: بهبود PFS، OS معنادار نشد
پستان	**NATALEE (۶ ساله)**	LBA25	تحول‌آفرین	adjuvant ribociclib: سود OS، HR ۰٫۸۰۹
پستان	**HORIZON-Breast06 / APEX-Breast01 / PANKU-Breast01**	LBA13 / 27 / 50	راهنمای تصمیم	سه ADC: PFS بیش از دو برابر؛ OS نابالغ
آندومتر	**TroFuse-005**	LBA11	تحول‌آفرین	sac-TMT پس از پلاتین و IO: OS ۱۹٫۰ در برابر ۱۲٫۱ ماه
آندومتر dMMR	**KEYNOTE-C93**	LBA12	راهنمای تصمیم	pembrolizumab تنها در برابر شیمی‌درمانی: PFS بهتر، OS معنادار نشد
آندومتر	**DUO-E (OS)**	LBA37	راهنمای تصمیم	سود OS عمدتاً در dMMR؛ آستانهٔ معناداری کلی برآورده نشد
ملانوم	**INTerpath-001**	LBA1	راهنمای تصمیم	واکسن mRNA شخصی + pembrolizumab: RFS بهتر؛ OS گزارش نشده
استئوسارکوم	**ARTEMIS-011**	LBA9	راهنمای تصمیم	ADC ضد B7-H3: PFS بهتر؛ OS نابالغ؛ سمیت جدی بالاتر



بخش ۱

رادیوتراپی و درمان‌های ترکیبی با رادیوتراپی

Part 1 — Radiotherapy & combined-modality therapy

کارآزمایی‌هایی که پرسش اصلی آن‌ها به جایگاه رادیوتراپی مربوط است: تشدید درمان همراه با رادیوتراپی، جایگزینی رژیم رادیوتراپی، حذف رادیوتراپی در بیماران منتخب، حفظ عضو پس از کمورادیوتراپی و رادیوتراپی استریوتاکتیک.

پیام‌های رادیوتراپی (Radiotherapy take-home messages)

پروستات

در بیماری با خطر بسیار بالا، رادیوتراپی با ADT دوساله به‌علاوهٔ darolutamide اکنون شواهد فاز ۳ دارد. در کارآزمایی، غدد لنفاوی لگن هم تحت درمان قرار گرفتند (DASL-HiCaP).

رکتوم dMMR

پیش از برنامه‌ریزی رادیوتراپی، وضعیت MMR را بدانید. در dMMR، ایمونوتراپی گام نخست است و رادیوتراپی برای بیماران بدون پاسخ کامل می‌ماند (AZUR-1).

رکتوم pMMR

SCRT به‌علاوهٔ شیمی‌درمانی و ایمونوتراپی امیدبخش است، ولی تا تأیید بیرون از چین بهتر است در کارآزمایی به کار رود (UNION).

پانکراس

SBRT 40 Gy/5 fx با CTV شامل GTV، غدد درگیر و سطح تماس تومور با عروق؛ PTV پنج میلی‌متر؛ بدون پرتودهی انتخابی غدد؛ دوز D0.5cc دوازدهه، معده و رودهٔ کوچک کمتر از 33 Gy؛ فیدوشیال و بازبینی همزمان کیفیت (MASTERPLAN).

NSCLC الیگومتاستاتیک

رادیوتراپی تثبیتی پیشرفت در کانون‌های اولیه را از ۳۹٫۵٪ به ۱۳٪ رساند، اما متاستاز جدید و بقای کلی تغییری نکرد. هدف درمان را کنترل موضعی بیان کنید (SARON).

مری

دادهٔ SANO عمدتاً از آدنوکارسینوم با دوز 41.4 Gy است و تعمیم آن به SCC، که در ایران غالب است، باید با احتیاط باشد.

مثانه

VOLGA جراحی‌محور است (بخش ۲). برای حفظ مثانه با کمورادیوتراپی، دادهٔ ترکیب با enfortumab vedotin هنوز وجود ندارد.

رادیوتراپی همراه با داروهای جدید

با ADCها (خطر ILD) و tarlatamab (سندرم آزادسازی سیتوکین)، زمان‌بندی رادیوتراپی قفسهٔ سینه را در تیم چندرشته‌ای هماهنگ کنید. این نکته توصیهٔ ویراستار است، نه یافتهٔ مستقیم کارآزمایی‌ها.



دستگاه ادراری-تناسلی

رادیوتراپی

GENITOURINARY

DASL-HiCaP (ANZUP1801)

تحول‌آفرین در عملکرد بالینی
Practice-changing

darolutamide به‌علاوهٔ ADT و رادیوتراپی در سرطان پروستات با خطر بسیار بالا

LBA4 · Presidential Symposium I · فاز ۳ دوسوکور · N = 1106 · ارائه: Tamim Niazi

سؤال بالینی (Clinical question) آیا افزودن مهارکنندهٔ گیرندهٔ آندروژن به ADT طولانی و رادیوتراپی، متاستاز را در بیماری موضعی با خطر بسیار بالا کاهش می‌دهد؟

طراحی و جمعیت (Study design & population)

سرطان پروستات موضعی با خطر بسیار بالا یا PSA پایدار یا عودکننده در یک سال نخست پس از پروستاتکتومی. همه بیماران LHRH به مدت ۹۶ هفته و رادیوتراپی پروستات یا بستر پروستات به‌همراه غدد لنفاوی لگن گرفتند و به darolutamide با دوز 600 mg دو بار در روز یا دارونما برای ۹۶ هفته تصادفی‌سازی شدند. گلیسون ۹ تا ۱۰ در ۷۳٪، درگیری غدد لگن در CT در ۲۹٪، پروستاتکتومی قبلی در ۱۵٪. پیامد اولیه: MFS بر پایهٔ تصویربرداری متعارف. تحلیل بینابینی با پیگیری میانهٔ ۳٫۸ سال.

نتایج کلیدی (Key results)

پیامد (Endpoint)	آزمایشی (Experimental)	کنترل (Control)	اندازهٔ اثر (HR [95% CI]; p)
MFS چهارساله (اولیه)	95%	88%	HR 0.42 (0.27–0.66); p=0.0001
PSA-PFS چهارساله	91%	83%	HR 0.47 (0.33–0.67)
OS چهارساله	97%	95%	HR 0.88 (0.49–1.59); NS

ایمنی و سمیت (Safety & toxicity)

رخداد نامطلوب درجهٔ ۳ یا بالاتر ۴۳٪ در برابر ۳۶٪. خستگی درجهٔ ۲ یا بالاتر ۱۴٪ در برابر ۱۰٪. شکستگی و رخداد قلبی تفاوت چشمگیری نداشت.

محدودیت‌ها و نکات نقادانه (Limitations & critical appraisal)

بقای کلی و بقای اختصاصی سرطان هنوز نابالغ‌اند. مرحله‌بندی با تصویربرداری متعارف بوده و نه PSMA PET. نتایج زیرگروه رادیوتراپی نجات‌بخش پس از جراحی به‌طور جداگانه گزارش نشده است.

پیام برای عملکرد بالینی (Take-home message)

در بیماری با خطر بسیار بالا که رادیوتراپی با ADT دوساله دریافت می‌کند، تشدید درمان با darolutamide گزینهٔ مستند جدیدی است. رادیوتراپی غدد لگن بخشی از درمان استاندارد این کارآزمایی بود.

ملاحظات ایران — دسترسی و هزینه‌اثربخشی (Access & cost-effectiveness)

در دسترس بودن و هزینهٔ darolutamide باید بررسی شود. اجرای رادیوتراپی غدد لگن به IMRT و IGRT نیاز دارد.

هزینه‌اثربخشی (Cost-effectiveness): سود مطلق MFS حدود ۷ درصد در چهار سال، در برابر ۹۶ هفته داروی گران و بدون سود اثبات‌شدهٔ OS. پیش از به‌کارگیری گسترده، ارزیابی هزینه‌اثربخشی در شرایط ایران و مقایسه با گزینه‌های ارزان‌تر تشدید درمان لازم است.

منبع (Source): ESMO 2026, LBA4 · NCT04136353

دستگاه گوارش
رادیوتراپی
GASTROINTESTINAL

راهنمای تصمیم‌گیری بالینی
Practice-informing

UNION

رادیوتراپی کوتاه‌مدت و سپس CAPOX به‌علاوهٔ camrelizumab در برابر کموراديوتراپی طولانی در رکتوم

35300 · فاز ۳ چندمرکزی (چین) · N = 231 · نتایج بلندمدت

سؤال بالینی (Clinical question) آیا جایگزینی کموراديوتراپی طولانی با SCRT و افزودن مهارکنندهٔ PD-1، پیامد بلندمدت را در سرطان رکتوم موضعی پیشرفته بهتر می‌کند؟

طراحی و جمعیت (Study design & population)

بیماران T3-4/N+. بازوی آزمایشی: 5×5 Gy، دو دورهٔ camrelizumab به‌علاوهٔ CAPOX، سپس TME و درمان adjuvant همراه با camrelizumab. کنترل: کموراديوتراپی طولانی با capecitabine، دو دورهٔ CAPOX، سپس TME و adjuvant CAPOX. پیامد اولیه (pCR) پیش‌تر مثبت گزارش شده بود (۳۹٫۸٪ در بازوی آزمایشی). در این کنگره EFS سه‌ساله ارائه شد.

نتایج کلیدی (Key results)

پیامد (Endpoint)	آزمایشی (Experimental)	کنترل (Control)	اندازهٔ اثر (HR [95% CI]; p)
EFS سه‌ساله	91%	77%	HR 0.33 (0.15–0.71)
OS	—	—	اعلام نشده

ایمنی و سمیت (Safety & toxicity)

داده‌های تفصیلی سمیت در گزارش‌های در دسترس نبود؛ گزارش اولیهٔ کارآزمایی تحمل‌پذیری قابل قبول را گزارش کرده بود.

محدودیت‌ها و نکات نقادانه (Limitations & critical appraisal)

هم برنامهٔ رادیوتراپی و هم ایمونوتراپی همزمان تغییر کرده‌اند، پس سهم هر کدام جدا نمی‌شود. تنها در جمعیت چینی انجام شده است. EFS پیامد ثانویه است.

پیام برای عملکرد بالینی (Take-home message)

این نتایج از راهبرد TNT مبتنی بر SCRT و افزودن ایمونوتراپی در بیماری pMMR پشتیبانی می‌کند، اما تا تأیید در جمعیت‌های دیگر، بیرون از کارآزمایی استاندارد نیست.

ملاحظات ایران — دسترسی و هزینه‌اثربخشی (Access & cost-effectiveness)

SCRT به تجهیزات ویژه نیاز ندارد و بار مراجعه را کم می‌کند. camrelizumab بیرون از چین کمتر در دسترس است و جایگزینی آن با داروی دیگر شواهد مستقیم ندارد.

هزینه‌اثربخشی (Cost-effectiveness): SCRT هزینهٔ رادیوتراپی و تعداد جلسات را کم می‌کند، اما افزودن ایمونوتراپی هزینه را بالا می‌برد. هزینه‌اثربخشی کل راهبرد هنوز بررسی نشده است.

منبع (Source): ESMO 2026, 35300 · NCT04928807



راهنمای تصمیم‌گیری بالینی
Practice-informing

AZUR-1

dostarlimab به‌تنهایی در سرطان رکتوم موضعی پیشرفتهٔ dMMR/MSI-H

LBA87 · فاز ۲ تک‌بازو، جهانی · N = 154 · ارائه: Andrea Cercek · انتشار همزمان در Annals of Oncology

سؤال بالینی (Clinical question) آیا در رکتوم dMMR می‌توان با ایمونوتراپی به‌تنهایی از شیمی‌درمانی، رادیوتراپی و جراحی پرهیز کرد؟

طراحی و جمعیت (Study design & population)

بیماران مرحلهٔ ۲ و ۳ dMMR یا MSI-H. dostarlimab 500 mg هر سه هفته، ۹ دوره؛ در صورت پاسخ بالینی کامل، درمان غیرجراحی و پایش. پیگیری میانه ۲۶٫۳ ماه.

نتایج کلیدی (Key results)

پیامد (Endpoint)	آزمایشی (Experimental)	کنترل (Control)	اندازهٔ اثر (HR [95% CI]; p)
cCR با dostarlimab به‌تنهایی (گزارش ارائه)	71% (110/154)	—	تک‌بازو
cCR پایدار ۱۲ ماهه (ارزیاب محقق)	68% (n=144)	—	—
cCR پایدار ۱۲ ماهه (بازبینی مرکزی)	47% (54/116)	—	38 بیمار هنوز در پیگیری
cCR12 یا pCR (ترکیبی)	76%	—	—
نیاز به TME	16%	—	—

ایمنی و سمیت (Safety & toxicity)

۸۸٪ هر ۹ دوره را کامل کردند. رخداد ایمنی درجهٔ ۳ یا بالاتر در ۴ بیمار. تا زمان تحلیل، در بیماران با cCR یا pCR عودی گزارش نشده است.

محدودیت‌ها و نکات نقادانه (Limitations & critical appraisal)

تک‌بازو و با پیگیری کوتاه. میزان cCR پایدار در بازبینی مرکزی پایین‌تر از ارزیابی محقق است. موفقیت راهبرد به پایش دقیق با MRI و آندوسکوپی وابسته است.

پیام برای عملکرد بالینی (Take-home message)

بررسی MMR یا MSI در زمان تشخیص هر سرطان رکتوم باید روتین باشد. در بیماری dMMR، ایمونوتراپی گام نخست است و رادیوتراپی برای بیماران بدون پاسخ کامل نگه داشته می‌شود.

ملاحظات ایران — دسترسی و هزینه‌اثربخشی (Access & cost-effectiveness)

در دسترس بودن dostarlimab بررسی شود. جایگزینی با داروی دیگر ضد PD-1 در این زمینه شواهد مستقیم ندارد. IHC برای MMR و ظرفیت پایش MRI باید تضمین شود.

هزینه‌اثربخشی (Cost-effectiveness): هزینهٔ ۹ دورهٔ ایمونوتراپی در برابر صرفه‌جویی از حذف شیمی‌درمانی، رادیوتراپی، جراحی و استومی و بهبود کیفیت زندگی سنجیده شود؛ احتمالاً در گروه dMMR هزینه‌اثربخش است، ولی ارزیابی رسمی لازم است.

منبع (Source): NCT05723562 · ESMO 2026, LBA87



راهنمای تصمیم‌گیری بالینی
Practice-informing

SANO – نتایج پنج‌ساله

پایش فعال در برابر جراحی استاندارد پس از پاسخ بالینی کامل به کمورادیوتراپی neoadjuvant در سرطان مری

LBA78 · کارآزمایی خوشه‌ای stepped-wedge (هلند) · انتشار همزمان در Annals of Oncology

سؤال بالینی (Clinical question) آیا پیامد بلندمدت پایش فعال پس از cCR با جراحی فوری برابر است؟

طراحی و جمعیت (Study design & population)

بیماران با cCR پس از رژیم CROSS (41.4 Gy/23 fx با کربوپلاتین و پاکلی‌تاکسل) به پایش فعال یا ازوفاژکتومی استاندارد تقسیم شدند. حدود ۷۵٪ آدنوکارسینوم بودند. پیش‌تر غیرپایین‌تر بودن OS دوساله گزارش شده بود.

نتایج کلیدی (Key results)

پیامد (Endpoint)	آزمایشی (Experimental)	کنترل (Control)	اندازهٔ اثر (HR [95% CI]; p)
OS پنج‌ساله	50%	54%	HR 1.17; NS
DFS	—	—	HR 1.39
متاستاز دوردست	46%	29%	p<0.01
مرگ ناشی از سرطان مری (۵ سال)	40%	30%	HR 1.67 (1.02–2.73)

ایمنی و سمیت (Safety & toxicity)

عوارض و مرگ پس از جراحی در جراحی تأخیری و استاندارد مشابه بود (گزارش اولیه). حفظ پایدار مری: ۳۲٪ در آخرین ارزیابی در cCR بودند و ۲۱٪ پنج سال پایش را کامل کردند.

محدودیت‌ها و نکات نقادانه (Limitations & critical appraisal)

معنادار نبودن تفاوت OS به معنای اثبات غیرپایین‌تر بودن در پنج سال نیست. دوز پیش از جراحی (41.4 Gy) دوز قطعی نیست. نویسندگان اکنون این راهبرد را «جراحی تأخیری انتخابی» می‌نامند.

پیام برای عملکرد بالینی (Take-home message)

برای بیمار با cCR پس از CROSS، پایش فعال در قالب تصمیم مشترک قابل پیشنهاد است، با بیان صریح خطر بیشتر متاستاز دوردست و مرگ اختصاصی سرطان. پروتکل پایش باید سخت‌گیرانه باشد.

ملاحظات ایران – دسترسی و هزینه‌اثربخشی (Access & cost-effectiveness)

در ایران کارسینوم سنگفرشی مری غالب است، در حالی که بیشتر بیماران SANO آدنوکارسینوم داشتند. در SCC، کمورادیوتراپی قطعی گزینهٔ جاافتاده‌ای است. پایش به آندوسکوپی، EUS و PET-CT منظم نیاز دارد.

هزینه‌اثربخشی (Cost-effectiveness): پایش فعال هزینهٔ ازوفاژکتومی و عوارض آن را کم می‌کند، ولی پایش منظم با آندوسکوپی و PET-CT هزینه دارد. در تحلیل اقتصادی خود کارآزمایی (هلند)، پایش فعال در پنج سال هزینه‌اثربخش بود؛ تعمیم به ایران نیازمند بررسی است.

منبع (Source): ESMO 2026, LBA78 · Ann Oncol 2026



راهنمای تصمیم‌گیری بالینی
Practice-informing

AGITG MASTERPLAN

شیمی‌درمانی پیرامون جراحی ± SBRT در سرطان پانکراس پرخطر، مرزی یا پیشرفتهٔ موضعی

3136RO · فاز ۲ تصادفی (۲:۱) · ۱۴ مرکز · N = 74 · ارائه: Andrew Oar · انتشار همزمان در Lancet Oncology

سؤال بالینی (Clinical question) آیا افزودن SBRT به شیمی‌درمانی مدرن، کنترل موضعی-ناحیه‌ای را بهبود می‌دهد؟

طراحی و جمعیت (Study design & population)

۴۸ بیمار بالقوه قابل جراحی و ۲۶ بیمار غیرقابل جراحی. سه ماه mFOLFIRINOX یا gemcitabine به‌علاوهٔ nab-paclitaxel، با یا بدون SBRT 40 Gy/5 fx با نشانگر فیدوشیال و تضمین کیفیت همزمان. پیامد اولیه: عود موضعی-ناحیه‌ای در ۱۲ ماه.

نتایج کلیدی (Key results)

پیامد (Endpoint)	آزمایشی (Experimental)	کنترل (Control)	اندازهٔ اثر (HR [95% CI]; p)
عود موضعی-ناحیه‌ای ۱۲ ماهه	20.2%	52.0%	p=0.022
میانهٔ PFS	11.9 mo	6.3 mo	p=0.002
میانهٔ OS	22.0 mo	14.0 mo	p=0.006
رزکسیون (بالقوه قابل جراحی)	68%	59%	NS
R0 (در رزکسیون‌شده‌ها)	62%	40%	NS

ایمنی و سمیت (Safety & toxicity)

سمیت درجهٔ ۳ یا بالاتر ۷۰٫۲٪ در برابر ۶۴٫۰٪ (غیرمعنادار). یک مورد پانکراتیت درجهٔ ۳ به SBRT نسبت داده شد. تنها حدود ۸۰٪ بیماران بازوی SBRT واقعاً SBRT گرفتند.

محدودیت‌ها و نکات نقادانه (Limitations & critical appraisal)

فاز ۲، کوچک و ناهمگن. OS پیامد ثانویه است. شیمی‌درمانی adjuvant در بازوی SBRT بسیار بیشتر داده شد (۸۰٪ در برابر ۳۶٪ از رزکسیون‌شده‌ها) که تفسیر را دشوار می‌کند.

پیام برای عملکرد بالینی (Take-home message)

SBRT را می‌توان در درمان چندوجهی پانکراس پرخطر در نظر گرفت، ترجیحاً در مراکز باتجربه یا کارآزمایی، و فقط همراه با تعریف حجم و تضمین کیفیت مشابه کارآزمایی.

ملاحظات ایران — دسترسی و هزینه‌اثربخشی (Access & cost-effectiveness)

اجرا به IGRT، مدیریت حرکت تنفسی، کاشت فیدوشیال و برنامهٔ تضمین کیفیت نیاز دارد که در همهٔ مراکز فراهم نیست.

هزینه‌اثربخشی (Cost-effectiveness): SBRT پنج‌جلسه‌ای هزینهٔ نسبتاً محدودی دارد، اما نیازمند فیدوشیال، IGRT و تضمین کیفیت است. با توجه به سود احتمالی در کنترل موضعی، ارزیابی هزینه‌اثربخشی در مراکز مجهز توصیه می‌شود.

منبع (Source): Lancet Oncol 2026 · ACTRN12619000409178 · ESMO 2026, 3136RO

ریه | رادیوتراپی | THORACIC

راهنمای تصمیم‌گیری بالینی
Practice-informing

SARON

رادیوتراپی تثبیتی در NSCLC الیگومتاستاتیک همزمان بدون تغییر ژنتیکی قابل هدف

26130 · فاز ۲ تصادفی · ۲۲ مرکز در بریتانیا · N = 140 · ارائه: Fiona McDonald

سؤال بالینی (Clinical question) آیا درمان همهٔ کانون‌های دیده‌شده با رادیوتراپی پس از درمان سیستمیک اولیه، بقای کلی را افزایش می‌دهد؟

طراحی و جمعیت (Study design & population)

یک تا پنج متاستاز همزمان در حداکثر سه عضو. پس از ۶ تا ۸ هفته درمان سیستمیک بدون پیشرفت، تصادفی‌سازی به ادامهٔ درمان سیستمیک با یا بدون رادیوتراپی تومور اولیه و غدد (رادیکال متعارف یا SABR) به‌همراه SABR یا SRS برای متاستازها. درمان سیستمیک: شیمی‌درمانی ۴۰٪، ایمونوتراپی ۱۵٪، شیمی-ایمونوتراپی ۴۵٪. پیامد اولیه: OS.

نتایج کلیدی (Key results)

پیامد (Endpoint)	آزمایشی (Experimental)	کنترل (Control)	اندازهٔ اثر (HR [95% CI]; p)
میانهٔ OS (اولیه)	31.0 mo	28.0 mo	HR 0.99 (0.63–1.55); p=0.95
میانهٔ PFS	13.9 mo	8.9 mo	HR 0.64 (0.43–0.95); p=0.03
پیشرفت در کانون‌های اولیه	13.0%	39.5%	معنادار
پیشرفت در کانون‌های جدید	36.2%	32.3%	NS

ایمنی و سمیت (Safety & toxicity)

رخداد درجهٔ ۳ یا بالاتر در هر دو گروه ۲۸٫۶٪. کیفیت زندگی مشابه بود.

محدودیت‌ها و نکات نقادانه (Limitations & critical appraisal)

فاز ۲. زمینهٔ درمان سیستمیک در طول ثبت‌نام تغییر کرد. بیش از نیمی N2 یا N3 داشتند. از ۶۲ بیماری که رادیوتراپی گرفتند، ۵۱ نفر رادیوتراپی متعارف تومور اولیه داشتند و تنها ۱۱ نفر SABR.

پیام برای عملکرد بالینی (Take-home message)

رادیوتراپی تثبیتی کنترل موضعی و PFS را بهتر می‌کند و سمیت را چندان افزایش نمی‌دهد، اما وعدهٔ افزایش بقا را نباید داد. هدف را «کنترل بیماری و تأخیر پیشرفت» تعریف کنید.

ملاحظات ایران — دسترسی و هزینه‌اثربخشی (Access & cost-effectiveness)

دسترسی به SABR و SRS در مراکز متفاوت است. انتخاب بیمار باید با PET-CT و MRI مغز انجام شود، چنان‌که در کارآزمایی بود.

هزینه‌اثربخشی (Cost-effectiveness): رادیوتراپی تثبیتی PFS را بهتر کرد ولی OS را نه؛ هزینه‌اثربخشی باید با معیار کنترل موضعی و کیفیت زندگی سنجیده شود، نه بقا.

منبع (Source): ESMO 2026, 2613O · NCT02417662

بخش ۲

درمان سیستمیک

Part 2 – Systemic therapy

کارآزمایی‌های دارویی (ایمونوتراپی، ADC، درمان هدفمند و هورمونی) که انتخاب و ترتیب درمان سیستمیک را تغییر می‌دهند و متخصص کلینیکال انکولوژی مستقیماً آن‌ها را تجویز می‌کند.

پیام‌های درمان سیستمیک (Systemic therapy take-home messages)

مثانهٔ مهاجم به عضله

در بیماران نامناسب برای سیس‌پلاتین که کاندید سیستکتومی‌اند، D+EV پیرامون جراحی با سود OS (HR ۰٫۵۸) استاندارد جدید است (VOLGA).

SCLC گسترده

پس از القای پلاتین، اتوپوزید و durvalumab، نگهدارندهٔ tarlatamab به‌علاوهٔ durvalumab را در نظر بگیرید؛ پایش CRS لازم است (DeLLphi-305).

NSCLC با جهش محرک

بررسی مولکولی جامع (KRAS، EGFR، MET) پیش‌شرط انتخاب درمان است: osimertinib، divarasib به‌علاوهٔ savolitinib و sac-TMT هر سه سود OS نشان دادند.

پستان +HR زودرس

adjuvant ribociclib (سه سال) به‌همراه NSAI در مرحلهٔ ۲ و ۳ اکنون سود OS دارد (NATALEE). در بیماری پیشرفتهٔ HER2-low، ADCهای جدید PFS را بیش از دو برابر کردند ولی OS نابالغ است.

آندومتر

پیش از هر تصمیم، MMR را تعیین کنید. dMMR پیشرفته: ایمونوتراپی خط اول (KEYNOTE-C93، DUO-E). پس از پلاتین و ایمونوتراپی: sac-TMT با سود OS (TroFuse-005).

گوارش فوقانی

ivonescimab به‌علاوهٔ GC در صفراوی پیشرفته OS را در مقایسه با durvalumab به‌علاوهٔ GC بهتر کرد. در معده، ADC ضد CLDN18.2 پس از درمان قبلی سود OS داشت.

رکتوم dMMR

dostarlimab به‌تنهایی جایگزین درمان سه‌وجهی در بیشتر بیماران شد (AZUR-1؛ کارت در بخش ۱).

پروستات با خطر بسیار بالا

darolutamide به مدت ۹۶ هفته همراه با ADT و رادیوتراپی، MFS را بهبود داد (DASL-HiCaP؛ کارت در بخش ۱).



دستگاه ادراری-تناسلی

سیستمیک

GENITOURINARY

VOLGA

تحول‌آفرین در عملکرد بالینی
Practice-changing

durvalumab پیرامون جراحی ± tremelimumab به‌همراه enfortumab vedotin neoadjuvant در MIBC

LBA2 · Presidential Symposium I · فاز ۳ · N = 695 · ارائه: Thomas Powles · انتشار همزمان در NEJM

سؤال بالینی (Clinical question) در بیماران مبتلا به سرطان مثانهٔ مهاجم به عضله که برای سیس‌پلاتین نامناسب‌اند یا آن را نمی‌پذیرند، آیا درمان سیستمیک پیرامون جراحی پیش از سیستکتومی رادیکال سودمند است؟

طراحی و جمعیت (Study design & population)

سه بازو: D+EV، D+T+EV و کنترل (سیستکتومی رادیکال و سپس پیگیری یا درمان adjuvant مجاز محلی). پیامد اولیه: EFS.

نتایج کلیدی (Key results)

پیامد (Endpoint)	آزمایشی (Experimental)	کنترل (Control)	اندازهٔ اثر (HR [95% CI]; p)
EFS (D+EV در برابر کنترل)	—	—	HR 0.51 (0.38–0.67); p<0.0001
EFS (D+T+EV در برابر کنترل)	—	—	HR 0.61 (0.47–0.80); p=0.0004
OS بیست‌وچهارماهه (D+EV)	78%	69%	HR 0.58 (0.40–0.83); p=0.0027
pCR (D+EV)	45%	10%	—

ایمنی و سمیت (Safety & toxicity)

رخداد نامطلوب درجهٔ ۳ تا ۴ احتمالاً مرتبط با درمان: ۳۰٪ با D+EV و ۴۲٪ با D+T+EV.

محدودیت‌ها و نکات نقادانه (Limitations & critical appraisal)

تحلیل بینابینی است. بازوی دارای tremelimumab سود OS معنادار نشان نداد. این کارآزمایی جراحی‌محور است و دربارهٔ حفظ مثانه با کمورادیوتراپی چیزی نمی‌گوید.

پیام برای عملکرد بالینی (Take-home message)

برای بیماران نامناسب برای سیس‌پلاتین که کاندید سیستکتومی‌اند، D+EV پیرامون جراحی استاندارد جدید است. برای درمان سه‌وجهی حفظ مثانه، داده‌ای از این رژیم در دست نیست و نباید تعمیم داد.

ملاحظات ایران — دسترسی و هزینه‌اثربخشی (Access & cost-effectiveness)

در دسترس بودن enfortumab vedotin و durvalumab و هزینهٔ آن‌ها باید بررسی شود.

هزینه‌اثربخشی (Cost-effectiveness): سود OS معنادار است، اما هزینهٔ ترکیب دو داروی گران پیرامون جراحی بالاست. ارزیابی هزینه‌اثربخشی و اولویت‌بندی بیماران پرخطر ضروری است.

منبع (Source): ESMO 2026, LBA2 · NCT04960709



دستگاه گوارش | سیستمیک
GASTROINTESTINAL

تحول‌آفرین در عملکرد بالینی
Practice-changing

HARMONi-GI1 و CLARITY-Gastric ۰۱

دو کارآزمایی سیستمیک با سود بقای کلی در سرطان‌های دستگاه گوارش فوقانی

LBA8 و LBA7 · Presidential Symposium II · فاز ۳

سؤال بالینی (Clinical question) آیا ivonescimab (ضد PD-1/VEGF) در خط اول سرطان صفراوی، و ADC ضد CLDN18.2 در سرطان معده پس از درمان قبلی، بقا را بهتر می‌کنند؟

طراحی و جمعیت (Study design & population)

HARMONi-GI1: ۶۸۲ بیمار صفراوی پیشرفتهٔ درمان‌نشده (چین)، ivonescimab در برابر durvalumab، هر دو با gemcitabine و cisplatin.
CLARITY-Gastric 01: sonesitatug vedotin در برابر انتخاب پزشک در سرطان معده و مری-معده CLDN18.2 مثبت پس از درمان قبلی؛ پیامد اولیهٔ دوگانه OS و PFS.

نتایج کلیدی (Key results)

پیامد (Endpoint)	آزمایشی (Experimental)	کنترل (Control)	اندازهٔ اثر (HR [95% CI]; p)
HARMONi-GI1: میانهٔ OS	14.9 mo	12.1 mo	HR 0.75 (0.61–0.92); p=0.0031
HARMONi-GI1: میانهٔ PFS	8.4 mo	5.8 mo	HR 0.61 (0.51–0.72)
CLARITY: میانهٔ OS (کل)	10.6 mo	6.4 mo	HR 0.58 (0.47–0.73)
CLARITY: میانهٔ PFS	4.2 mo	3.8 mo	HR 0.77; NS

ایمنی و سمیت (Safety & toxicity)

HARMONi-GI1: رخداد درجهٔ ۳ تا ۴ ۸۲٫۰٪ در برابر ۷۲٫۳٪؛ رخداد جدی مشابه. CLARITY: رخداد مرتبط درجهٔ ۳ یا بالاتر ۳۶٫۴٪ در برابر ۴۴٫۸٪.

محدودیت‌ها و نکات نقادانه (Limitations & critical appraisal)

HARMONi-GI1 تنها در چین انجام شده است. در CLARITY پیامد PFS، یکی از دو پیامد اولیه، معنادار نشد.

پیام برای عملکرد بالینی (Take-home message)

در سرطان صفراوی پیشرفته، ivonescimab به‌علاوهٔ gemcitabine و cisplatin جایگزین بالقوهٔ durvalumab به‌علاوهٔ همین شیمی‌درمانی است. در سرطان معدهٔ پیشرفته، تعیین وضعیت CLDN18.2 پیش از خط دوم به بعد اهمیت تازه‌ای پیدا کرده است.

ملاحظات ایران — دسترسی و هزینه‌اثربخشی (Access & cost-effectiveness)

در دسترس بودن هر دو دارو و آزمون CLDN18.2 بررسی شود.
هزینه‌اثربخشی (Cost-effectiveness): هزینه‌اثربخشی ivonescimab در برابر durvalumab و هزینهٔ آزمون CLDN18.2 و ADC مربوط باید پیش از ورود به فهرست درمانی بررسی شود.

منبع (Source): ESMO 2026, LBA8 (NCT06591520) · LBA7 (NCT06346392)



ریه | سیستمیک | THORACIC

DeLLphi-305

تحول‌آفرین در عملکرد بالینی
Practice-changing

tarlatamab به‌علاوهٔ durvalumab به‌عنوان نگهدارنده در SCLC گسترده

LBA3 · Presidential Symposium I · فاز ۳ · N = 563 · ارائه: Jacob Sands · انتشار همزمان در NEJM

سؤال بالینی (Clinical question) آیا افزودن درگیرکنندهٔ دوویژه‌ای ضد DLL3 به نگهدارندهٔ durvalumab بقا را بهتر می‌کند؟

طراحی و جمعیت (Study design & population)

بیماران SCLC گسترده بدون پیشرفت پس از پلاتین، اتوپوزید و durvalumab؛ tarlatamab به‌علاوهٔ durvalumab در برابر durvalumab به‌تنهایی.

نتایج کلیدی (Key results)

پیامد (Endpoint)	آزمایشی (Experimental)	کنترل (Control)	اندازهٔ اثر (HR [95% CI]; p)
میانهٔ OS	21.1 mo	12.7 mo	HR 0.42 (0.32–0.54); p<0.001
میانهٔ PFS	7.4 mo	1.9 mo	HR 0.34 (0.28–0.42); p<0.001
ORR تأییدشده	26.4%	4.1%	—

ایمنی و سمیت (Safety & toxicity)

سندرم آزادسازی سیتوکین ۴۹٫۶٪ (عمدتاً درجهٔ ۱ تا ۲). رخداد درجهٔ ۳ یا بالاتر ۴۶٫۸٪ در برابر ۴۰٫۶٪.

محدودیت‌ها و نکات نقادانه (Limitations & critical appraisal)

بقا از زمان تصادفی‌سازی نگهدارنده محاسبه شده، نه از آغاز خط اول. نقش رادیوتراپی قفسهٔ سینه و PCI در این زمینه در گزارش‌های موجود روشن نیست.

پیام برای عملکرد بالینی (Take-home message)

استاندارد جدید نگهدارنده در جاهایی که tarlatamab در دسترس است. زمان‌بندی رادیوتراپی قفسهٔ سینه یا PCI با این رژیم باید در تیم چندرشته‌ای تصمیم‌گیری شود.

ملاحظات ایران — دسترسی و هزینه‌اثربخشی (Access & cost-effectiveness)

در دسترس بودن tarlatamab و ظرفیت پایش CRS بررسی شود.

هزینه‌اثربخشی (Cost-effectiveness): سود بزرگ OS به‌دست آمده، اما هزینهٔ tarlatamab و نیاز به پایش CRS بالاست؛ ارزیابی هزینه‌اثربخشی در شرایط ایران ضروری است.

منبع (Source): ESMO 2026, LBA3 · NCT06211036



Krascendo 1 · SAFFRON · OptiTROP-Lung04

تحول‌آفرین در عملکرد بالینی
Practice-changing

سه کارآزمایی فاز ۳ با سود بقای کلی در NSCLC پیشرفته با جهش محرک

LBA5 · LBA6 · LBA67 · فاز ۳

سؤال بالینی (Clinical question) در NSCLC با جهش محرک پس از درمان قبلی، کدام رژیم‌ها اکنون سود بقای کلی دارند؟

طراحی و جمعیت (Study design & population)

۳۳۸: Krascendo 1 بیمار G12C KRAS پس از درمان قبلی؛ divarasib در برابر sotorasib یا ۳۳۸ :SAFFRON. adagrasib بیمار EGFR با بیش‌بیان یا تکثیر MET پس از osimertinib؛ osimertinib به‌علاوهٔ savolitinib در برابر پلاتین-پمترکسد. ۳۷۶ :OptiTROP-Lung04 بیمار EGFR پس از TKI؛ sacituzumab tirumotecan در برابر شیمی‌درمانی پلاتین (تحلیل نهایی OS).

نتایج کلیدی (Key results)

پیامد (Endpoint)	آزمایشی (Experimental)	کنترل (Control)	اندازهٔ اثر (HR [95% CI]; p)
Krascendo ۱: میانهٔ OS	17.7 mo	12.0 mo	HR 0.56 (0.41–0.78)
Krascendo ۱: میانهٔ PFS	9.8 mo	5.7 mo	HR 0.58 (0.44–0.76)
SAFFRON: میانهٔ OS	17.8 mo	12.9 mo	HR 0.68 (0.50–0.91)
SAFFRON: میانهٔ PFS	7.6 mo	5.4 mo	HR 0.55 (0.42–0.72)
OptiTROP-Lung04: میانهٔ OS	25.9 mo	17.4 mo	HR 0.69

ایمنی و سمیت (Safety & toxicity)

Krascendo 1: رخداد مرتبط درجهٔ ۳ تا ۴ ۲۴٫۶٪ در برابر ۳۴٫۵٪.
SAFFRON: رخداد مرتبط درجهٔ ۳ یا بالاتر ۴۰٪ در برابر ۵۲٪، ولی رخداد جدی ۴۱٪ در برابر ۲۸٪.

محدودیت‌ها و نکات نقادانه (Limitations & critical appraisal)

در Krascendo 1 بیشتر بازوی کنترل sotorasib گرفتند. SAFFRON تنها با شیمی‌درمانی مقایسه شده است. اعداد OS نهایی OptiTROP-Lung04 فقط از گزارش ثانویه به دست آمده و باید با چکیدهٔ رسمی تطبیق شود.

پیام برای عملکرد بالینی (Take-home message)

بررسی مولکولی جامع (KRAS، EGFR، MET) در NSCLC پیشرفته ضروری‌تر از همیشه است. ترتیب پیشنهادی: divarasib برای G12C KRAS پس از درمان قبلی؛ osimertinib به‌علاوهٔ savolitinib برای MET پس از osimertinib؛ sac-TMT پس از TKI در EGFR. در صورت نیاز به رادیوتراپی تسکینی یا تثبیتی، زمان‌بندی را با این داروها هماهنگ و خطر پنومونیت با ADCها را در نظر بگیرید.

ملاحظات ایران — دسترسی و هزینه‌اثربخشی (Access & cost-effectiveness)

در دسترس بودن داروها و آزمون‌های مولکولی (به‌ویژه MET) بررسی شود.
هزینه‌اثربخشی (Cost-effectiveness): هر سه دارو گران و وارداتی‌اند؛ هزینهٔ آزمون‌های مولکولی هم باید در تحلیل هزینه‌اثربخشی لحاظ شود.

منبع (Source): LBA67 · LBA6 (NCT05261399) · LBA5 ESMO 2026, (NCT06497556)



NATALEE – بقای کلی شش‌ساله

تحول‌آفرین در عملکرد بالینی
Practice-changing

adjuvant ribociclib به‌علاوهٔ مهارکنندهٔ آروماتاز غیراستروئیدی در سرطان پستان HR+/HER2- مرحلهٔ ۲ و ۳

LBA25 · فاز ۳ · نویسندهٔ نخست: Dennis J. Slamon

سؤال بالینی (Clinical question) آیا سود iDFS ریبوسیکلیب adjuvant به بقای کلی هم رسیده است؟

طراحی و جمعیت (Study design & population)

ribociclib 400 mg روزانه (سه هفته مصرف، یک هفته استراحت) به مدت سه سال به‌همراه NSAI پنج‌ساله، در برابر NSAI به‌تنهایی. میانهٔ پیگیری OS ۶۶٫۵ ماه؛ بیماران به‌طور میانه ۳۸ ماه از قطع ribociclib گذرانده بودند.

نتایج کلیدی (Key results)

پیامد (Endpoint)	آزمایشی (Experimental)	کنترل (Control)	اندازهٔ اثر (HR [95% CI]; p)
OS	91.86% (6y)	89.73% (6y)	HR 0.809 (0.661–0.989); p=0.019*
iDFS	83.23% (6y)	77.92% (6y)	HR 0.741 (0.646–0.849)
بقای اختصاصی سرطان پستان	–	–	HR 0.706 (0.559–0.890)

ایمنی و سمیت (Safety & toxicity)

یافتهٔ ایمنی جدیدی گزارش نشد.

محدودیت‌ها و نکات نقادانه (Limitations & critical appraisal)

مقدار p اسمی و یک‌طرفه است (*). سود مطلق OS در شش سال ۲٫۱٪ است.

پیام برای عملکرد بالینی (Take-home message)

سود بقای کلی، اندیکاسیون adjuvant ribociclib را در بیماران مرحلهٔ ۲ و ۳ تقویت می‌کند. بسیاری از این بیماران رادیوتراپی پس از ماستکتومی یا غدد ناحیه‌ای هم می‌گیرند؛ توالی با رادیوتراپی را طبق پروتکل مطالعه تنظیم کنید.

ملاحظات ایران – دسترسی و هزینه‌اثربخشی (Access & cost-effectiveness)

هزینهٔ سه سال درمان و در دسترس بودن پایدار دارو باید بررسی شود.

هزینه‌اثربخشی (Cost-effectiveness): سود مطلق OS در شش سال ۲٫۱ درصد در برابر سه سال درمان گران است؛ هزینه‌اثربخشی به قیمت دارو و انتخاب بیماران پرخطرتر وابسته است.

منبع (Source): ESMO 2026, LBA25 · NCT03701334

HORIZON-Breast06 · APEX-Breast01 · PANKU-Breast01

راهنمای تصمیم‌گیری بالینی
Practice-informing

سه ADC جدید در سرطان پستان پیشرفتهٔ HER2-low و HR+/HER2-

LBA13 · LBA27 · LBA50 · فاز ۳ (هر سه در چین)

سؤال بالینی (Clinical question) آیا ADCهای جدید در مقایسه با شیمی‌درمانی انتخاب پزشک، بیماری را بهتر کنترل می‌کنند؟

طراحی و جمعیت (Study design & population)

HORIZON-Breast06: ۵۵۱ بیمار HER2-low، trastuzumab rezetecan. APEX-Breast01: ۵۴۳ بیمار HER2-low بدون شیمی‌درمانی قبلی برای بیماری پیشرفته، PANKU-Breast01: ۳۸۳ بیمار HR+/HER2- پس از درمان هورمونی و ۱ تا ۲ خط شیمی‌درمانی، TQB2102. izalontamab brengitecan. کنترل در هر سه: شیمی‌درمانی انتخاب پزشک.

نتایج کلیدی (Key results)

پیامد (Endpoint)	آزمایشی (Experimental)	کنترل (Control)	اندازهٔ اثر (HR [95% CI]; p)
HORIZON-Breast06: میانهٔ PFS	16.4 mo	6.8 mo	HR 0.27 (0.21–0.34)
APEX-Breast01: میانهٔ PFS (HR+)	16.4 mo	5.5 mo	HR 0.29 (0.22–0.39)
PANKU-Breast01: میانهٔ PFS	8.18 mo	4.01 mo	HR 0.41 (0.33–0.53)

ایمنی و سمیت (Safety & toxicity)

HORIZON-Breast06: رخداد مرتبط درجهٔ ۳ یا بالاتر ۸۴٫۱٪ در برابر ۶۷٫۹٪؛ ILD در ۲٫۵٪. APEX-Breast01: ILD در ۲٫۲٪. PANKU-Breast01: ILD در ۱٫۱٪ (درجهٔ ۱ تا ۲).

محدودیت‌ها و نکات نقادانه (Limitations & critical appraisal)

OS در هر سه نابالغ است. مقایسه با شیمی‌درمانی و نه با trastuzumab deruxtecan انجام شده است. همه در جمعیت چینی.

پیام برای عملکرد بالینی (Take-home message)

ADCها جایگاه شیمی‌درمانی را در بیماری پیشرفته به‌سرعت می‌گیرند. در بیمارانی که رادیوتراپی قفسهٔ سینه می‌گیرند، خطر ILD و پنومونیت را در هماهنگی زمان‌بندی در نظر بگیرید.

ملاحظات ایران — دسترسی و هزینه‌اثربخشی (Access & cost-effectiveness)

این داروها احتمالاً در کوتاه‌مدت در دسترس نیستند؛ بررسی شود.

هزینه‌اثربخشی (Cost-effectiveness): OS هنوز نابالغ است و این داروها در دسترس نیستند؛ تا داده‌های OS و قیمت مشخص نشود، داوری دربارهٔ هزینه‌اثربخشی ممکن نیست.

منبع (Source): ESMO 2026, LBA13 (NCT05814354) · LBA27 (NCT06561607) · LBA50 (NCT06343948)

زنان | سیستمیک
GYNAECOLOGICAL

TroFuse-005 · KEYNOTE-C93 · DUO-E

تحول‌آفرین در عملکرد بالینی
Practice-changing

سرطان آندومتر پیشرفته یا عودکننده: تصمیم بر پایهٔ وضعیت MMR

LBA11 (سبز) · LBA12 (زرد) · LBA37 (زرد) · فاز ۳

سؤال بالینی (Clinical question) در آندومتر پیشرفته، کدام بیماران از ایمونوتراپی و کدام از ADC سود بقا می‌برند؟

طراحی و جمعیت (Study design & population)

TroFuse-005: ۷۷۶ بیمار پس از شیمی‌درمانی پلاتین و ایمونوتراپی؛ sacituzumab tirumotecan در برابر شیمی‌درمانی انتخاب پزشک. KEYNOTE-C93: ۲۹۹ بیمار dMMR؛ pembrolizumab به‌تنهایی در برابر کربوپلاتین و پاکلی‌تاکسل. DUO-E: ۷۱۸ بیمار خط اول؛ شیمی‌درمانی به‌همراه durvalumab، با یا بدون نگهدارندهٔ olaparib، در برابر شیمی‌درمانی (تحلیل بینابینی دوم OS).

نتایج کلیدی (Key results)

پیامد (Endpoint)	آزمایشی (Experimental)	کنترل (Control)	اندازهٔ اثر (HR [95% CI]; p)
TroFuse-005: میانهٔ OS	19.0 mo	12.1 mo	HR 0.68 (0.55–0.84); p=0.0001
KEYNOTE-C93: میانهٔ PFS	38.2 mo	8.4 mo	HR 0.57 (0.42–0.79)
KEYNOTE-C93: OS	NR	NR	HR 0.77 (0.52–1.15); NS
DUO-E: OS، durvalumab + olaparib (کل)	—	—	HR 0.77 (0.60–0.98); p=0.037**
DUO-E: OS در dMMR، durvalumab	—	—	HR 0.57 (0.30–1.05)
DUO-E: OS در pMMR، durvalumab	—	—	HR 0.95 (0.73–1.24)

ایمنی و سمیت (Safety & toxicity)

TroFuse-005: رخداد مرتبط درجهٔ ۳ یا بالاتر ۵۴٫۴٪ در برابر ۴۱٫۴٪ (کم‌خونی، استوماتیت، عوارض سطح چشم). KEYNOTE-C93: ۱۸٫۱٪ در برابر ۵۰٫۷٪. DUO-E: درجهٔ ۳ یا بالاتر ۶۹٫۷٪ با olaparib در برابر ۵۸٫۳٪ و ۵۷٫۲٪.

محدودیت‌ها و نکات نقادانه (Limitations & critical appraisal)

در KEYNOTE-C93 منحنی‌های PFS در آغاز یکدیگر را قطع کردند و مقایسه با شیمی-ایمونوتراپی نبود. در DUO-E مقدار p از آستانهٔ از پیش تعیین‌شده (۰٫۰۱۶۵) عبور نکرد (**) و تحلیل‌های زیرگروه اکتشافی‌اند.

پیام برای عملکرد بالینی (Take-home message)

طبقه‌بندی مولکولی (به‌ویژه MMR) پیش از تصمیم دربارهٔ رادیوتراپی adjuvant و درمان سیستمیک ضروری است. در dMMR پیشرفته، ایمونوتراپی خط اول است؛ پس از پلاتین و ایمونوتراپی، ADC ضد TROP2 سود بقا دارد.

ملاحظات ایران — دسترسی و هزینه‌اثربخشی (Access & cost-effectiveness)

دسترسی به IHC برای MMR در همهٔ مراکز، و در دسترس بودن pembrolizumab، durvalumab و sacituzumab tirumotecan بررسی شود.

هزینه‌اثربخشی (Cost-effectiveness): pembrolizumab به‌تنهایی در dMMR سمیت و احتمالاً هزینهٔ کمتری از شیمی-ایمونوتراپی دارد؛ هزینه‌اثربخشی ADC پس از IO و افزودن olaparib باید جداگانه بررسی شود.

منبع (Source): ESMO 2026, LBA11 (NCT06132958) · LBA12 (NCT05173987) · LBA37 (NCT04269200)

سایر | سیستمیک | MELANOMA & SARCOMA

راهنمای تصمیم‌گیری بالینی
Practice-informing

INTerpath-001 و ARTEMIS-011

واکسن mRNA شخصی‌شده در ملانوم adjuvant و ADC ضد B7-H3 در استئوسارکوم عودکننده

LBA1 و LBA9 · Presidential Symposium I و III · فاز ۳

سؤال بالینی (Clinical question) آیا درمان‌های نوآورانه به پیامدهای بالینی معنادار در این دو زمینه رسیده‌اند؟

طراحی و جمعیت (Study design & population)

INTerpath-001: ۱۱۳۷ بیمار ملانوم برداشته‌شدهٔ مرحلهٔ IIB–IV؛ intismeran autogene به‌علاوهٔ pembrolizumab در برابر دارونما به‌علاوهٔ pembrolizumab. ARTEMIS-011: ۱۲۲ بیمار ۱۲ ساله یا بزرگ‌تر با استئوسارکوم عودکننده پس از دست‌کم دو خط درمان (چین)؛ risvutatug rezetecan در برابر gemcitabine و docetaxel.

نتایج کلیدی (Key results)

پیامد (Endpoint)	آزمایشی (Experimental)	کنترل (Control)	اندازهٔ اثر (HR [95% CI]; p)
INTerpath-001: RFS بیست‌وچهارماهه	82.2%	70.0%	HR 0.58 (0.45–0.75); p<0.001
INTerpath-001: DMFS بیست‌وچهارماهه	88.5%	80.2%	HR 0.62 (0.45–0.85)
ARTEMIS-011: میانهٔ PFS	5.5 mo	1.4 mo	HR 0.33; p<0.0001
ARTEMIS-011: OS	—	—	HR 0.51 (0.21–1.23)؛ نابالغ

ایمنی و سمیت (Safety & toxicity)

INTerpath-001: درجهٔ ۳ یا بالاتر ۲۳٫۶٪ در برابر ۲۰٫۳٪؛ تب و درد محل تزریق شایع. ARTEMIS-011: رخداد جدی مرتبط ۶۳٫۸٪ در برابر ۲۸٫۶٪.

محدودیت‌ها و نکات نقادانه (Limitations & critical appraisal)

OS در INTerpath-001 گزارش نشده و در ARTEMIS-011 نابالغ است. ARTEMIS-011 کوچک و تک‌کشوری است.

پیام برای عملکرد بالینی (Take-home message)

نخستین کارآزمایی فاز ۳ مثبت واکسن شخصی‌شده: پیش از تغییر روال درمان، داده‌های OS لازم است. در استئوسارکوم پیشرفته، گزینهٔ امیدبخش اما پرعارضه.

ملاحظات ایران — دسترسی و هزینه‌اثربخشی (Access & cost-effectiveness)

این درمان‌ها فعلاً در ایران در دسترس نیستند؛ بیشتر جنبهٔ آگاهی دارند.

هزینه‌اثربخشی (Cost-effectiveness): واکسن شخصی‌شده بسیار پرهزینه است و OS آن گزارش نشده؛ فعلاً موضوع ارزیابی هزینه‌اثربخشی نیست.

منبع (Source): ESMO 2026, LBA1 (NCT05933577) · LBA9 (NCT06935409)



واژه‌نامهٔ اختصارات و اصطلاحات

GLOSSARY

ADC	Antibody–drug conjugate	آنتی‌بادی متصل به دارو
ADT	Androgen deprivation therapy	محرومیت از آندروژن
cCR	Clinical complete response	پاسخ بالینی کامل
CRS	Cytokine release syndrome	سندرم آزادسازی سیتوکین
DFS	Disease-free survival	بقای بدون بیماری
DMFS	Distant metastasis-free survival	بقای بدون متاستاز دوردست
dMMR / pMMR	Mismatch repair deficient / proficient	نقص یا سلامت سیستم ترمیم ناجفت‌شدگی DNA
EFS	Event-free survival	بقای بدون رخداد
HR	Hazard ratio	نسبت خطر
iDFS	Invasive disease-free survival	بقای بدون بیماری تهاجمی
IGRT	Image-guided radiotherapy	رادیوتراپی هدایت‌شونده با تصویر
ILD	Interstitial lung disease	بیماری بینابینی ریه
IO	Immunotherapy	ایمونوتراپی
LBA	Late-breaking abstract	چکیدهٔ دیرهنگام
MFS	Metastasis-free survival	بقای بدون متاستاز
MIBC	Muscle-invasive bladder cancer	سرطان مثانهٔ مهاجم به عضله
NS	Not significant	غیرمعنادار
NSAI	Non-steroidal aromatase inhibitor	مهارکنندهٔ آروماتاز غیراستروئیدی
ORR	Objective response rate	میزان پاسخ عینی
OS	Overall survival	بقای کلی
pCR	Pathological complete response	پاسخ کامل پاتولوژیک
PFS	Progression-free survival	بقای بدون پیشرفت
RFS	Recurrence-free survival	بقای بدون عود
SABR / SBRT	Stereotactic ablative / body radiotherapy	رادیوتراپی استریوتاکتیک بدن
SCRT	Short-course radiotherapy	رادیوتراپی کوتاه‌مدت (۵×۵ گری)
SRS	Stereotactic radiosurgery	رادیوسرجری استریوتاکتیک
TME	Total mesorectal excision	برداشتن کامل مزورکتوم
TNT	Total neoadjuvant therapy	درمان neoadjuvant کامل
NR	Not reached	به میانه نرسیده



SOURCES — منابع

1. **Presidential Symposia I–III (12 LBAs)** — OncoDaily, 27 Oct 2026
https://oncodaily.com/oncolibrary/esmo-2026-presidential
2. **DASL-HiCaP (LBA4)** — OncoDaily
https://oncodaily.com/genitourinary-oncology/dasl-hicap
3. **AZUR-1 (LBA87)** — OncoDaily
https://oncodaily.com/gastrointestinal-oncology/azur-1-esmo-2026
4. **UNION, SANO, MASTERPLAN, SARON — RT commentary** — OncoDaily (J. Ryckman)
https://oncodaily.com/science/jeff-ryckman-esmo-616366
5. **SANO 5-year (LBA78)** — OncoDaily
https://oncodaily.com/oncolibrary/radiotherapy/sano-trial
6. **MASTERPLAN (3136RO)** — OncoDaily
https://oncodaily.com/oncolibrary/radiotherapy/agitg-masterplan-trial
7. **SARON (2613O)** — OncoDaily
https://oncodaily.com/oncolibrary/lung-oncology/saron
8. **Breast LBAs (LBA13, 25, 27, 50)** — Targeted Oncology
https://www.targetedonc.com/view/esmo-2026-breast-cancer-late-breaking-adcs-ribociclib
9. **DUO-E OS (LBA37)** — OncLive
https://www.onclive.com/view/durvalumab-plus-olaparib-improves-os-in-advanced-endometrial-cancer
10. **OptiTROP-Lung04 (LBA67) — session listing** — Kelun-Biotech press release
https://www.placera.se/pressmeddelanden/multiple-sacituzumab-tirumotecan-sac-tmt-studies-selected-as-lbas-at-esmo-2026-optitrop-lung04-and-optitrop-lung06-to-be-presented-in-the-lung-cancer-session-20260922
11. **OptiTROP-Lung04 final OS, AZUR-1 cCR (presenter reports)** — OncoDaily — Day 4 posts
https://oncodaily.com/not-to-miss/esmo-day-4
12. **ESMO Congress 2026 — official page** — ESMO
https://www.esmo.org/meeting-calendar/esmo-congress-2026

روش تهیه

اعداد بالینی از گزارش‌های منتشرشدهٔ کنگره (Targeted Oncology، OncoDaily و OncLive) و مقاله‌های همزمان استخراج شده‌اند و پیش از انتشار عمومی باید با چکیده‌های رسمی ESMO در OncologyPRO تطبیق داده شوند. «ملاحظات ایران» پرسش‌های پیشنهادی برای بررسی است، نه داوری قطعی دربارهٔ دسترسی.

سلب مسئولیت

این خلاصه جنبهٔ آموزشی دارد و جایگزین مطالعهٔ مقالات اصلی و راهنماهای بالینی نیست؛ برخی داده‌ها از ارائهٔ کنگره و پیش از انتشار داوری‌شده است.

بازبینی آموزشی: تهیه‌شده توسط دپارتمان آموزشی انجمن رادیوانکولوژی ایران

انجمن کلینیکال انکولوژی ایران
Iranian Society of Clinical Oncology

