

文章编号:1005-6947(2008)04-0333-03

· 结直肠癌专题研究 ·

# 经直肠前括约肌径路治疗直肠绒毛状腺瘤的方法评价

何远翔, 王为民, 查玮, 王强

(第二军医大学长征医院 普通外科, 上海 200003)

**摘要:**目的 探讨经直肠前括约肌径路治疗直肠绒毛状腺瘤的安全性和价值。方法 回顾性分析6年半内收治的经直肠前括约肌径路手术切除直肠绒毛状腺瘤17例患者的临床资料。其中绒毛状腺瘤癌变6例。肿瘤下缘距肛缘5~8 cm, 平均7 cm, 瘤体直径2~5 cm。结果 17例肿瘤均获完整切除, 切缘均阴性。患者均保留了排便、排尿及性功能, 无术后并发症。6例恶变者术后病理分期: pT<sub>is</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>期3例, pT<sub>1</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>期2例, pT<sub>2</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>期1例。全组平均随访46个月, 无肿瘤复发。结论 经直肠前括约肌径路是治疗直肠绒毛状腺瘤及其早期癌变的一种安全可靠手术方式, 尤其适用于位于直肠中段较大的病变。 [中国普通外科杂志, 2008, 17(4):333-335]

**关键词:** 直肠肿瘤/外科学; 腺瘤, 绒毛状; 经括约肌途径

**中图分类号:** R 735.3

**文献标识码:** A

## Evaluation of the anterior transsphincteric removal of rectal villous adenoma

HE Yuanxiang, WANG Weimin, ZHA Wei, WANG Qiang

(Department of General Surgery, Changzheng Hospital, the Second Military Medical University, Shanghai 200003, China)

**Abstract: Objective** To evaluate the value and safety of the anterior transsphincteric operation for treating rectal villous adenoma. **Methods** The clinical data of 17 cases with rectal villous adenoma, including 6 cases with malignant change, operated by anterior transsphincteric approach at Changzheng hospital, from February 2000 to August 2006, were analyzed retrospectively. The distance between the anal verge and the lower margin of the tumor was 5~8 cm (average 7 cm). The tumors were 2~5 cm in diameter. **Results** The rectal villous adenoma was completely removed with negative resection margins in all the 17 patients. Fecal continence, urinary function and sexual function were preserved successfully in all the patients. No postoperative complications developed. The postoperative pathological stage of rectal villous adenoma with malignant change was pT<sub>is</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub> in 3 cases, pT<sub>1</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub> in 2, and pT<sub>2</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub> in 1. At a median follow-up of 46 months, no patients had recurrence. **Conclusions** Anterior transsphincteric approach is useful and safe for operation of rectal villous adenomas and those with early malignant change. It is particularly valuable for large midrectal villous adenoma. [Chinese Journal of General Surgery, 2008, 17(4):333-335]

**Key words:** Rectal Neoplasms/surg; Adenoma, Villous; Transsphincteric Approach

**CLC number:** R 735.3

**Document code:** A

直肠绒毛状腺瘤是一种公认的癌前病变,原

则上应早期手术切除<sup>[1]</sup>。对于其发生在中低位直肠内较大的病变,由于部位的特殊性,加上术前不易准确判断其是否已经发生癌变,如何恰当地选择手术方式,达到既切除彻底,又保留肛门及其括约肌功能的目的有时颇为困难<sup>[2]</sup>。笔者于2000年2月—2006年8月对17例直肠绒毛状腺瘤患

收稿日期:2007-04-17; 修订日期:2007-11-15。

作者简介:何远翔,男,第二军医大学长征医院主治医师,主要从事消化道肿瘤的基础和临床研究。

通讯作者:王为民 E-mail:wangwmchzh@sohu.com

者施行了经直肠前括约肌径路的局部切除手术,取得满意效果,现报告如下。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

本组男10例,女7例;年龄39~71岁,中位年龄53岁。术前常规行直肠指检和硬性乙状结肠镜检查并取活检。肿瘤下缘距肛缘5~8 cm,平均7 cm。瘤体直径2~5 cm。术前病理诊断:绒毛状腺瘤癌变4例,其中中分化及高分化各2例,术前均经直肠腔内超声检查判别肿瘤浸润深度局限于黏膜及黏膜下层,腔外无肿大淋巴结;绒毛状腺瘤13例。所有病例均行全结肠镜或结肠气钡造影等检查排除同时多原发肿瘤。

### 1.2 手术方法

术前3 d行肠道准备。采用持续硬膜外麻醉或全身麻醉,取截石位。在肛门前方作5~6 cm长横弧形切口;分离直肠与前列腺或阴道间隙,显露肛门外括约肌及直肠前壁;切断肛门外括约肌,对切断的括约肌予以结扎标记以便正确修复对位。辨明病变的部位后,根据病变的大小、范围和累及肠壁的程度决定施以何种手术。如病变累及范围较小,行直肠壁部分切除;如肿瘤在直肠前壁,则在肿瘤周围直接切除;若肿瘤在直肠后壁或侧壁,则在相对应的前壁纵形切开肛管及直肠,显露肿瘤后再行切除。原则上采用与直肠纵轴相垂直的横梭形切除肿瘤,用电刀在距肿瘤缘1 cm外作肠壁全层切除,边切除边缝合。如需作直肠节段切除,则沿直肠由两侧向后方分离,至直肠后壁汇合;纱条牵起已游离的直肠,向上下方继续游离;切除肿瘤区的该段直肠,作直肠-直肠的端端吻合。最后修补括约肌切断处,直肠前间隙留置引流管,并缝合两侧提肛肌。术后禁食、肠内营养,控制排便,应用抗生素。进食后服用石蜡油以润滑粪便保护直肠内创口。

## 2 治疗及结果

### 2.1 治疗方法

本组作直肠壁部分切除14例,直肠节段切除3例。其中4例术中切除病变时进入盆腔操作。切缘均经病理证实无肿瘤细胞残留。术后病理诊断:绒毛状腺瘤癌变6例,瘤体直径3~5 cm,其中中分化及高分化各3例,癌变率为35.3%。

6例癌变分期:pT<sub>is</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>期3例,pT<sub>1</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>期2例,pT<sub>2</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>期1例。1例pT<sub>2</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>期癌肿侵及肠壁固有肌层,患者拒绝再手术,予会阴部和下腹野放疗。2例pT<sub>1</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>期绒毛状腺瘤癌变患者亦行放疗。6例直肠绒毛状腺瘤癌变术前活检阳性率66.7%(4/6)。

### 2.2 治疗结果

2.2.1 手术并发症 本组术后未发生吻合口瘘及切口感染。无手术死亡。术后排便功能早期3~6次/d,1个月内排便基本正常(1~2次/d)。术后3~5 d拔除尿管后排尿功能均正常。患者均自觉性功能与术前无明显变化。

2.2.2 随访 全部17例患者术后均获随访,平均46(6~86)个月,均无肿瘤复发。

## 3 讨论

绒毛状腺瘤发生部位以直肠最多见,往往呈广基状,有时可占据肠腔全周。随着瘤体体积的增大,其恶变的可能性也随之增加;癌变率约为30%,本组为35.3%。其组织生长的特点决定了癌变多表现为局灶性,故活组织检查的阳性率并不高,仅约60%,本组66.7%。但直肠绒毛状腺瘤癌变后恶性程度较低,多为高、中分化,约80%为Dukes A期和B期<sup>[3]</sup>。因此目前临床上采取较为局限手术方式的趋势。由于癌肿局部浸润深度和病理分化程度是决定淋巴播散及远处转移的主要因素<sup>[4]</sup>,因此,直肠绒毛状腺瘤癌变局限于黏膜或黏膜下层,活组织检查示分化良好或中等者,适宜于行局部切除手术。但应注意尽量在肿瘤活检前行直肠腔内超声检查,以避免活检后肿瘤周围组织水肿影响分期的准确性<sup>[5]</sup>。

直肠绒毛状腺瘤手术方式的选择应综合考虑病变的具体部位、大小以及术前活检的病理结果决定,完整切除及恶性病变的切缘阴性是治疗直肠绒毛状腺瘤及恶变的基本要求。为此,术中必须提供良好的显露。目前常见的手术方式有:(1)直肠前切除术,适用于位于直肠中上段较大的广基或无蒂绒毛状腺瘤,其手术创伤较大。(2)经肛门局部切除术,术野显露不佳,操作较困难,仅适用于位于直肠下段的病变。(3)经骶、近似经骶或经肛门括约肌途径切除,适用于直肠中下段绒毛状腺瘤,但术后坐位时不适,且经括约肌切除术需暂时切断耻骨直肠肌,一旦发生感染可

能影响肛门括约肌功能。(4)经肛门内镜微创手术,不受直肠内病变部位的限制,创伤小,显露良好,手术精确;其已成为日本和欧美国家直肠中、上段良性肿瘤和早期直肠癌治疗的标准手术<sup>[6]</sup>。但因设备昂贵,应用范围较小,在国内尚未广泛应用。

1988年Fingerhut<sup>[7]</sup>首先报道经直肠前括约肌径路低位直肠肿瘤切除术,认为此手术可切除肛缘以上15~16cm的肿瘤;1996年张连阳等<sup>[8]</sup>报道4例用于治疗直肠良性病变。笔者将其应用于直肠中下段广基腺瘤的治疗,体会有以下优点:(1)前方分离括约肌不会损伤周围神经和血管供应。本组病例术后均获得满意的性功能和排尿功能。(2)前方入路不需切断耻骨直肠肌,仅是分开原已存在的提肛肌裂隙不会影响肛门控制功能。研究证实,即使切断肛管直肠环,只要予以解剖性修复,患者均可完全恢复肛门的括约功能<sup>[9]</sup>。本组术中切断的肛门外括约肌经正确修复对位,术后排便控制均良好。(3)显露良好,在直视下可彻底切除广基肿瘤。由于本法能同时切除瘤体以外部分正常肠壁,这样即使术前未检出该腺瘤已癌变也不至于遗留病变延误治疗。本组恶变者的切缘均达到阴性。对于最后病理检查证实为黏膜下浸润的病例,术后宜加放射治疗;对于最后证实侵及肠壁固有肌层的病变,由于直肠的固有筋膜未遭破坏,可以遵循全直肠系膜切除的原则在短期(1~2周)内施行根治性手术。对于由于各种原因未再接受根治性手术者,术后应予放疗。本组中1例pT<sub>2</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>期患者因拒绝再次手术而予放疗后随访3年未见复发。同时笔者体会以肿瘤距肛缘10cm以内者为宜,位置过高显露较困难,且可能术中切穿肠壁至盆腔;对肿瘤位于直肠后壁或侧壁的病例术中更易做到直视下整块切除。本手术的主要缺点是污染较严重,容易并发脓肿

及吻合口瘘。本组无并发症发生,与术前高质量的肠道清洁准备关系密不可分。女性患者尚应行阴道准备。对于肠段切除者应上下充分游离肠壁,以减小吻合口张力,防止吻合口瘘发生。

综上所述,笔者以为:对于较大的直肠绒毛状腺瘤和早期癌变的切除,经直肠前括约肌径路手术在术野的显露、手术的彻底性以及手术的创伤等方面均具有优越性,并可最大限度地保留肛门功能,尤其适用于病变部位在直肠中下段的患者。

#### 参考文献:

- [1] 林国乐,依沙克·司马义,吴斌,等. 直肠绒毛状腺瘤手术方式的探讨[J]. 中华胃肠外科杂志,2003,(3): 171-1730.
- [2] Winburn GB. Surgical resection of villous adenomas of the rectum[J]. Am Surg,1998,64(12):1170-1173.
- [3] 吴斌,邱辉忠,唐伟松. 直肠绒毛状腺瘤及腺瘤癌变的外科治疗(附49例临床分析)[J]. 中国医学科学院学报,2000,22(5):479-481.
- [4] 何远翔,王为民,查玮,等. 直肠拖出双吻合器超低位直肠癌保肛术:附46例报告[J]. 中国普通外科杂志,2006,15(12):946-948.
- [5] 范秀萍,黄铁汉. 直肠内超声在直肠癌患者检查中的应用[J]. 中国普通外科杂志,2004,13(4):292-294.
- [6] Demartines N, von Flue MO, Harder FH. Transanal endoscopic microsurgical excision of rectal tumors: indications and results[J]. World J Surg,2001,25(7):870-875.
- [7] Fingerhut A, Rea S, Pourcher J. A new sphincter-splitting operation for surgical access to low-lying tumors of the rectum[J]. Ital J Surg Sci,1988,18(1):49-54.
- [8] 张连阳,张胜本,黄显凯. 经括约肌或尾骨入路的直肠肿瘤局部切除术[J]. 中国普通外科杂志,1996,5(4):199-201.
- [9] 赵广法,师英强. 直肠绒毛状腺瘤经括约肌途径切除的方法评价[J]. 实用癌症杂志,2004,19(3):295-297.