

腹腔镜在胃癌 T 分期和腹膜转移判断中的应用

Role of Laparoscopy in T Staging and Evaluating Peritoneal Metastasis for Gastric Cancer

YU Guo-qing, HE Yong-jin, XU Yong, et al.

余国庆, 赫永金, 许 勇, 许迪锋

(杭州市萧山区第四人民医院, 浙江 杭州 311225)

摘要: [目的] 评价腹腔镜在胃癌分期和腹膜转移判断中的作用。[方法] 对 2008 年 3 月~2010 年 11 月收治的 29 例胃癌患者进行术前临床分期及腹腔镜分期, 并与术后病理分期结果相比较。[结果] 腹腔镜分期与术后病理分期的符合率为 93.1% (27/29), 术前临床分期与术后病理分期符合率为 72.4% (21/29), 腹腔镜分期优于术前临床分期 ($\chi^2=4.350$, $P=0.037$)。术前临床分期均未发现有患者发生腹膜转移, 而腹腔镜分期发现腹膜转移者 7 例; 1 例患者发生并发症。[结论] 腹腔镜检查对于胃癌患者分期判断具有重要意义, 能够避免不必要的开腹探查手术。

关键词: 胃肿瘤; 腹腔镜; 临床分期; 病理分期

中图分类号: R735.2

文献标识码: B

文章编号: 1671-170X(2013)04-0312-02

胃癌是全世界最常见肿瘤, 胃癌死亡率在所有恶性肿瘤死亡率中排第 2 位^[1]。目前临床对于胃癌患者的治疗更加重视个体化, 术前准确分期是保证胃癌患者治疗个体化的重要前提。胃癌患者术前分期诊断方法包括经腹超声、超声内镜、电子计算机 X 射线断层扫描、核磁共振成像以及正电子计算机断层显像、腹腔镜检查等。据文献报道胃癌的手术切除率约为 40%~70%, 约 25% 的胃癌患者进行了不必要的剖腹探查术, 其中 13%~23% 发生了术后并发症, 病死率达 21%^[2]。研究显示腹腔镜检查不仅能够避免不必要的开腹探查手术的发生, 还可以减缓患者的精神压力以及患者的住院时间等^[3]。本研究对比了腹腔镜分期与术前临床分期的差异, 并分析了腹腔镜在腹膜转移检查中的作用及安全性, 以期临床胃癌患者术前准确分期提供参考依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2008 年 3 月~2010 年 11 月杭州市萧山区第四人民医院收治的 29 例胃癌患者为研究对象。在 29 例患者中, 男性 13 例, 女性 16 例, 平均年龄为 (47.5±7.9) 岁。所有患者术前均经胃镜及病理检查确认, 均经上腹部增强 CT、腹部 B 超、超声内镜检查, 术前临床分期 cT₄ 者 12 例, cT₃ 者 17 例。按 Borrmann 分型, II 型者 6 例, III 型者 12 例, IV 型者 11 例, 患者术前检查未发现远处转移灶。

1.2 方法

1.2.1 手术方法

手术采用德国 STORZ 公司腹腔镜、相关配套设备, 以及

部分胃肠外科手术器械。患者行常规术前准备。先在脐孔位置置入 10mm 的 Trocar, 从此处置入腹腔镜的镜头, 并在两侧锁骨中线肋弓下 3~5cm 位置置入 5mm 的 Trocar, 以此作为操作孔。对于患者腹腔、盆腔以及结肠、小肠、系膜等进行探查, 后对脾脏、肝脏进行探查, 并切开胃结肠韧带对小网膜腔、胰腺进行探查, 最后对胃进行探查。对可疑的病灶取活检送病理检查以决定是否开腹手术。

1.2.2 腹膜转移的评估

无腹膜转移为 P₀, 肿瘤邻近部位的腹膜转移为 P₁, 肿瘤远处少量散在腹膜转移为 P₂, 肿瘤远处弥漫性腹膜转移为 P₃。在研究中, 由于 P₂ 及 P₃ 例数较少故将其合并计为 P₂-P₃ 组。

1.3 统计学处理

数据利用 SPSS16.0 统计软件进行分析, 利用误差率描述腹腔镜分期前后 T 分期的比较以及腹腔镜及开腹术后腹膜转移的比较, 对腹腔镜 T 分期与术前 T 分期比较采用卡方检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 腹腔镜检查结果

29 例患者行腹腔镜检查, 其 T₂ 分期 3 例, T₃ 患者 16 例, T₄ 患者 10 例。腹腔镜腹膜转移评估显示, P₀ 22 例, P₁ 3 例, P₂-P₃ 共 4 例。

2.2 术前临床分期与腹腔镜分期比较

术前临床分期 cT₃ 的 17 例患者中, 腹腔镜分期误差率为 23.5%, 术前临床分期 cT₄ 的 12 例患者中, 腹腔镜分期误差率为 33.3% (Table 1)。

Table 1 Comparison of to clinical staging and laparoscopic staging

Clinical staging	n	Laparoscopic staging			Error rate (%)
		T ₂	T ₃	T ₄	
T ₃	17	2	13	2	23.5(4/17)
T ₄	12	1	3	8	33.3(4/12)
Total	29	3	16	10	27.6(8/29)

2.3 腹腔镜分期与术后病理分期比较

腹腔镜分期与术后病理分期的符合率为 93.1% (27/29), 术前临床分期与术后病理分期符合率为 72.4% (21/29), 腹腔镜分期优于术前临床分期 ($\chi^2=4.350$, $P=0.037$) (Table 2)。

基金项目: 杭州市卫生局课题 (20113049)

收稿日期: 2012-12-31; **修回日期:** 2013-02-20

2.4 腹腔镜分期与开腹术后腹膜转移比较

在 29 例患者中,腹腔镜分期发现腹膜转移者 7 例,而术前临床分期均未发现有腹膜转移的发生,腹腔镜检查对于腹膜转移的发现优于术前临床分期($\chi^2=5.849, P=0.016$)。对 5 例存在局限性转移的患者行姑息手术,对 2 例存在广泛转移的患者行放疗、化疗。

Table 2 Comparison of laparoscopic staging and pathological staging in peritoneal metastasis

Laparoscopic staging	n	Pathological staging			Error rate (%)
		P ₀	P ₁	P _{2~3}	
P ₀	22	21	1	0	4.54(1/22)
P ₁	3	1	2	0	33.3(1/3)
P _{2~3}	4	0	0	4	0(0/4)
Total	29	22	3	4	6.89(2/29)

2.5 腹腔镜检查安全性

在 29 例患者中,腹腔镜检查操作时间 12~25min,平均时间为(15.3±4.7)min。腹腔镜检查中,有 1 例患者发生出血后行开腹止血处理,其并发症发生率为 3.4%,无死亡病例。在腹腔镜检查后随访 1.5 年,未发现 Trocar 种植转移并发症。

3 讨论

胃癌的治疗方案因分期不同而有很大差异。对于进展期胃癌来说,是否有远处转移,是选择治疗方案的重要因素。临床发现在胃和食管癌手术患者中,至少有 20%以上的患者由于无法手术切除而只行了开腹手术。因此,提高胃癌术前分期的准确性,对于选择适合外科根治性手术的患者,减少非治疗性的“开—关腹”手术,制定恰当的治疗方案具有重要意义。

目前临床常用经腹超声、超声内镜、电子计算机 X 射线断层扫描、核磁共振成像以及正电子计算机断层显像、腹腔镜检查等进行胃癌术前临床分期判断,但均具有一定的局限性。如胃镜等是诊断胃癌最有效的方法,但不能发现胃外病变,对于确定胃癌的临床分期意义不大。腹部 B 超、CT 以及超声内镜均属于影像学检查,难以发现胃外微小的转移病变。对于确定胃癌术前临床分期,能否进行根治性切除术判断准确度较差。腹部 B 超及 CT 检查均难以检测出肝脏的微小转移灶及胃癌的腹膜种植。超声内镜是评价胃癌原发肿瘤浸润深度最可信的方法,然而其对于评估远处转移灵敏度较差,因此,对于临床分期总的准确性较低^[4]。

腹腔镜应用于胃癌分期的目的主要有三个:一是避免单纯的探查性“开—关腹”手术,二是提供准确分期,有助于术前制定恰当的治疗方案,三是新辅助化疗的实施所必须先决条件。腹腔镜是一种微创的检查方法,适用于临床分期 T_{3~4} 的胃癌患者,国外文献报道的腹腔镜对于肿瘤分期判断的准确性为 91.7%~95.5%^[3],本文研究结果显示,腹腔镜分期与术后病理检查结果的符合率为 93.1%(27/29),优于术前临床分期($\chi^2=4.350, P=0.037$)。

腹膜转移是进展期胃癌患者最常见的一种转移方式^[5]。胃癌患者是否发生腹膜转移,以及腹膜转移是局散性还是弥漫性转移,都对患者的治疗及康复有重要影响。研究显示术前常规检查对于胃癌患者腹膜转移的检出率仅为 13%~37%^[6]。本研究结果显示,术前临床分期均未发现有患者发生腹膜转移,而腹腔镜发现腹膜转移者 7 例,腹腔镜检查对于腹膜转移的发现优于术前临床分期($\chi^2=5.849, P=0.016$),提示腹腔镜分期对于胃癌患者的腹膜转移检出效果明显较佳。在 29 例患者中,5 例存在局限性转移的患者行姑息手术,2 例存在广泛转移的患者行放疗、化疗,避免了不必要的开腹手术,为及早行后续化疗等内科治疗创造了条件。

腹腔镜是一种简单易行的肿瘤分期检查方法^[7],费时少。本组分期腹腔镜平均探查时间为(15.3±4.7)min,且该分期检查方法也是安全的,其主要并发症是种植转移和术后出血。Champault 等^[8]报道腹腔镜检查的并发症发生率为 1%~3%,在本研究 29 例患者中,有 1 例患者发生出血后行开腹止血处理,无死亡病例发生,并发症发生率为 3.4%。而通过在腹腔镜检查后随访 1.5 年发现,无 1 例患者发生 Trocar 种植转移并发症,提示对于胃癌患者进行腹腔镜检查是一种安全的且准确的胃癌分期方法。

综上所述,腹腔镜可作为常规检查手段的一种补充,对进展期胃癌的分期优于常规术前临床分期,尤其对于腹膜转移的诊断,腹腔镜分期有助于进展期胃癌治疗方案的制定及评估治疗结果与预后,避免不必要的剖腹探查。

参考文献:

- [1] Park DM, Bray F, Ferlay J, et al. Global cancer statistics, 2002 [J]. CA Cancer J Clin, 2005, 55(2): 74-108.
- [2] Li YT, Yang F, Liu Z, et al. Clinical investigation on laparoscopic staging of advanced gastric cancer [J]. Sichuan Medical Journal, 2012, 33(7): 1118-1120. [李云涛, 杨枫, 刘展, 等. 进展期胃癌腹腔镜分期的临床研究 [J]. 四川医学, 2012, 33(7): 1118-1120.]
- [3] Muntean V, Mihailov A, Iancu C, et al. Staging laparoscopy in gastric cancer. Accuracy and impact on therapy [J]. J Gastrointest Liver Dis, 2009, 18(2): 189-195.
- [4] Potrc S, Skalicky M, Ivanecz A. Does endoscopic ultrasound staging already allow individual treatment regimens in gastric cancer? [J]. Wien Klin Wochenschr, 2006, 118 (Suppl 2): 48-51.
- [5] Yamagata Y, Amikura K, Kawashima Y, et al. Staging laparoscopy in advanced gastric cancer: usefulness and issues requiring improvement [J]. Hepatogastroenterology, 2012, 60(124). [Epub ahead of print]
- [6] Oida T, Kano H, Mimatsu K, et al. Technical considerations in laparoscopic staging for advanced gastric cancer [J]. Hepatogastroenterology, 2012, 59(113): 164-167.
- [7] Li DC. Technical advantage and principle of application on hand-assisted laparoscopic surgery for colorectal carcinoma [J]. Journal of Oncology, 2010, 16(2): 81-83. [李德川. 手辅助腹腔镜外科治疗结直肠癌的技术优势和应用原则 [J]. 肿瘤学杂志, 2010, 16(2): 81-83.]
- [8] Champault G, Barrat C. Laparoscopy in the staging of cancer of the stomach [J]. J Chir (Paris), 1999, 136(3): 150-155.