

文章编号:1005-6947(2006)02-0153-02

· 临床报道 ·

青年人大肠癌的临床特点及外科治疗

邱云峰¹, 陈虹¹, 任重¹, 廖芝伟²

(1. 上海市大场医院 普通外科, 上海 200436; 2. 上海市仁和医院 普通外科, 上海 200431)

摘要:笔者对1990年1月—2004年12月间收治的30岁以下大肠癌56例的临床资料进行回顾性分析。全组误诊率达67.1%, 癌肿以直肠癌和右半结肠癌为主, 病理分期Dukes C, D期占87.5%, 分化不良型占75.0%。根治性手术率占57.1%, 淋巴结转移率62.0%, 根治性手术5年生存率为23.0%, 姑息性手术3年生存率为10%, 无5年生存。提示青年人大肠癌的发病率在增高, 以直肠癌和右半结肠癌多见, 而且恶性程度和误诊率高, 手术根治率和5年生存率低。提高对本病的认识, 早期诊断, 及时合理的治疗, 是提高生存率的关键。

关键词:结直肠肿瘤/外科学; 发病年龄

中图分类号: R735.35; R574.2

文献标识码: B

大肠癌是我国最常见的肿瘤之一, 多发生在老年人, 但近年来青年人大肠癌的发病率在逐渐增高, 应引起重视。1990年1月—2004年12月, 我们共收治30岁以下大肠癌56例, 占同期大肠癌的9.7%, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男35例, 女21例, 最小年龄14岁, 20岁以下3例, 21~25岁22例, 26~30岁31例。病程最短25d, 最长3年。临床主要症状为: 便血或黏液便43例, 排便习惯改变29例, 大便形状改变20例, 腹痛、腹胀32例, 腹泻18例, 便秘15例, 腹部肿块13例, 肠梗阻16例, 消瘦12例, 贫血7例。病变部位: 盲肠2例, 升结肠12例, 横结肠3例, 降结肠2例, 乙状结肠5例, 直肠32例。

1.2 误诊情况

本组误诊34例, 误诊率67.1%。其中误诊为痔疮12例, 慢性结肠炎7例, 慢性阑尾炎5例, 盆腔炎4例, 克隆氏病2例, 溃疡性结肠炎2例, 粘连性肠梗阻2例。误诊2次22例, 误诊3次8例, 误诊4次3例, 误诊多次的1例。误诊时间最短的2周, 最长的2.5年。本组术前确诊53例, 未确诊的3例, 2例疑似克隆氏病, 1例疑似粘连性肠梗阻(因有过阑尾炎切除史)行剖腹探查术, 术中均确诊。

2 治疗及结果

2.1 治疗方法及结果

本组均行手术治疗, 急诊手术5例, 择期手术51例。其中直肠癌行Miles手术14例, Dixon手术6例, 姑息性切除7例, 单纯造瘘5例。盲肠及升结肠癌行右半结肠癌根治术6例, 姑息切除1例, 捷径吻合6例, 单纯造瘘1例。降结肠及乙状结肠癌行左半结肠癌根治术3例, 姑息切除2例, 造瘘2例。横结肠癌行根治术2例, 捷径吻合1例。术后发生切口感染2例, 均经抗炎及局部换药治愈。1例横结肠癌因急性梗阻急诊手术, 术中见肿瘤腹腔内广泛转移, 局部固定不能切除, 行盲肠与降结肠吻合术, 术后10d死于衰竭, 其它均康复出院。

2.2 病理类型及分期

病理切片证实: 黏液腺癌16例, 低分化腺癌15例, 未分化腺癌12例, 乳头状腺癌6例, 管状腺癌5例, 印戒细胞癌2例。按Duke's分期, A期2例, B期5例, C期26例, D期23例。

2.3 随访

本组获随访48例, 随访时间为0.5~13(平均4.5)年。结肠癌行根治性切除的3年生存率为58.2%(6/11), 5年生存率31%(3/11); 直肠癌行根治性切除的3年生存率40.5%(8/20), 5年生存率为18%(4/20); 结、直肠癌行姑息切除的3年生存率10.0%(1/10), 均在5年内死亡; 捷径吻合和结肠造瘘者均在半年内死亡。

3 讨论

大肠癌的发病率近年来有所上升, 尤其是青年人直肠癌呈逐年升高, 而且发现时多为中晚期^[1-2]。国内有学者

收稿日期: 2005-07-21; 修订日期: 2006-02-13。

作者简介: 邱云峰, 男, 黑龙江依安人, 上海市大场医院主任医师, 主要从事普通外科及肿瘤临床方面的研究。

通讯作者: 邱云峰 E-mail: qiuyunfeng1955@sina.com。

报告30岁以下大肠癌发病率为8.7%~15.6%^[3-4],而另有国外学者总结40岁以下青年人大肠癌的发病率为6.9%^[5]。本组56例青年人大肠癌占同期大肠癌(580例)的9.7%,国内的发病率稍高于国外,并且直肠癌发病率最高。本组病例癌肿位于直肠32例,占57.1%,这与国内文献报道一致^[6]。

青年大肠癌有以下临床特点:(1)误诊率高。本病症状不典型,无特异性表现,且呈隐匿性生长。常常是以常见病、多发病的表现为主,如便血或黏液样便,腹泻,腹痛和腹胀等,所以经常被误诊为痔疮,急慢性肠炎,痢疾等常见病。(2)恶性程度高、转移早。本组分化不良型占75.0%,且多有淋巴结转移,为62.0%,而25岁以上占39.0%。由于分化不良型腺癌恶性程度高,呈浸润性生长,极易向浆膜或周围组织侵犯造成淋巴、血行和腹腔扩散,发生转移早。因此,青年人一经确诊,多以C、D期为主,本组占87.5%。(3)直肠癌和右半结肠癌发病率高。本组直肠癌32例,而右半结肠癌近1/3病例,笔者认为直肠癌发病率高可能与直肠远端较易检出有关。右半结肠癌发病率高可能与基因作用有关,研究表明高频率的微卫星灶不稳定与右半结肠癌的发生有显著相关,左半结肠癌较右半结肠癌更多的表达无功能的P53蛋白和P53基因突变^[7]。而West等^[8]证实高脂肪饮食增加右半结肠癌患病机会,而高蛋白质饮食却增加左半结肠癌的患病危险。(4)手术根治率低、预后差:由于误诊率高,确诊晚,所以根治率低,而且预后差。由于病期晚,多有淋巴结转移,而且腹腔游离癌细胞检出率也高。大肠癌有无淋巴结转移及其转移数目与预后密切相关,无淋巴结转移者5年生存率可达70%以上,而有淋巴结转移者5年生存率不足30%^[9];无论是肿瘤本身的癌细胞脱落或肿瘤手术过程中造成的癌细胞脱落均使病人术后复发和死亡的机会明显增加^[10-11]。本组只有32例进行了根治性手术,且5年生存率也只有23%。

虽然青年人大肠癌恶性程度高,手术根治率低,但外科手术是目前治疗大肠癌的主要手段,对于发病率较高的直肠癌行前切除或经腹会阴联合切除是治疗的标准术式。有人认为积极严格的扩大根治术可以提高大肠癌的5年生存率^[12]。低位直肠癌的保肛手术既要考虑肿瘤的位置、又要重视肿瘤对肠腔及周围组织侵犯的程度、是否与盆壁固定以及病理分化等情况,严格掌握指征,不能因为患者年青而放松保肛指征。青年人大肠癌患者大多不伴有重要脏器疾病,对手术及麻醉耐受性较强,因此对于肿瘤能够切除的患者,应尽可能行根治性手术。而对于有肠梗阻的患者,应充分做好术前准备,术中行肠道灌洗,术后定期扩肛,加强营养,合理使用抗生素,可以行一期切除吻合术。青年人大肠癌无论是根治手术还是姑息性手术,只要条件许可都应接受综合治疗,如术前、术后放、化疗及门静脉插管化疗。本

组均行手术治疗,结肠癌行根治性切除的3年生存率为58.2%,5年生存率为31%;直肠癌行根治性切除的3年生存率为40.5%,5年生存率为18%;结、直肠癌行姑息切除的3年生存率均为10%,均在5年内死亡;捷径吻合和结肠造瘘者均在半年内死亡。

青年人大肠癌的发病率在逐渐上升,而其临床表现不典型,误诊率高,确诊晚,恶性程度高,预后差。为此大力普及大肠癌知识,提高医患双方的认识,减少误诊、漏诊,加强普查的力度,才能提高早期诊断率,只有获得早期诊断,并积极的行根治性手术,同时加强综合治疗才是提高青年人大肠癌生存率的关键。

参考文献:

- [1] 莫善兢. 大肠癌[M]. 上海:上海科学技术出版社, 1984. 204-230.
- [2] O'Connell JB, Maggard MA, Liu JH, *et al.* Rates of colon and rectal cancers are increasing in young adults [J]. *Am Surg*, 2003, 69(2): 866-872.
- [3] 莫善兢. 青年大肠癌[J]. *实用肿瘤杂志*, 1990, 5(2): 125-126.
- [4] 郝朗松, 屈振繁, 代全武, 等. 青年大肠癌105例临床分析. *临床外科杂志* [J]. 2005, 13(1): 59-60.
- [5] O'Connell JB, Maggard MA, Livingston EH, *et al.* Colorectal cancer in the young [J]. *Am J Surg*, 2004, 187(3): 343-348.
- [6] 于皆平. 纤维结肠镜临床应用技术[M]. 长沙:湖南科技出版社, 1990. 186-190.
- [7] Gonzalez EC, Roetzheim RC, Ferrante JM, *et al.* Predictors of proximal vs. distal colorectal cancers [J]. *Dis Colon Rectum*, 2001, 44(3): 251-258.
- [8] West DW, Slattery ML, Robison LM, *et al.* Dietary intake and colon cancer: sex- and anatomic site-specific associations [J]. *Am J Epidemiol*, 1989, 130(11): 883-894.
- [9] 于皆平. 纤维结肠镜临床应用技术[M]. 长沙:湖南科技出版社, 1990. 186-188.
- [10] Stuntz M, Wilmoth G, Ong J, *et al.* Use of intraperitoneal 5-fluorouracil and chlorhexidine for prevention of recurrence of perforated colorectal carcinoma in a rat model [J]. *Dis Colon Rectum*, 1997, 40(9): 1085-1088.
- [11] Beaujard AC, Glehen O, Caillot JL, *et al.* Intraperitoneal chemohyperthermia with mitomycin C for digestive tract cancer patients with peritoneal carcinomatosis [J]. *Cancer*, 2000, 88(11): 2512-2519.
- [12] Okuno M, Ikehara T, Nagayama M, *et al.* Colorectal carcinoma in young adults [J]. *Am J Surg*, 1987, 154(3): 264-268.