

文章编号:1005-6947(2006)09-0641-02

· 述评 ·

如何看待不同的胃癌分期系统

车向明¹, 王曙逢¹, 李国威²

(西安交通大学 1. 第一附属医院 普通外科, 陕西 西安 710061; 2. 第二附属医院 普通外科, 陕西 西安 710004)

关键词: 胃肿瘤/病理学; 肿瘤分期; 综述文献

中图分类号: R735.2; R730.26 文献标识码: A

胃癌分期的两个主要系统是国际抗癌联盟(UICC)的TNM系统, 和日本胃癌协会(JGCA)的日本分期法。这两个分期系统有相似之处, 都依赖于原发肿瘤生长情况, 淋巴结受累的范围, 以及是否存在远处转移。但是, 这两个系统存在一些根本的不同, 最明显的区别在于对区域淋巴结扩散的分级。UICC/TNM分期系统以转移淋巴结的数目为基础, 而日本分期法强调受累淋巴结的解剖位置。

本文评述当前两种主要的胃癌分期系统的出发点, 背景和基本特点, 并评价它们对预后的判断能力, 以及对治疗的指导作用以及在治疗评估中的意义。

1 两种分期方法

1.1 UICC/TNM分期法

UICC/TNM分期法的修正次数比较少, 最新的版本是第六版(2002年)。

UICC/TNM系统本是一种纯临床的分期, 对于胃癌来说, 手术发现是其分期必不可少的条件, 因为只有手术之后才可以确定出主要的预后因素。1970年, 以7所美国研究所对1241例胃癌患者分析的结果为基本资料, 发表了一个以TNM为基础, 包含临床、手术及组织学信息的分期系统, 它使用胃壁的浸润深度(T), 原发病灶附近的转移淋巴结(N), 和是否存在远处转移(M), 作为分期的标准。

TNM分期法的第五版中(1997)对之前的版本进行了多处修改, 在最新的方法中, N期由最少15个淋巴结中转移呈阳性的淋巴结数目决定(N₁为1~6个, N₂为7~15个, N₃为>15个)。

1.2 日本分期法

1962年, 日本胃癌研究协会发表了胃癌研究规范的第一版。分期由浆膜层浸润的范围(S期), 受累淋巴结的部位(N期), 以及远处转移的范围和位置(M, H, P分别对应远处转移、肝和腹膜转移)。在1993年修订的第十二版中, 将S期改为T期, 相当于UICC系统的T期。

JGCA分期法将所有的区域淋巴结站编上序号, 根据原发肿瘤的位置分成3站。如此细致的进行淋巴结分级是为了指导手术决定淋巴结清扫的范围和部位, 以便根据原发胃癌的位置和浸润的深度将任何有可能受累的淋巴结切除。

最新的十三版中最重要的改变是对淋巴结分期的修订。根据对胃内不同位置肿瘤的淋巴结清除效果(effectiveness of dissection)的详细研究, 淋巴结组由以前的4站(N₁到N₄)改为3站(N₁到N₃)。一些特定肿瘤位置的胃周淋巴结, 不再被归为区域淋巴结, 而被归入远处转移的位点(M), 因为这些淋巴结的受累很少见, 而且如果发生提示预后不良。如胃窦癌中的第2组淋巴结(贲门左区)的受累。目前, D₂切除可以作为进展期胃癌标准的手术治疗方式。

2 评价与对比

2.1 日本和西方国家外科理念的差异

Moynihan 曾经说过: “对恶性肿瘤的手术不是对

收稿日期: 2006-02-20; 修订日期: 2006-08-04。

作者简介: 车向明, 男, 山东泰安人, 西安交通大学第一附属医院教授, 主要从事胃肠道肿瘤诊断及治疗方面的研究。

通讯作者: 车向明 E-mail: chexiangming@mail.xjtu.edu.cn。

器官的切除,而是对淋巴系统的解剖”。这无疑就是日本外科医师手术治疗胃癌的基本准则。胃癌转移最常见的部位是淋巴结。日本外科医生相信,淋巴结转移是顺着淋巴结层有序的逐级进行的,通过将淋巴结群分出层次,并以手术前和手术中的分期为基础,外科医生可以将所有受累或可能受累的淋巴结予以切除。

JGCA 分期法不只是一个分期系统,它概括出对胃癌的整体理解,并以此制定出诊断,手术步骤,组织学,分期的准则,以及如何切取手术样本和淋巴结的细节。JGCA 分期法详细的说明了根据肿瘤的位置,哪些淋巴结群需要切除。

西方外科学界则认为,在很大程度上原发肿瘤的生物决定预后,淋巴结转移只是肿瘤扩散的一个标志。对淋巴结的扩大清除,除非有明显受累,否则被看作是可以引起不必要的并发症,而其生存优势值得怀疑。因此,TNM 系统强调的是预后分期,而其治疗指导作用很小。

2.2 淋巴结的获取

淋巴结的处理在 JGCA 系统中很详细,这个过程由手术小组完成。相比之下,在西方国家,切下的样本由病理学家处理,因而通常忽略了相关淋巴结的确切位置,也不会按照整块切除术将每一个淋巴结按其相应的位置和层次排列。目前以数目为基础的系统在西方较易实施。TNM 第五版中规定,对于 pN₀ 应该常规进行 15 个或更多淋巴结的组织学检查”。

TNM 最新的版本对 pN₀ 定义增加了以下的说明:“如果淋巴结是阴性的,而常规要求的淋巴结数目虽没有达到,可以归为 pN₀”。这就意味着对于 pN₀ 分期,15 这个数字只是一个推荐,而不再是必需了。

在淋巴结为阳性的患者中,目前的 TNM 可能存在有过低估计的问题。比如,如果只取得了 6 个淋巴结,而且都有阳性发现,在这个系统中就应该被定为 pN₁。但是有可能是这类患者未切除的淋巴结中还可能更多的阳性淋巴结,但并未获取,因此如果取得 16 或更多的淋巴结则有可能应该被分为 pN₂ 或 pN₃。

2.3 分期移动 (stage migration)

分期移动,或“Will Rogers 现象”被认为是日本和西方患者结局不同一个潜在原因。日本患者接受了 D₂ 式胃癌切除术作为标准治疗,因为获得了较多的淋巴结,可能得到的阳性淋巴结的数目就比 D₀/D₁ 式胃癌切除得到的多。因此接受了扩大的淋巴结切除的患者就比那些接受了 D₀/D₁ 式胃癌切除的同等分期患者有较好的预后。这样可将有淋巴结转移的病人重新进行分期,并可能分入更高的一期中,从而提高了临床分期的准确性和生存数据。

日本的外科医生通常会获取尽量多的淋巴结,因为淋巴结是他们肿瘤手术的“成果”,而西方病理学家不愿获取比最小要求值更多的淋巴结。在数目为基础的系统避免或尽量减少分期移动的唯一方法是保证淋巴结的获取数(比如最少 15 个)。在第六版 TNM 中已经取消了 15 个这个最低要求,过低评估和随后的分期移动会明显增大日本和西方治疗结果的差异。

3 结 论

尽管在日本和西方的分期系统之间有多次比较,但这些系统有不同的作用,也不是为了起相同的作用而制定的。JGCA 分期法中的分期系统非常详细,并以解剖为基础,它和手术治疗的方案的制订和指导密不可分,而这正是其根本所在。

TNM 系统则主要用于预后的指导,它不包括治疗指导,最近被改为以数目为基础 N 分期,准确地反映了转移与预后的关系,为组群结局之间的对比提供了简单而可靠的方法。在西方实践中,外科医生和病理学家对于确保至少 15 个淋巴结都至关重要。如果获取的淋巴结很少,以数目为基础的淋巴结系统就丧失了对比的价值,还会导致分期移动,使 TNM 和日本分期系统的患者之间难以进行比较,因为日本 D₂ 式胃癌切除和样本制备的方法可以保证得到较多的淋巴结。

由于这两个系统在原则上的不同,了解每个系统的作用对进行胃癌治疗的临床医生非常重要,但应注意不可以混淆两个系统及其术语。