

文章编号:1005-6947(2007)10-1030-02

· 临床报道 ·

直肠癌根治术后局部复发原因的初步探讨:附49例报告

高明¹, 吕永添², 陈双², 张育超², 伍衡², 蔡媛璇²

(1. 暨南大学附属第一医院外科, 广东 广州 510630; 2. 中山大学附属第二医院外科, 广东 广州 510120)

摘要:为探讨影响直肠癌术后局部复发的因素,笔者对49例直肠癌根治术后局部复发患者的临床资料进行回顾性分析。结果显示,本组男性31例(62.3%);DukesB期以上者45例(91.8%);Dixon术后复发30例(61.2%),Miles术后复发19例(38.8%);未行综合治疗或未能完成综合治疗计划者38例(77.6%)。提示术后局部复发与性别、肿瘤病期、手术方式及综合治疗有关。手术的彻底性及以手术为主的综合治疗是减少术后局部复发的可控因素。

[中国普通外科杂志,2007,16(10):1030-1031]

关键词: 直肠肿瘤/外科学; 局部复发; 局部

中图分类号: R 735.37

文献标识码: B

直肠癌是我国常见的消化道恶性肿瘤,其治疗以手术为主。直肠癌切除术后局部复发是造成治疗失败的主要原因。笔者两医院自1985年10月—1999年12月共收治直肠癌根治术后局部复发患者61例,有完整随访资料者49例。现将49例患者的病例资料分析如下,旨在探讨直肠癌切除术后局部复发的原因。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男31例,女18例;年龄26~79岁,中位年龄48.2岁。首次手术前症状出现至诊断的时间为5d至18个月(平均1.3个月)。就诊时主诉便血者21例,排便习惯改变8例,大便变形8例,里急后重7例,体检发现5例。其中23例(46.9%)肿瘤位于齿状线附近,13例(26.5%)肿瘤已浸润肠腔1周。2例有肿瘤家族史者。38例(77.6%)外周血癌胚抗原(CEA)增高。

1.2 原发肿瘤的诊断

主要通过肠镜检查及腹部CT或磁共振显像检查诊断,43例有病理标本确诊。

1.3 前次手术治疗方法

49例前次手术均施行根治手术切除,其中行Miles19例,Dixon30例(包括全直肠系膜切除术3例)。术中输血21例(42.9%),输血200ml~1600ml。32例(65.3%)接受综合治疗,单纯化疗18例,腹腔置管化疗5例,门静脉插管化疗4例;术前放疗4例;术后放疗9例;放疗加全身化疗11例,单纯中药治疗3例。未行综合治疗或未能完成综合治疗计划者38例(77.6%)。

2 复发相关因素分析

2.1 复发肿瘤的临床病理参数

本组复发肿瘤患者首次手术的临床病理参数:乳头状管状腺癌27例,黏液腺癌9例,印戒细胞癌4例,乳头状管状腺癌混合9例。肿瘤Dukes分期A期4例,B期29例,C期16例,B期以上者45例(91.8%)。

2.2 复发时间及部位

局部复发距前次手术的时间为0.5年~5.3年,平均复发时间21个月。术后复发者中,首次行Dixon术者30例,复发部位位于盆腔21例,吻合口9例,同时伴有远处肝转移3例,肺转移2例,腹股沟转移2例。首次行Miles术者19例:复发部位位于盆腔内11例,会阴部8例,侵犯阴道壁或前列腺3例,发生远处肝转移2例,肺转移2例。

3 讨论

直肠癌术后约有5%~45%的患者出现术后局部复发^[1],复发率差异悬殊的原因很多,对术后局部复发概念的认识不同是其中之一。目前倾向于直肠癌治愈性手术后随访过程(不少于2年)中原发肿瘤部位或手术野发现与原发瘤病理相同的癌灶,无论是否有远处转移即可视为复发。笔者认为不论2年以内或以上时间在原发肿瘤部位或手术野出现的复发,肿瘤的残留或小的癌灶遗留都是根本原因,就诊的早晚、检查手段的灵敏度等诸多因素影响确定诊断的时间,因此划定2年的界限意义不大。本组病例复发时间为0.5~5.3年。

影响直肠癌根治术后局部复发的因素很多。癌肿部位是其中因素之一,由于腹膜返折平面以下直肠无浆膜,该段直肠肿瘤一旦累及肠壁全层,容易向周围浸润且不易彻底清除^[2]。本组23例(46.9%)肿瘤位于齿状线附近,说明原发肿瘤位置较低术后局部复发的可能性越大。因男性骨

收稿日期:2006-06-28; 修订日期:2007-09-03。

作者简介:高明,男,山东广饶人,暨南大学附属第一医院主治医师,主要从事胃肠道肿瘤综合治疗方面的研究。

通讯作者:高明 E-mail:jdfsy@163.com

盆相对狭小,盆腔内及前列腺等器官一旦受浸润处理更加困难,这可能是男性更易于出现局部复发的原因之一。本组资料中男性占总数的63.3%(31/49)。

病期越晚术后越易复发。本组49例中DukesB期以上者45例(91.8%),提示早期诊断、早期手术对减少直肠癌切除术后局部复发的重要性。

由于本组资料初次手术由多家医院的多位外科医生进行,手术操作标准不统一,操作与复发的关系不能提示。但其中多数病例来自于二级以下医院,考虑这些医院手术的规范性欠佳是其中的原因。笔者的体会是手术过程中要严格掌握肿瘤切除的无瘤操作原则。传统观点认为用肉眼及手触摸感觉可判断淋巴结转移情况,但有学者提出,肿大的淋巴结不一定是肿瘤转移,而术中未探及肿大淋巴结也不一定说明肠系膜淋巴结无转移^[3]。本组复发多位于盆腔、吻合口等局部,而同时合并远处转移者仅为总数的1/6,推测其原因主要是局部切除范围不够。有研究发现,直肠癌约有30%的病例直肠系膜中存在癌细胞沉着,20%在直肠系膜中存在癌细胞播散^[4],所以直肠癌根治性切除术应包括切除原发灶及足够的上下正常肠管、周围结缔组织及全部直肠系膜,清扫全部引流淋巴结。术毕用温热蒸馏水及5-氟尿嘧啶溶液灌洗,冲洗盆腔,尽量减少盆腔内脱落的癌细胞残留。

手术方式的选择也是影响根治性手术后局部复发的因素。本组病例主要是Dixon术后复发的病例,次之为Miles术后复发。近年来由于对生活质量的要求提高,不具备保肛条件要求保肛手术的患者增多,因此局部复发率有所增加。本组近期局部复发的4位患者均为直肠原发癌肿位置较低,不具备保肛条件而患者自己强烈要求行Dixon手术者。

全直肠系膜切除术(TME)可降低直肠癌手术后局部复发率。国外资料显示非TME手术的局部复发率是11.7%~37.6%,而TME手术后是1.6%~17.8%^[5]。本组3例为TME手术后复发的病例,占本组病例数的6.0%。但规范的TME手术需一定的时间才能掌握,不同操作者把握的尺度也有差别。

笔者认为选择合理的术式及规范手术是降低直肠癌术后局部复发的可控因素。随着人们对生活质量的要求提

高,患者千方百计要求保肛手术的比例增加,但临床医生要结合患者的具体情况,不能单纯为追求保肛而保肛,要向患者说明复发所带来的痛苦和经济负担的代价是非常沉重的。

以手术为主的综合治疗对减少术后局部复发有重要意义。近来认为,直肠癌属于放疗敏感的肿瘤,放射治疗是除手术之外第二位的有効治疗方法^[6],尤其对肿瘤术后局部复发的防治有一定作用。直肠癌位于盆腔内,一旦癌肿穿透肠壁,侵入直肠周围组织后,单纯依靠手术切除无法达到彻底根治的目的,放射治疗有助于清除沉积在盆腔内癌细胞。本组病例中有38例(77.6%)为术后未行综合治疗或由于各种原因没有完成原定的整体治疗计划的情况者,说明部分临床医师和/或患者对直肠癌综合治疗的认识严重不足。

笔者认为,早期发现早期治疗、选择合理的手术方式、规范操作过程、以手术为主的综合治疗有利于减少直肠癌术后局部复发。

参考文献:

- [1] Compton CC. Pathologic prognostic factors in the recurrence of rectal cancer [J]. *Clin Colorectal Cancer*, 2002, 2(3):149-160.
- [2] 何云. 直肠癌术后局部复发的原因及预防、治疗对策 [J]. *中国普通外科杂志*, 2006, 15(2):131-133.
- [3] Fujita S, Yamamoto S, Akasu T, et al. Lateral pelvic lymph node dissection for advanced lower rectal cancer [J]. *Br J Surg*, 2003, 90(12):1580-1585.
- [4] Zheng YC, Tang YY, Zhou ZG, et al. Tumor micrometastases in mesorectal lymph nodes and their clinical significance in patients with rectal cancer [J]. *World J Gastroenterol*, 2004, 10(22):3369-3373.
- [5] Kapiteijn E, van de Velde CJ. The role of total mesorectal excision in the management of rectal cancer [J]. *Surg Clin North Am*, 2002, 82(5):995-1007.
- [6] Saltz LB, Minsky B. Adjuvant therapy of cancers of the colon and rectum [J]. *Surg Clin North Am*, 2002, 82(5):1035-1058.

· 读者 · 作者 · 编者 ·

有关作者署名的要求

作者应具备以下3个条件:(1)参与选题和设计,或参与资料的分析和解释者;(2)起草或修改论文中关键性理论或其他主要内容者;(3)能对编辑部的修改意见进行核修,在学术界进行答辩,并最终同意该文发表者。作者中如列有外籍作者,应征得外籍作者本人书面同意。每篇论文作者的排序应在投稿时确定,并按排序签字,单位盖章,在编排过程中不作更动。作者姓名在文题下按序排列,一般不超过6位;文献标识码为A, B, C, D的文章,应标作者的工作单位,包括单位全称、所在省市及邮政编码。文章的第一作者应提供简介。简介内容为:出生年、性别、民族(汉族可省略)、籍贯、职称、学位、简历及研究方向。文章的通讯作者必须提供联系地址、电话、E-mail等。