

文章编号:1005-6947(2007)04-0394-02

· 临床报道 ·

直肠癌根治术后复发 29 例临床分析

王明华, 赵不非, 曲志军

(北华大学附属医院 普通外科, 吉林 吉林 132011)

摘要:为探讨直肠癌根治术后复发的原因和对策,笔者回顾性分析218例直肠癌手术后29例复发患者的临床资料。复发时间为3.6个月~7年,中位数为19个月。包括局部切除1例,术后复发时间4个月;Miles术11例,Dixon术17例,复发时间分别为21,19.5个月。复发病例中管状腺癌19例,黏液腺癌6例,乳头状癌2例,未分化癌1例,混合型1例;属DukesA期1例,B期15例,C期13例。复发部位主要在吻合口、盆腔会阴部及远处转移。提示直肠癌根治术后复发与根治不彻底,以及肿瘤分期、病理类型、围手术期处理不当等多种因素有关。术后综合治疗能提高患者的生存率。

[中国普通外科杂志,2007,16(4):394-395]

关键词: 直肠肿瘤/外科学; 肿瘤复发; 肿瘤转移

中图分类号: R735.37; R73-37

文献标识码: A

直肠癌的治疗效果仍不满意,术后复发率高,5年生存率低。我院自1999年1月—2005年12月手术切除直肠癌218例。术后随访3月至7年,发现29例直肠癌术后复发和/或转移,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组收集腹膜返折附近或以下直肠癌根治术复发再入院患者29例(均为本院手术后的病例),其中男16例,女13例;年龄31~72岁,中位年龄49岁。病理类型:管状腺癌19例,黏液腺癌6例,乳头状腺癌2例,未分化癌1例,管状伴未分化癌1例。原术式:(1)局部切除1例,为齿状线以上2.0cm处息肉样癌,大小为2.5cm×2.5cm,肿瘤侵及浅肌层,属DukesA期,术后行化疗,4个月后发现距肛门8.5cm处有2.0cm×2.0cm肿块,病理证实为中分化腺癌,后行Dixon手术。(2)17例Dixon术采用双吻合器完成,癌肿距肛门5.5~12.0cm,属DukesB期10例,DukesC期7例。据TNM分期, $T_3N_0M_0$ 10例, $T_3N_1M_0$ 5例, $T_4N_2M_0$ 3例;下切缘距肿瘤均大于2.5cm,上切缘大于15.0cm,复发时间为3个月至7年,中位数19.5个月;表现为吻合口伴周围浸润10例,吻合口浸润3例,吻合口伴肝转移3例,肺转移1例。(3)11例Miles术患者肿块距肛门8.0cm以下,属DukesB期6例,DukesC期5例; $T_3N_0M_0$ 6例, $T_3N_1M_0$ 2例, $T_4N_2M_0$ 3例。术后复发时间为4个月至4年,中位数21个月;表现为盆腔会阴部复发9例,盆腔伴肝转移2例。

1.2 复发肿瘤的治疗

1.2.1 手术治疗 1例局部复发者再行前切除术;17例Dixon手术,3例吻合口复发者,再行前切除术;吻合口复发伴周围浸润10例中,7例行Miles手术,3例行结肠造瘘术;伴远处转移者,行单纯结肠造瘘及化疗。11例Miles术复发患者,6例行会阴部切除(1例未关闭会阴部切口),阴道后壁及会阴部切除1例,前列腺及膀胱切除1例,会阴部及盆腔肿块切除1例,2例行结肠造瘘术。

1.2.2 术后化疗 本组17例行术后化疗,化疗方案为5-FU+丝裂霉素+阿霉素,5-FU600mg/m²静脉滴注,第1,8,29,36天;阿霉素30mg/m²静脉滴注,第1,29天,丝裂霉素10mg/m²静脉注射第1天,每8周为1疗程,连用5个疗程。

2 结果

本组手术均成功。术后并发症为吻合口瘘1例,会阴淋巴瘘1例,造瘘口感染1例,均经对症治疗治愈,围手术期死亡1例,死于肺内感染。术后存活的28例中,随访27例(96.4%),1例失访,随访时间2~5年,每3~6个月复查1次。本组1,3,5年生存率分别为100%(28/28),52.6%(10/19),26.3%(5/19)。

3 讨论

3.1 术后复发的几种因素

(1)根治不彻底 直肠癌术后复发最常见的部位是吻合口、盆腔会阴部,远处转移最常见的部位是肝,其次为肺,局部切除范围不足,淋巴清扫不彻底是导致根治不彻底的主要原因。传统的手术在剪开腹膜返折线分离肿块过程中,不少医生常担心骶前静脉大出血,损伤输尿管、损伤盆腔神经;加上盆部特殊解剖位置,造成切除范围不足,尤其

收稿日期:2006-06-15; 修订日期:2007-02-28。

作者简介:王明华,男,吉林省吉林市人,吉林省北华大学附属医院副主任医师,主要从事胃肠肿瘤方面的研究。

通讯作者:王明华 E-mail:WMHDXX@sina.com

是侧方向淋巴结清除不足,本组11例Miles术根治后,11例盆腔均有复发灶,部位包括骶前、盆侧壁、输尿管周围、盆骶会阴等,7例表现为多处肿块,复发肿块大多与周围组织浸润粘连、多与周围组织切除不足,淋巴结清除数量不足,特别是侧方向清除不足等有关。11例复发患者从CT片上可发现6例盆侧壁淋巴结肿大。11例标本中淋巴结最多16枚,最少仅4枚。而侧方向淋巴结清扫彻底,直肠癌5年生存率可从46.7%提高到73.5%,尤其DukesC期的直肠下段癌较未行侧方清扫其5年生存率可由40.2%提高到54.7%。局部复发率由31.6%降至14.3%^[1],Dixon术后复发最常见的部位是吻合口,本组17例中有16例为吻合口复发。自双吻合器应用以后,Dixon术适应证较前放宽;保肛手术也较受患者欢迎,加上医生的主观愿望,不少应该行Miles术的患者改行Dixon,甚至所谓超低位Dixon术,吻合口复发意味着切缘长度不足,尤其是远端切除不够,本组17例Dixon术后复发者中,远端切缘虽>2.5mm,但手术操作时难免会捏挤、牵拉,前者会使癌细胞扩散,后者易使切缘长度造成误差,加上标本固定后实际距离回缩短,一些切缘会缩短,一些切缘已“足够”的患者实际上达不到根治要求,因此术中作快速切片是必要的,可免除切缘阳性。局部切除的根治性相对较差,适应证也难掌握,局部切除仅适用于局限于浅肌层的高分化腺癌,本组1例手术后4个月即发现直肠壁上肿块复发,可能与种植或转移有关。

(2)病理类型及分期 分化良好的腺癌以淋巴转移为主,发展相对较慢,而黏液腺癌,低分化腺癌局部浸润力较强,本组复发的时间较短的患者多数为黏液腺癌或未分化腺癌。再者,T₄N₂M₀以上患者根治效果较差,本组6例患者,均在术后8个月内复发。有报道^[2]淋巴结转移数目超过5个以上,术后局部复发率显著增加。Eu^[3]统计278例直肠癌根治患者,5年复发DukesA、B、C、D期分别为0.5.7%、14.6%、22.3%。本组DukesC期复发平均时间11.5个月,较DukesB期22个月明显要短。组织学检查发现阴性淋巴结中有40%左右已有微转移^[7],因此,TME在直肠癌手术中实属必需,周围脂肪组织的切除要超过肿瘤下缘5cm。

(3)其他相关因素 术前逆行灌肠可导致肠壁水肿,癌细胞脱落扩散,有可能增加复发机会^[2]。本组29例患者第一次手术前均作过逆行灌肠,另外手术中不严格掌握无瘤操作易使癌细胞扩散、种植。本组有2例复发部位在盆

腔腹壁,可能与癌细胞脱落种植有关。

本组在根治术后,常规行术后全身化疗9例,化疗加放疗8例,无辅助治疗12例,其平均复发时间无统计学差异,但有文献^[4]报道辅助治疗能减低复发率,提高5年生存率。

3.2 复发患者的综合治疗

直肠癌术后复发预后不良,然而积极采用综合治疗能提高生存率。非手术治疗平均生存期7~8个月,5年生存率<4%,完全切除者5年生存率可达25%~30%^[5]。直肠癌术后复发能否手术主要取决于两个因素:一是复发病变的范围和部位,通常局限的复发病变再手术可能性大,不应轻易放弃;二是患者的全身状况。Dixon术后复发可再次行更低位的Dixon术或Miles术。后盆腔脏器切除与全盆腔脏器切除术可大大提高术后生存率,缺点是创伤大,术后并发症如大出血、输尿管损伤、会阴部巨大死腔感染等相应增加。会阴及切口的复发可行局部切除。对不能根治者行局部切除,可减轻肿瘤负荷,术后给予放化疗,可延长生存期。目前常用的化疗方案是5-FU+CF方案,先前未接受化疗者有效率7%~58%^[6]。放疗可采用“三明治”式放疗。另外,笔者认为,免疫治疗,中医中药治疗在一定程度上能缓解病人疼痛及放化疗后不良反应,可以提高生活质量。

参考文献:

- [1] 黄筵庭,王正康.腹部外科新手术[M].北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社,1996.79-80.
- [2] 黄祥成,吴承堂,闻英,等.直肠癌Dixon术后局部复发60例临床分析[J].中国实用外科杂志,1999,19(6):353-355.
- [3] Eu KW, Seow-Chone F, Ho JM, et al. Local recurrence following rectal resection for Cancer [J]. JR Coll Surg Edinb, 1998,43(5):393-396.
- [4] 骆明德,张一楚.大肠癌复发及转移的预防与治疗[J].中国实用外科杂志,2000,20(3):186-187.
- [5] 程学斌.直肠癌术后复发再治疗的探讨[J].腹部外科,1999,12(4):179-180.
- [6] Machover D. A comprehensive review of 5-fluorouracil and leucovorin in patients with metastatic [J]. Cancer,1997,80(7):1179-1180.
- [7] 袁和祥,赵志青.直肠癌根治术后复发31例临床分析[J].腹部外科,2000,13(6):368-369.