

复发性胃癌再次手术的临床意义

Significance of Reoperation for Recurrent Gastric Cancer

ZU Chao-bing, TAO Hou-quan

祖朝兵¹, 陶厚权²

(1. 宣城市仁杰医院, 安徽 宣城 242000;

2. 浙江省人民医院, 浙江 杭州 310014)

摘要: [目的] 探讨复发性胃癌再次行外科手术治疗的临床意义。[方法] 回顾性分析 1990 年 1 月~2005 年 12 月收治的 103 例复发性胃癌的临床资料。[结果] 103 例胃癌, 复发局限于残胃 45 例, 首次术后 2 年内复发 61 例。全组再手术切除 54 例, 其中根治性切除 43 例, 姑息性残胃切除 11 例, 合并联合脏器切除 25 例。全组再次手术后 1、3、5 年生存率分别为 71.2%、21.6% 和 9.5%, 其中根治性残胃切除术后 1、3、5 年生存率分别为 86.2%、49.1% 和 19.5%, 中位生存期 32.0 个月; 姑息性切除术后 1、3、5 年生存率分别为 45.5%、10.0% 和 0, 中位生存期 15.0 个月; 未切除患者均于 1 年内死亡。[结论] 残胃局部复发癌以残胃、吻合口局部复发及邻近器官浸润为主, 具有较高的切除率, 应积极行再手术治疗。

关键词: 胃肿瘤; 肿瘤复发; 再次手术

中图分类号: R735.2 **文献标识码:** A **文章编号:** 1671-170X(2012)04-263-03

胃癌是我国常见的恶性肿瘤, 其病死率仅次于肺癌、肝癌而位列第 3。进展期胃癌术后 5 年生存率在 40%~50% 之间, 究其原因, 除患者就诊较晚外, 术后肿瘤复发仍是死亡的主要原因^[1]。因此, 加强对胃癌患者术后的随访并积极处理复发性肿瘤显得极为重要。本文对浙江省人民医院收治的 103 例残胃局部复发癌并行手术及其他治疗的病例进行分析, 以探讨复发性胃癌的再次手术治疗价值。

1 资料与方法

1.1 研究对象

1990 年 1 月~2005 年 12 月浙江省人民医院外科共收治 103 例残胃局部复发癌, 其中男性 62 例, 女性 41 例; 年龄 26~84 岁(平均 56.9 岁)。以上腹痛、呕吐、呕血、黑便、黄疸和腹部肿块为主要临床表现者 70 例, 术后常规检查发现复发 33 例。所有病例均行胃镜、CT、钡餐造影、血清肿瘤标志物检查等。胃镜和病理活检均证实为胃癌。CT、钡餐造影检查提示残胃吻合口附近的胃壁增厚、僵硬或充盈缺损等。肿瘤标志物检查, 血清 CEA 或 CA199 升高者 58

第一作者祖朝兵为浙江省人民医院进修医师。
收稿日期: 2011-11-19; 修回日期: 2012-02-21

例。

1.2 首次手术情况

103 例胃癌中, 胃底贲门癌 21 例, 胃体癌 17 例, 胃角小弯癌 18 例, 胃窦部癌 47 例。早期胃癌 6 例, 进展期胃癌 97 例。手术方式包括远端胃癌根治术 57 例, 近端胃癌根治术 14 例, 全胃切除+食管空肠吻合术 32 例。早期胃癌行 D₂ 术, 进展期胃癌均行 D₂⁺ 或 D₃ 术。术后病理结果: 腺癌 67 例, 黏液腺癌 11 例, 印戒细胞癌 25 例。淋巴结转移 69 例, 无转移 34 例。

1.3 复发情况

首次手术后 2 年内复发 61 例 (59.2%), 2~5 年复发 28 例 (27.2%), 5 年以上复发 14 例 (13.6%)。复发局限于残胃 45 例, 胃十二指肠吻合口复发 24 例, 胃空肠吻合口复发 18 例, 食管胃吻合口复发 9 例, 食管空肠吻合口复发 7 例。伴胰腺侵犯 14 例, 肝脏侵犯 9 例, 横结肠侵犯 7 例, 腹腔广泛转移并腹水 12 例, 卵巢种植转移 3 例。胃周围淋巴结均有不同程度转移, 伴腹膜后淋巴结转移 17 例。

1.4 再次手术情况

再次手术切除 54 例, 其中根治性切除 43 例, 包括局限于残胃复发的 38 例和吻合口复发的 5 例, 根

治性切除率为 41.7%(43/103); 姑息性残胃切除 11 例,总的再手术切除率 52.4%(54/103)。再次手术行残胃全切除共 49 例,其中合并联合脏器切除 25 例(包括联合脾切除 6 例,胰体尾及脾切除 6 例,胰体尾、脾脏及横结肠切除 3 例,胰体尾、脾脏及左肝外叶切除 3 例,左半肝切除 2 例,胰十二指肠切除 2 例,双侧卵巢切除 3 例),均行相应的 D₂⁺、D₃ 区域淋巴结清扫术,消化道重建方式为食管空肠 Roux-en-Y 吻合术或非离断式食管空肠 Roux-en-Y 吻合术。未行再次手术切除的 49 例大多为复合型(多部位)复发或晚期胃癌,行肝固有动脉插管皮下置泵术后化疗 5 例,肝转移灶射频治疗 4 例;因胃、肠道梗阻而行残胃空肠吻合 15 例,空肠造瘘 3 例,胆总管引流 6 例,单纯剖腹探查 16 例。

2 结果

2.1 根治性切除率与复发时间的关系

全部复发患者中,61 例于 2 年内复发,行再手术切除 21 例,切除率为 34.4%;28 例在 2~5 年复发,其中 13 例行手术切除,切除率为 46.4%;5 年后复发的 14 例中行再次手术切除 9 例,切除率为 64.3%。不同复发时间组根治性切除率差异具有统计学意义($\chi^2=36.0, P<0.0001$)。

2.2 再手术结果

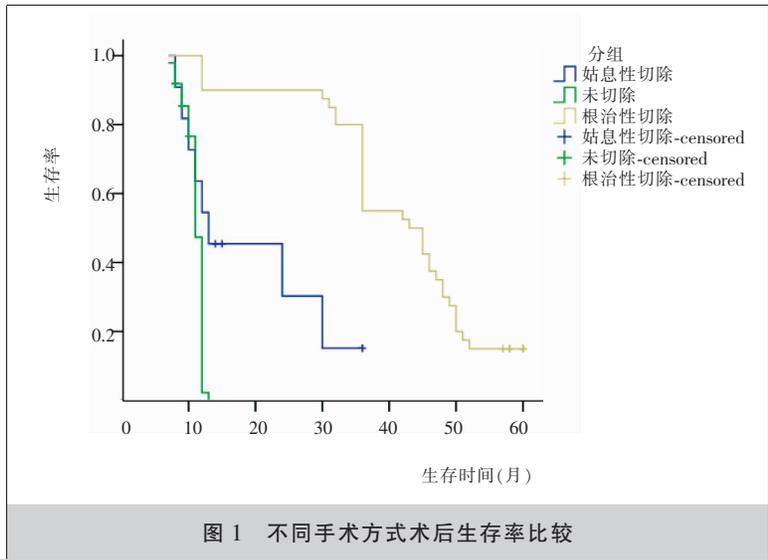
54 例再手术切除患者术后消化道症状均明显缓解。围手术期死亡 4 例(3.9%),分别死于呼吸功能衰竭和多脏器功能衰竭;手术后 37 例(35.9%)出现并发症,其中肺部感染或肺不张 16 例,腹腔感染 8 例,胰瘘 2 例,切口裂开 3 例,切口感染 4 例,泌尿系感染 4 例。

2.3 随访结果

术后随访 94 例,随访率 91.2%。全组再次手术后 1、3、5 年生存率分别为 71.2%、21.6%和 9.5%,其中根治性残胃切除术后 1、3、5 年生存率分别为 86.2%、49.1%和 19.5%,中位生存期 32.0 个月;姑息性切除术后 1、3、5 年生存率分别为 45.5%、10.0%和 0,中位生存期为 15.0 个月。未切除患者均于 1 年内

死亡。根治性切除、姑息性切除和未切除组生存率比较有显著性差异($P<0.0001$)(图 1)。

无症状局部复发组再次手术后中位生存期为 24.4 个月,而有症状复发组再次术后的中位生存期为 13.9 个月。



3 讨论

Otsuji 等^[2]报道一组 1 579 例胃癌根治术后 290 例复发,其中术后 2 年内复发占复发总数的 70%。本组资料中,胃癌术后 2 年内复发者占 59.2%,与文献报道的结果相似。Kim 等^[3]对 738 例胃癌根治术后 110 例复发病例分析表明,无症状者复发时间为术后 27±7.5 个月,有症状者的复发时间为 24±3.3 个月,也提示胃癌根治术后复发时间在 2 年左右,也强调了胃癌术后要定期复查以发现无症状的早期复发病例。关于胃癌术后随访,目前较为一致的意见是:术后 2 年内每 3 个月复查 1 次,2 年后每半年复查 1 次,5 年后每年复查 1 次。复查内容应包括纤维胃镜、钡餐造影、超声内镜、CT 和肿瘤标志物等,其中纤维胃镜是早期发现胃癌复发的主要手段,应列为首选。有条件的情况下可行 PET-CT 检查。Graziosi 等^[4]采用 PET-CT 对 50 例胃癌根治术后患者进行了 5 年随访,PET-CT 对发现局部和远处转移的敏感性为 89.7%,特异性为 85.7%,而且发现了 17 例完全无症状的复发患者,提示 PET-CT 对于术

后无症状复发患者的发现具有一定价值。研究还表明,无症状复发性胃癌无论是再次行根治性手术率还是术后的生存率均明显高于有症状复发者^[3]。本组无症状局部复发胃癌再次手术后中位生存期为24.4个月,而有症状术后复发者再次术后的中位生存期为13.9个月,提示及时发现无症状复发能提高术后生存时间。

术后复发多发生在进展期胃癌,本组有97例,占94.2%。胃癌术后复发若能早期发现,就有行根治性切除手术的机会,疗效也相对较好。Ozer等^[5]报道复发性胃癌的切除率为50%。本组再次手术切除54例,其中根治性切除43例,根治性切除率达41.7%,姑息性残胃切除11例,总的再手术切除率52.4%。我们的手术切除率与文献报道相近,即总的胃癌术后复发可手术切除率在50%左右。陈小春等^[6]报道复发性胃癌再次根治性切除术后1、3、5年生存率可达到100%、56.5%和26.1%,本组再手术根治性切除患者术后1、3、5年生存率分别为86.2%、49.1%和19.5%,说明复发性胃癌仍有从再次手术特别是根治性切除中获益。因此,目前多主张对复发性胃癌持积极的治疗态度,对残胃局部复发癌,除淋巴结转移外,如果以区域性局部复发、邻近器官直接浸润为主,只要患者情况许可,仍应通过再手术切除或扩大切除范围以改善患者生存质量,延长生存时间。若发现患者左锁骨上淋巴结转移,肛门指诊坐骨直肠窝内有癌性结节,腹腔内有广泛种植转移、腹膜后淋巴结转移并有腹水、黄疸等,则是再手术的相对禁忌证。因此,术前充分了解病变情况,合理选择手术患者,能安全有效地延长部分复发性胃癌患者的生存时间,改善生活质量。

再次手术前不仅要详细了解首次手术的情况和术式,还要结合本次检查初步判定是单纯性复发还是复合型复发,以确定再手术的方式和范围。就我们的资料看,复发时间距首次手术时间越长,切除率越高;首次手术如为根治性切除者,则复发癌的切除率相对较高。对于残胃复发癌的手术,多数学者提倡行残胃全切除术,对直接侵犯的胃周脏器如左肝叶、胰体尾、脾脏、横结肠或远处转移的卵巢等,可同时联合切除^[7,8]。即使仅行姑息性切除术也比单纯的胃肠吻合或造口术要好,本组姑息性切除的中位生存期

为15.0个月,而未切除患者均在1年内死亡。Badgwell等^[9]分析60例复发性胃癌再次手术后生存情况,其中31例未能切除者的中位生存期仅为6个月,也说明不能再次切除者预后较差。当然,对局部复发严重已无法切除或腹腔内广泛种植转移者,也应尽可能行姑息性手术以缓解症状。对已有消化道梗阻症状或近期有梗阻危险者,应考虑行残胃空肠吻合等短路手术,以解除或预防梗阻。对残胃空肠吻合有困难者,可行高位空肠置管造口术,术后从造口管补充营养。

胃癌复发再次手术后应进行化疗、生物治疗、靶向治疗及放疗等综合治疗,以有效控制残留的病灶,提高患者生存率和生活质量。

参考文献:

- [1] 朱正纲.胃癌术后复发的外科综合治疗[J].中华胃肠外科杂志,2003,6(6):357-359.
- [2] Otsuji E,Kobayashi S,Okamoto K,et al. Is timing of death from tumor recurrence predictable after curative resection for gastric cancer? [J]. World J Surg,2001,25(11):1373-1376.
- [3] Kim JH,JangYJ,Park SS,et al. Benefit of post-operative surveillance for recurrence after curative resection for gastric cancer [J]. J Gastrointest Surg,2010,14(6):967-976.
- [4] Graziosi L,Bugiantella W,Cavazzoni E,et al. Role of FDG-PET/CT in follow-up of patients treated with resective gastric surgery for tumour [J]. Ann Ital Chir,2011,82(2):125-129.
- [5] Ozer I,Bostanci EB,Ozogul Y,et al. Laparotomy with a curative intent in patients with suspected locally recurrent gastric cancer [J]. Tumori,2009,95(4):438-441.
- [6] 陈小春,张桂英,潘凯,等.复发性胃癌的再次手术治疗[J].中华胃肠外科杂志,2004,7(4):286-288.
- [7] Song KY,Park SM,Kim SN,et al. The role of surgery in the treatment of recurrent gastric cancer [J]. Am J Surg,2008,196(1):19-22.
- [8] Ahn HS,Kim JW,Yoo MW,et al. Clinicopathological features and surgical outcomes of patients with remnant gastric cancer after a distal gastrectomy [J]. Ann Surg Oncol,2008,15(6):1632-1639.
- [9] Badgwell B,Cormier JN,Xing Y,et al. Attempted salvage resection for recurrent gastric or gastroesophageal cancer [J]. Ann Surg Oncol,2009,16(1):42-50.