

文章编号:1005-6947(2006)02-0129-02

· 临床研究 ·

直肠类癌 36 例外科治疗体会

雷三林, 冯大作, 赵华, 胡辅珍, 齐海智, 李铁钢, 刘国清

(中南大学湘雅二医院 普通外科, 湖南 长沙 410011)

摘要:目的 探讨直肠类癌外科治疗的合理方法及疗效。方法 回顾性分析 36 例直肠类癌病例的临床资料。结果 随访(82.6 ± 63.4)个月。小于 1 cm 的 20 例手术切除后无一复发, 1 ~ 2 cm 的 9 例有 3 例复发, 大于 2 cm 的 7 例中 3 例因类癌肝转移死亡。结论 肿瘤直径大小可粗略地判断直肠类癌潜在恶性程度, 以 TNM 分期来决定手术方式简单、实用, 值得推荐。

关键词: 直肠肿瘤/外科学; 类癌瘤/外科学

中图分类号: R735.37; R730.261 **文献标识码:** A

Surgical treatment of rectal carcinoid: a report of 36 cases

LEI San-lin, FENG Da-Zuo, ZHAO Hua, HU Fu-zhen, QI Hai-zhi, LI Tie-gang,
LIU Guo-qin

(Department of General Surgery, the Second Xiangya Hospital, Central South University, Changsha 410011, China)

Abstract: Objective To investigate the rational method of treatment of rectal carcinoid and its outcome. **Methods** The clinical data of 36 cases of rectal carcinoid were retrospectively analysed. **Results** During a follow-up of 82.6 ± 63.4 months, there were no cases with recurrence among the 20 patients with tumor size < 1 cm, 3 cases with recurrence in the 9 patients with tumor size between 1 to 2 cm, and there were 3 cases who died from liver metastasis among the 7 patients with tumor size > 2 cm. **Conclusions** Tumor diameter can be used to estimate the degree of malignancy of rectal carcinoid. TNM staging is simpler and practical for deciding the method of surgical treatment.

Key words: Rectal Neoplasms/surg; Carcinoid Tumor/surg

CLC number: R735.37; R730.261 **Document code:** A

类癌细胞属胺前摄取脱羧(APUD)细胞系统,源自外胚叶的神经脊细胞,大部分位于消化道。直肠类癌的生物行为偏向良性,多属非嗜银性,不会分泌生物活性物质,临床上无类癌综合征表现^[1]。本文就 36 例直肠类癌患者的临床资料进行回顾性分析,以探讨直肠类癌合理的外科治疗方法。

1 临床资料

1.1 临床资料

我科 1978 年 10 月—2002 年 10 月治疗直肠类

癌患者 36 例,其中男 20 例,女 16 例;年龄 28 ~ 64 (平均 42.6)岁。临床表现:8 例(22.2%)有大便习惯改变,4 例(11.2%)有大便带血。肛门指检中扪及位于黏膜或黏膜下,从绿豆至核桃大小的单发结节,表面光滑、质硬、边缘清,退出指套无血迹,本组肿块最小仅 4 mm,最大为 60 mm;其中小于 1 cm 者 20 例,1 ~ 2 cm 者 9 例,大于 2 cm 者 7 例。在内镜下,为距肛门缘 3 ~ 9 cm 处黏膜或黏膜下黄白色结节,无蒂或亚蒂,表面有完整上皮覆盖,行活检或局部切除病检证实为类癌。

1.2 肿瘤的 TMN 分期

小于 1 cm 的 20 例中侵犯肌层 2 例;1 ~ 2 cm 的 9 例中侵犯肌层 4 例,周围淋巴有转移 1 例;大于 2 cm 的 7 例中均超出黏膜下,5 例有淋巴结转移,2 例伴肝转移,其中 1 例伴乙状结肠腺癌。按 TNM 分期 I 期 23 例,II 期 5 例,III 期 6 例,IV 期 2 例(表 1)。

收稿日期:2005-03-04; 修订日期:2005-12-08。

作者简介:雷三林,男,湖南永州人,中南大学湘雅二医院主治医师,博士,主要从事普通外科及胃肠肿瘤方面的研究。

通讯作者:电话:0731-5295122(O); E-mail:lsl1213@sohu.com。

表1 36例直肠类癌的肿瘤直径和TNM分期

肿瘤直径 (mm)	例数(%)	分期				
		T ₁	T ₂	T ₃ /T ₄	N ₁	M ₁
<10	20(55.6)	18	2	0	0	0
10~20	9(25.0)	5	4	0	1	
>20	7(19.4)	0	2	5	5	2
合计	36(100.0)	23	8	5	6	2

注:T₁黏膜或黏膜下;T₂侵犯肌层;T₃浸润肠壁全层;T₄累及周围组织;N₁周围淋巴有转移;M₁有远处转移

2 治疗方法和随访

本组内镜下电切9例,均为I期患者;经肛门局部切除术19例中I期14例,II期5例;Miles术3例中III期2例,IV期1例;直肠前切术5例中III期4例,IV期1例。本组术后获随访2~12年,平均为(82.6±63.4)个月,内镜下切除9例中有1例于术后6个月复发,行局部扩大切除后未复发。经肛门局部切除术19例中2例(II期)于术后6,9个月局部复发,行根治性切除后无复发。行根治手术的8例中1例(III期)术后4年死于肝脏转移,2例(IV期)术后1年内因肝脏转移而死亡(表2)。

表2 36例直肠类癌外科治疗方法和随访结果(n,%)

治疗方法	例数	局部复发例数	随访中死亡例数
内镜下电切	9(25.0)	1(11.1)	0(0)
经肛门楔形切除	19(52.7)	2(11.1)	0(0)
经腹前切除	5(14.0)	0(0)	2(40.0)
Miles手术	3(8.3)	0(0)	1(33.3)
合计	36(100)	3(8.3)	3(8.3)

3 讨论

类癌是一种生长缓慢,但有浸润生长、转移迟、偶能经淋巴和血道转移的嗜银细胞瘤。1914年Gossett揭示这种肿瘤的细胞核具有嗜银染色,并指出类癌来自肠黏膜上皮的Kulchizky细胞,位于后肠的直肠类癌多属非嗜银性^[2]。直肠类癌发病率较低,约占消化道类癌17%~25%^[3]。笔者认为,临床上类癌之所以少见,可能是由于其发展缓慢,症状不明显有关。该病虽发病率低,但亦具有转移复发的潜能,因此应提高对本病的认识,对于发现直肠的小结节,应切除送活检。

据报道,发生复发和转移者,与肿块大小、浸润程度、组织类型、有无转移及手术方式有关^[4]。本组病理组织学类型以腺样癌多见(22例,61.1%),其次为实心围块型(9例,25.0%),混合型(4例,11.2%)和条索型(1例,2.7%)。一

般以浸润的深度和多形性细胞的大量黄型样变来确定分级^[5]。笔者体会,临床上活检前可粗略判定类癌的性质,小于1cm者可视为良性,1~2cm者可视为交界性,而大于2cm者视为恶性。从本组病理结果看来,有17例直径小于1.0cm,采用局部切除无复发;有9例肿瘤直径为1~2cm,其中3例复发,病理证实有肌层浸润;7例肿瘤直径大于2.0cm,行根治性切除术。其中2例肿瘤直径为2cm的患者术后病理检查见肿瘤浸润至肌层,但未见类癌转移;5例肿瘤直径大于2.5cm,术后病理检查发现有淋巴结转移。临床实践证明,此种方法简单、实用,值得推荐。

手术切除肿瘤是治疗直肠类癌的有效手段。分为侵袭性小的术式和根治性手术两大类。本组多采用侵袭性小的局部切除28例(77.8%),包括内镜下电切9例和经肛门楔形切除19例。这种手术较安全可靠,但有术后局部复发病例。内镜下切除9例中有1例复发,对于有亚蒂的直肠类癌(息肉样外观)及大于1cm的肿瘤内镜下电切,因切除范围有限,最好追加扩大切除。对低位的直肠类癌,因其多在8cm内,故经肛门切除术较为方便,但切除部位应尽量距肿瘤边缘1cm上,才能避免切缘有癌。本组此手术后有2例局部复发,可能与切除不充分有关。因此,作局部切除时切缘有必要行快速切片以确定切除是否充分,及是否有肌层浸润,后行根治手术加化疗,即使肿瘤复发,也应积极酌情再次探查,争取根治性切除。本组根治手术8例,7例肿瘤直径均大于15mm,无远处转移行前切除术4例和Mile手术3例,效果尚佳,但有1例术后4年死于肝脏转移,提示即使行根治术后,也须行化疗。有肝转移的2例即使行转移灶切除,术后1年内仍死于肝转移,提示预后不良。直肠类癌术后有复发倾向,还可能伴有同时或异时第二种原发癌,有报道^[6]高达46%,应密切随访和复查。

参考文献:

- [1] 李允山. 普外科临床进修手册[M]. 长沙,湖南科学技术出版社,1998. 415-416.
- [2] Creutzfeld W. Carcinoid tumors: development of our knowledge [J]. World J Surg, 1996, (20): 26-31.
- [3] 钱礼. 现代外科学[M]. 浙江科学技术出版社, 1991. 217-268.
- [4] Mani S, Modlin I, Ballantyne G, et al. Carcinoids of rectum [J]. Am Coll Surg, 1994, (179): 231-235.
- [5] Modlin I M, Lye K D, Kidd M. A 5-decade analysis of 13715 carcinoid tumors [J]. Cancer, 2003, 97(4): 934-959.
- [6] Sjoblom SM. Clinical presentation and prognosis of gastrointestinal carcinoid tumor [J]. Scand J Gastroenterol, 1986, 23(3): 779-782.