

108例 $T_{is-1}N_0M_0$ 期中低位直肠癌经肛门局部切除的临床评价

彭涛^{1,2}, 杨永江², 赵轶峰², 高建朝², 刘军超², 杨静², Abbas¹, 李曙光^{1,2}

(1. 河北北方学院, 河北 张家口 075000;

2. 河北北方学院附属第一医院, 河北 张家口 075000)

摘要: [目的] 探讨 $T_{is-1}N_0M_0$ 期中低位直肠癌经肛门局部切除的合理性。[方法] 回顾性分析经肛门局部切除治疗的 108 例 $T_{is-1}N_0M_0$ 期中低位直肠癌患者的资料。其中 $T_{is}N_0M_0$ 63 例, $T_1N_0M_0$ 45 例。8 例 T_1 期患者接受了术后辅助放疗。[结果] 所有患者术后恢复顺利, 中位住院时间 5d(3~8d)。无吻合口漏、直肠狭窄、肛瘘及其他手术并发症。术后肛门括约肌功能良好。5 年总生存率为 99.07%, T_{is} 、 T_1 期 5 年生存率分别为 100% 和 97.78%。5 年总复发率为 1.85%, T_{is} 、 T_1 期 5 年复发率分别为 0.44%。[结论] 对 $T_{is-1}N_0M_0$ 期中低位直肠癌患者, 经肛门局部切除术既保证了生存率, 又兼顾了患者的生存质量, 为一种较为理想的术式选择。

关键词: 直肠肿瘤; 局部治疗; 经肛门切除

中图分类号: R735.3⁷ **文献标识码:** A **文章编号:** 1671-170X(2015)02-0106-03

doi: 10.11735/j.issn.1671-170X.2015.02.B007

Clinical Evaluation of Transanal Local Excision in 108 Cases with $T_{is-1}N_0M_0$ Middle and Low Rectal Carcinoma

PENG Tao^{1,2}, YANG Yong-jiang², ZHAO Yi-feng², et al.

(1. Hebei North University, Zhangjiakou 075000, China; 2. The First Affiliated Hospital of Hebei North University, Zhangjiakou 075000, China)

Abstract: [Purpose] To investigate the rationality of transanal excision for the $T_{is-1}N_0M_0$ rectal cancer. [Methods] One hundred and eight cases with stage $T_{is-1}N_0M_0$ rectal cancer underwent transanal local excision (T_{is} : 63 cases; T_1 : 45 cases). Eight cases stage T_1 received post-operative radiation therapy. [Results] There was no perioperative death. Fecal continence was good postoperation. There was no anastomotic leak, proctostenosis and anal fistula. The overall 5-year survival rate was 99.07%. The 5-year survival rate was 100% in patients stage T_{is} and 97.78% in patients stage T_1 . The overall 5-year recurrence rate was 1.85%. Local tumor recurrence rate was 0 in patients stage T_{is} and 4.44% in patients stage T_1 . [Conclusion] Transanal local excision for $T_{is-1}N_0M_0$ middle or low rectal cancer results in a low complication rate and good sphincter function, and provides satisfactory local control and 5-year survival rates. This approach could be safely applied to $T_{is-1}N_0M_0$ rectal cancer.

Subject words: rectal neoplasms; local therapy; transanal excision

直肠癌是常见的消化道恶性肿瘤之一, 全直肠系膜切除(TME)被认为是中低位直肠癌手术治疗的金标准。而对于局限于黏膜和黏膜下层的早期直肠癌, TME 金标准似乎有过度治疗嫌疑, 且手术创伤大、并发症多, 术后多伴有不同程度的膀胱功能及性

功能障碍, 特别是经腹会阴直肠癌切除术(abdominoperineal resection, APR)永久性的结肠造口严重影响了患者的生存质量。经肛门局部切除术(transanal excision, TAE)最初用于直肠息肉的治疗。近年来有文献报道, 此术式应用于早期中低位直肠癌可获得与根治术相近的治愈效果^[1,2]。然而, 目前对采用此术式的安全性、适应证以及辅助治疗的应用等方面, 国内外观点尚不一致^[3-6]。作者回顾性分

通讯作者: 李曙光, 主任医师, 教授, 硕士生导师, 博士; 河北北方学院附属第一医院胃肠肿瘤外科, 河北省张家口市长青路 12 号 (075000); E-mail: shuguangli6688@126.com

收稿日期: 2014-05-30; **修回日期:** 2014-07-28

析了采用局部切除术治疗的 108 例中低位直肠癌患者的临床资料,以探讨局部切除术临床应用的合理性。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2002 至 1 月 1 日至 2009 年 3 月 30 日经肛门切除治疗早期低位直肠癌 108 例,均有完整的临床资料。其中男性 57 例,女性 51 例;中位年龄 52 岁(36~85 岁);平均病程 4.4 个月(2~11 个月)。肿瘤为息肉隆起型,距肛缘距离 $<8\text{cm}$,活动,肿物直径 $<3\text{cm}$,累积肠腔周径 $<1/3$ 。分期应用 2009 年美国癌症联合会(AJCC)的 TNM 分期标准。所有肿瘤均局限于黏膜下层以内(T_{is} 或 T_1),无淋巴结转移(N_0)和远处转移(M_0),即术前临床分期为 $cT_{is-1}N_0M_0$ 。术后进行病理学 T 分期(pT),p T_{is} 期(黏膜内癌)63 例、p T_1 期(黏膜下层癌)45 例。术后病理组织学分型:直肠高级别上皮内瘤变 63 例、高分化腺癌 22 例、中分化腺癌 23 例。

1.2 治疗方法

1.2.1 治疗过程

术前常规电子肠镜检查及活检,进行病理学诊断及组织学分型。应用超声内镜/直肠超声、直肠 MRI 检查进行肿瘤术前 T、N 分期,应用 B 超、CT、MRI、X 线摄片等检查进行 M 分期。对 $T_{is-1}N_0M_0$ 期中分化的中低位直肠癌采用经肛门局部切除术,术中冰冻、术后常规病理学检查。对于不符合适应证者改行根治术。经肛门局部切除术患者 24h 后可进流质饮食,若无并发症,术后 3~5d 出院。部分 T_1 期患者术后 1 个月进行放疗。所有患者术后常规进行随访。

1.2.2 手术方法

手术准备工作按根治术进行。全麻,截石位。充分扩肛,用牵开器或小 S 拉钩牵开肛门,暴露术野。于肿瘤根部 1cm 处 4 号线缝合,作为标记和牵引线,预定切除范围。吻合器切除法:应用腔镜直线切割闭合器(ENDO GIA,45mm 钉仓或弯头 60mm 钉仓)于肿物根部连同周围 1cm 正常肠壁夹闭、击发,将肿物完整切除;手工切除法:整块切除肿瘤及其周围 1cm 的全层肠壁,以可吸收线单层全层缝合,横行缝合肠壁切口。切除标本快速冰冻检查,明确肿

瘤性质、浸润深度、切缘状态等。

1.2.3 术后放疗

8 例 T_1 期患者(肿瘤 $>2\text{cm}$,阴性切缘距离 $<0.5\text{cm}$)接受了术后放疗。放疗于手术 4 周后开始,采用 3 野或 4 野照射,放疗剂量为 45~50Gy,1.8Gy/次。

1.3 复查随访

随访以门诊复查为主,配合电话和信件、家访等方式进行。前 2 年每 6 个月复查 1 次电子肠镜,2 年后每 1 年复查 1 次肠镜。随访时间截止 2014 年 3 月 30 日或患者死亡。

2 结果

2.1 一般情况

所有患者术后恢复顺利,肛门括约肌功能、排尿功能及性功能均无异常改变。中位住院时间为 5d(3~8d)。所有病例术后均无排便失禁、直肠狭窄、肛痿、吻合口漏、肛周脓肿等并发症。

2.2 预后分析

本组病例 5 年总生存率为 99.07%。 T_{is} 期患者 5 年生存率为 100%, T_1 期患者为 97.78%,1 例死于肝转移。

本组病例 5 年总复发率为 1.85%。 T_{is} 期患者 5 年复发率为 0, T_1 期患者为 4.44%,1 例于术后 16 个月发生肠壁局部复发,APR 手术,再随访超过 5 年未复发。另 1 例术后 30 个月直肠系膜复发,行 APR 手术,7 个月后发现肝转移。

3 讨论

郁宝铭^[7]对 886 例结直肠癌浸润深度与淋巴结转移关系研究发现,结直肠黏膜几乎无淋巴引流,当病变局限于黏膜时不会发生淋巴结转移;当病变侵及黏膜下层时淋巴结转移率为 6.98%;当病变侵及肌层时淋巴结转移的危险性显著增高,为 28.03%。分化好的早期直肠癌进展慢,病灶局限,浸润范围一般不超过 1cm,且淋巴结及远处转移出现较晚。因此,对于无淋巴结转移的早期直肠癌患者,局部切除术也可以实现根治性切除,早期直肠癌的局部切除术具有充足的理论基础。

Lee 等^[8]总结了 126 例的研究结果,并与根治术

进行了比较,其5年生存率两者无显著性差异。局部切除术后5年局部复发率 T_{is} 期为0, T_1 期为4.1%, T_2 期为19.5%,而根治术 T_1 期为0和 T_2 期为9.4%, T_2 期复发率较高并有统计学差异。Peng等^[9]最近研究同样显示 T_1 期癌局部切除与根治术组比较,5年生存率无显著差异。本组108例 $T_{is-1}N_0M_0$ 期直肠癌患者治疗结果显示,5年生存率 T_{is} 期为100%, T_1 期为97.78%。局部复发率 T_{is} 期为0, T_1 期为4.44%,结果与上述报道相似,表明经肛门局部切除术应用于 $T_{is-1}N_0M_0$ 期直肠癌患者的治疗,可以获得满意的疗效。

直肠癌局部切除术不能进行区域淋巴结清扫,只适合于病变局限在肠壁内而无淋巴结转移的患者。2014年版NCCN临床指南建议直肠癌局部切除术手术适应证为:①肿瘤距肛缘距离小于8cm,直径小于3cm,占肠壁周径在30%以内,肿瘤活动,无固定;②病变为 T_{is} 、 T_1 期患者,且无淋巴结转移和远处转移;③组织学分类为高、中分化癌;④手术切缘阴性,无淋巴管、血管及神经浸润。本资料仅对 T_{is} 、 T_1 期患者进行了分析研究,并取得了良好的疗效,建议推广应用。而对于 T_2 期患者,因容易出现直肠系膜淋巴结转移且有较高的局部复发率,不建议采用。

结肠镜及活检、超声内镜或直肠腔内超声、直肠MRI、腹部B超和CT检查等,虽可为我们提供较为可靠的术前诊断和分期信息,指导我们选择病例^[1,10],但是影像学检查对原发灶微小外侵或伴有淋巴结转移的患者,尚难做到术前精确诊断,这将导致手术切除范围不足,增加复发的风险。因此,治疗过程中还应注意以下事项:①切除范围要包括病变周围1cm正常组织,以减少切缘残留的机会。腔镜直线切割闭合器的应用使得经肛门局部切除手术变得更加简单安全,但一定力争保证切除范围,一次完成。②术中、术后常规病理检查,如发现肿瘤组织学分级为低分化,浸润深度超过 T_2 期,切缘阳性,或淋巴管神经浸润则应及时改行根治术。③瘤体较大、基底较宽、切缘较近的部分 T_1 期患者可行术后放疗,其可以其补偿手术治疗不足,降低复发的风险。④术后严密随访。及早发现复发,确保能及时合理地进行补救治疗^[11-13]。

早期中低位直肠癌经肛门局部切除术在保证根治的前提下,显著提高了患者的生存质量。此外,还具有不需进腹、创伤小、安全性高、术后并发症少

等特点。对于早期低位直肠癌患者,是可作为优先考虑的术式,但应严格掌握适应证。

参考文献:

- [1] Tytherleigh MG, Warren BF, Mortensen NJ. Management of early rectal cancer [J]. Br J Surg, 2008, 95(4):409-423.
- [2] Stamos MJ, Murrell Z. Management of early rectal T1 and T2 cancers[J]. Clin Cancer Res, 2007, 13(22):6885-6889.
- [3] Kim NK, Kim MS, Al-Asari SF. Update and debate issues in surgical treatment of middle and low rectal cancer[J]. J Korean Soc Coloproctol, 2012, 28(5):230-240.
- [4] Chang AJ, Nahas CS, Araujo SE, et al. Early rectal cancer: local excision or radical surgery? [J]. J Surg Educ, 2008, 65(1):67-72.
- [5] Bretagnol F, Rullier E, George B, et al. Local therapy for rectal cancer: still controversial? [J]. Dis Colon Rectum, 2007, 50(4):523-533.
- [6] Mirea CS, Vilcea ID, Vasile I, et al. Local surgical treatment with curative intent in rectal cancer[J]. Chirurgia (Bucur), 2013, 108(1):13-17.
- [7] Yu BM. Progress in surgical treatment of rectal cancer[J]. Shanghai Medicine, 1999, 22(1):48-51.[郁宝铭. 直肠癌外科治疗的进展[J]. 上海医学, 1999, 22(1):48-51.]
- [8] Lee W, Lee D, Choi S, et al. Transanal endoscopic microsurgery and radical surgery for T1 and T2 rectal cancer [J]. Surg Endosc, 2003, 17(8):1283-1287.
- [9] Peng J, Chen W, Sheng W, et al. Oncological outcome of T1 rectal cancer undergoing standard resection and local excision [J]. Colorectal Dis, 2011, 13(2):14-19.
- [10] Kneist W, Terzic A, Burghardt J, et al. Selection of patients with rectal tumors for local excision based on pre-operative diagnosis. Results of a consecutive evaluation study of 552 patients [J]. Chirurg, 2004, 75(2):168-175.
- [11] Li SG, Ye ZY, Shao QS, et al. Transanal local excision for stage I low rectal carcinoma[J]. Chinese Journal of Digestive Surgery, 2008, 7(2):144-146.[李曙光, 叶再元, 邵钦树, 等. 经肛门局部切除术治疗 I 期低位直肠癌[J]. 中华消化外科志, 2008, 7(2):144-146.]
- [12] Weiser MR, Landmann RG, Wong WD, et al. Surgical salvage of recurrent rectal cancer after transanal excision [J]. Dis Colon Rectum, 2005, 48(6):1169-1175.
- [13] Lee WY, Lee WS, Yun SH, et al. Decision for salvage treatment after transanal endoscopic microsurgery[J]. Surg Endosc, 2007, 21(6):975-979.