

文章编号:1005-2208(2013)-0645-05

美国结直肠外科医师学会 《直肠癌诊治应用指南2013修订版》要点介绍及解读

傅传刚,于志奇

中图分类号:R6 文献标志码:A

【关键词】 直肠癌;诊断;治疗

Keywords rectal cancer; diagnosis; treatment

【编者按】美国结直肠外科医师学会标准应用专责小组是美国结直肠外科医师学会下设的一个专门制定有关结直肠疾病诊治标准的组织,其致力于通过提高科研、预防和诊治水平,保证结直肠肛门疾病治疗质量的高水准。该组织由精通结直肠外科的学会成员组成,制定高质量的结直肠肛门疾病诊疗规范,并根据现有的最佳证据完善临床实践指南。这些指南为非指令性,目的是为所有希望解决指南中所涉及问题的从业者,包括医护人员和病人提供相关规范诊治的信息,为临床医师做治疗决策提供帮助,不是单纯的提供一种具体治疗形式。指南不排除能获得相同诊疗结果的其他方案,最终治疗决策仍由临床医师根据病人的具体情况决定。该小组于2005年制定《直肠癌诊治应用指南》,发表于美国结直肠外科医师学会官方杂志“Disease of Colon & Rectum”杂志。在过去的8年里,由于直肠癌诊疗策略已经发生显著变化,为改善病人预后,更深入的理解疾病的进展,更精确的影像学分期,多学科综合治疗干预,更精细的手术操作技巧,更详细的病理报告等都变得非常重要。为此,该小组于今年对原指南进行了比较大幅度的修订,针对以上直肠癌诊治的热点问题和进展,以专题的形式进行了阐述,并且给出推荐的等级和依据。新的指南对解答我们目前临床上经常遇到的许多困惑和疑问具有很大的帮助。《中国实用外科杂志》编辑部特别邀请我国著名结直肠外科专家傅传刚教授对新版《直肠癌诊治应用指南》的要点进行介绍,并对新版与原有版本中的一些差异结合作者的认识和临床实践进行解读,希望能对广大临床外科医生有所帮助。

1 《直肠癌诊治应用指南2013修订版》要点

直肠定义:直肠的解剖学定义为乙状结肠末端至肛管的大肠远端部分。在解剖学上,近端的起点为结肠带扇形张开处,影像学上为骶骨岬水平。术前通过硬式直肠镜检查,肿瘤下缘距肛缘15 cm以内的肿瘤为直肠癌,但须考虑病人的体型和性别差别(例如,身材高的病人直肠更长)。

术前评估

A. 术前检查和风险评估

(1)术前应详尽采集包括疾病特异症状、伴随症状、家族史等病史,常规进行包括CEA水平等的实验室检查(推荐级别:强烈推荐,中等质量证据)。

(2)作为完整体检的一部分,应当在直肠指诊的基础上进行乙状结肠镜检查,确定病变距肛缘的距离、活动度以及与肛门括约肌的关系(推荐级别:强烈推荐,低质量证据)。

(3)如果条件允许,所有直肠癌病人均应在术前进行全结肠检查,明确所有结直肠病变的病理诊断(推荐级别:强烈推荐,中等质量证据)。

B. 分期

(1)直肠癌应常规根据美国癌症联合会TNM分期系统进行治疗前临床(据此制定治疗方案)和治疗后(影响直肠癌预后最重要的因素)最终病理学分期。最终病理分期附加前缀“p”,新辅助治疗病人在“p”之前加“y”,体现可能的“降期”的效果。其它依据不同手段进行的分期分别增加相应的前缀,如“c”为临床分期;“u”为超声分期;“mr”为核磁共振分期,“ct”为CT扫描分期等(推荐级别:强烈推荐,中等质量证据)。

(2)直肠癌原发肿瘤临床分期应当采用直肠腔内超声(EUS)或专用高分辨直肠MRI。直肠腔内超声以及直肠内或增强相阵列线圈MRI是直肠癌原发肿瘤分期的首选方式。两种方法各有优缺点,可以互补。EUS可更好区分T1期和T2期的肿瘤,但评估体积较大的肿瘤时不够准确,当肠腔伴有狭窄时,因探头无法通过瘤体,可导致分期不足。所有依据淋巴结大小对淋巴结转移进行分期的影像学检查尚不准确。最近通过识别MRI混合信号强度以及淋巴结不规则边界,MRI分期精度有所改善。肿瘤环周切缘是指直肠肿瘤(包括非毗邻肿瘤)与直肠系膜筋膜之间的最短距离,环周切缘阳性与局部复发率增加和存活率下降密切相关,全直肠系膜切除(TME)术后环周切缘阳性病

作者单位:第二军医大学长海医院肛肠外科,上海200433

通讯作者:傅传刚,E-mail:fugang416@126.com

人局部复发可能性增加4倍以上。在TNM分期中,环周切缘阳性定义为0mm,但是在大多数情况下, $\leq 1\text{mm}$ 即被认为是阳性。MRI显示的直肠系膜筋膜平面与TME手术切除标本的筋膜具有较好的相关性,术前MRI结果可用于手术方案的制定(推荐级别:强烈推荐,中等质量证据)。

(3)直肠癌病人择期手术前均应进行胸、腹和盆腔CT等影像学检查,评估局部脏器浸润情况,以及是否伴有肝、肺转移以及转移的程度。与胸部X射线检查相比,CT对发现肺转移更加敏感,还可作为随访的影像学基础对照。FDG-PET/CT受限于缺乏腔内或静脉对比,灵敏度较低,在直肠癌分期中的地位仍有待确定(推荐级别:强烈推荐,中等质量证据)。

C. 术前准备

对拟行肠造口的病人,应由专业肠造口治疗师对病人进行术前评估,选择合适造口位置,辅导培训,以提高术后造口护理熟练程度,减少住院天数,节约成本(推荐级别:强烈推荐,中等质量证据)。

治疗

直肠癌手术应由具有专科知识、专业培训和治疗经验的结直肠外科医生施行,从而达到更高的存活率、更低的并发症发生率、更多的保肛率和更少的永久性肠造口。手术方式应依据临床分期选择,早期低风险病人通常采用手术治疗,局部进展期或高风险病人应先进行新辅助放疗或新辅助放化疗等多学科综合治疗,再行手术。

A. 手术方式和注意事项

局部切除

准确的术前分期至关重要。局部切除适用于经过认真筛选,不伴有高风险病理特征的T1期直肠癌以及身体状况不能耐受根治性手术的进展期病人。选择标准包括高至中分化T1期肿瘤,无淋巴管或神经侵袭,肿瘤直径 $< 3\text{cm}$,占据肠腔范围 $< 1/3$ 。手术应包括病变处肠壁的全层切除,至直肠周围脂肪,肉眼正常边缘达到 10mm 。切除标本应标记方向以便于病理检查。无论经肛切除(Parks式切除)或经肛内镜显微手术(TEM)并发症发生率和病死率均比较低。与经肛切除相比,TEM具有更好的视野,更加适合位置较高病变的切除。该术式的主要缺点是无法清扫直肠系膜内淋巴结,术后局部复发率T1期为 $7\% \sim 21\%$,T2期为 $26\% \sim 47\%$ 。除身体状况无法耐受根治性手术的病人外,T2期直肠癌病人均应接受连同系膜一起切除的根治性手术(推荐级别:弱推荐,中等质量证据)。

根治性切除

(1)术中应进行腹内脏器的彻底探查,发现或排除同时性病变、是否伴有转移、邻近器官受累、隐匿转移等,并在手术记录中进行描述(推荐级别:强烈推荐,低质量证据)。

(2)直肠癌远端系膜内扩散距离往往超出肠壁内扩散,可达肿瘤远侧 $3 \sim 4\text{cm}$ 。直肠上段癌,肿瘤远端系膜切除应超过肿瘤下缘 5cm ,直肠中下段癌无论采用经腹低位前切

除或腹会阴联合切除均需行TME。在盆腔筋膜脏层和壁层之间锐性精确分离,可以确保直肠肿瘤及相关系膜和受侵淋巴管、血管和神经的整块切除,还可保留自主神经,减少术中出血,优化肿瘤预后,最大限度地减少手术并发症。充分的环周切缘切除是控制局部复发的关键,环周切缘阳性是局部复发和存活率下降的独立危险因素,T分期和N分期越差,环周切缘阳性风险越高,手术质量如分离层面是否恰当对环周切缘是否阳性至关重要。直肠癌切除时发生穿孔可显著增加局部复发风险,降低5年存活率。行经腹会阴切除术(APR)时,提肛肌应连同直肠和肛管整块广泛切除,以避免环周切缘阳性,减少穿孔发生。可采用经盆腔或扩大的经后会阴路径(柱状切除),以便于肿瘤的完整切除(推荐级别:强烈推荐,高质量证据)。

(3)直肠癌采用TME,大部分情况下肿瘤远侧肠壁切除 2cm 已经足够,对位于直肠系膜远侧缘或更低直肠癌,远侧 1cm 肠壁的切除也可以(推荐级别:强烈推荐,中等质量证据)。

(4)虽然在肠系膜下动脉根部结扎可增加淋巴结收益,但大多数情况下,直肠癌切除应在直肠上动脉根部结扎血管,并切除所有引流区域淋巴结。如怀疑直肠上动脉根部平面上有淋巴结转移,切除范围应向近端延伸至肠系膜下动脉根部。在主动脉根部结扎肠系膜下动脉可使肠管更加游离,做到无张力的结肠肛管吻合口。对可疑转移的腹主动脉旁淋巴结应做活检,是否进行更加广泛的淋巴结清扫,应由手术医生审慎决定(推荐级别:强烈推荐,高质量证据)。

(5)在缺乏临床转移证据的情况下,没有必要在TME基础上进行扩大的侧方淋巴结清扫。与传统手术方式相比,侧方淋巴结清扫没有明显肿瘤获益,反而增加泌尿功能及性功能障碍发生率。然而,如果临床证据显示有侧方淋巴结转移,不论是否使用新辅助化疗,均应同时进行侧方淋巴结清扫(推荐级别:强烈推荐,低质量证据)。

(6)直肠癌新辅助治疗后临床完全缓解病人仍应行根治性切除。术前放化疗后 $8\% \sim 16\%$ 病人可达无肿瘤细胞残留的病理完全缓解,但目前阶段,由于尚无法通过直肠指诊、MRI、CT、PET等准确预测是否为病理完全缓解,仍应行根治性切除,非手术密切随访仅限于身体状况不宜或拒绝行根治性手术的病人(推荐级别:强烈推荐,中等质量证据)。

(7)直肠癌低位前切除术后发生便急、便频、大便失禁等肠功能紊乱的部分原因是直肠储存功能的丧失,可以考虑行结肠储袋肛管吻合。与直接结肠肛管吻合相比,结肠J型储袋术后18个月内可有效缓解便急、便频。横行结肠成形术或侧端吻合效果不明显(推荐级别:弱推荐,中等质量证据)。

(8)术中吻合口漏测试可帮助降低吻合口漏的发生率,对检测阳性的病人可以采用缝合修补、重新吻合、近端造口并修补吻合口等补救措施(推荐级别:强烈推荐,中等质

量证据)。

(9)转流性肠造口可降低临床吻合口漏的发生率和再次手术率,直肠癌行TME病人应考虑采用袢式结肠或袢式回肠转流性肠造口。与结肠造口相比,回肠造口术还纳更加容易,造口脱垂发生率低,但肠液丢失量大,容易引起脱水(推荐级别:强烈推荐,中等质量证据)。

(10)直肠癌病人肠腔内可存在具有活力的脱落恶性肿瘤细胞,圆形吻合器行低位结直肠吻合时可能会使肿瘤细胞聚集,并在吻合口部位形成种植,直肠癌行TME病人术中可考虑直肠冲洗(推荐级别:弱推荐,低质量证据)。

(11)T4期直肠癌手术目标是边界清楚的整块切除包括任何邻近受侵脏器在内的所有病变(R0切除),5年总体存活率可达50%。术前应全面评估手术的可切除性以及辅助治疗的作用,诱导性化疗后加放化疗可提高肿瘤完整性切除率,减少毒性(推荐级别:强烈推荐,中等质量证据)。

(12)腹腔镜直肠癌手术的安全性和可行性尚有待进一步的证据,但有经验的腹腔镜外科医生进行的腹腔镜TME手术,可获得与开腹手术相同的肿瘤学预后。外科医生在采用微创手术治疗直肠癌前,应首先获得必要的技术训练和经验(推荐级别:强烈推荐,中等质量证据)。

(13)常规预防性切除外观正常的卵巢并不能改善存活率,没有必要进行。但如果卵巢肉眼观察异常或已知有转移,无论是直接浸润或转移均应同时切除,对一侧转移的病人应行双侧同时切除。绝经后或有卵巢癌风险的妇女,经过术前会诊可考虑行卵巢切除(推荐级别:强烈推荐,低质量证据)。

B. 肿瘤相关急诊

对无穿孔或危及生命出血的直肠癌伴梗阻病人,在条件允许的情况下,可采用腔内消融和支架置入等治疗。支架置入可作为术前肠道减压和一期吻合手术的“桥梁”,或作为姑息性辅助治疗用于转移性病人。由于支架移位、疼痛或大便失禁,早期失败风险高,不适合于低位直肠癌。另外,大肠癌病人即使不能切除,其生存期也越来越长,由于支架保持通畅时间有限,应认真权衡这部分肿瘤不能切除病人肠腔内支架的使用。

对不适合或不具备支架置入条件的直肠癌伴梗阻病人,可采用近侧转流性袢式造口缓解梗阻,造口远侧输出袢应开放以保障远端肠内容物的排除(推荐级别:强烈推荐,低质量证据)。

C. 多学科综合治疗

多学科综合治疗已成为局部进展期直肠癌(T3-4/ NX或TX/ N1-2)标准的治疗方式,特别是瘤体巨大、广泛、固定的病人。术后放化疗可使局部进展期直肠癌的局部复发率从55%降低至33%,并显著延长无病生存期。II、III期直肠癌辅助性治疗以往多于术后进行,但目前强有力的证据表明术前新辅助治疗长期疗效更佳、毒性更低。

新辅助治疗 局部进展期中低位直肠癌应进行新辅助治疗(推荐级别:强烈推荐,高质量证据)。有两种方案:(1)

短程放疗(SCRT)。连续5 d,每天5 Gy,不加化疗,放疗结束1周内手术。(2)长程术前放化疗(LCCRT)。常规剂量每次1.8~2.0 Gy,5~6周,总剂量45.0~50.4 Gy,同时给予5-FU为基础的化疗,放疗结束8~12周后手术。两种方案与TME手术联合应用均能极大地改善中下1/3进展期直肠癌的局部控制。

北欧和斯堪的纳维亚半岛首选术前短程放疗,通常用于影像学上肿瘤边缘已经侵犯直肠系膜筋膜,肿瘤消退和缩小无助于提高切除率或保肛率的病人。与单纯手术相比,短程放疗病人术后局部复发率降低,但长期生存结果不一,直肠上段癌病人没有额外受益。与长程放化疗相比,短程放疗病人的依从性和耐受性更好,3/4级急性毒性反应更少。但由于单次剂量较高,短程放疗可能会导致更多的长期并发症,术后6个月内有更多胃肠道并发症和住院率。

北美和欧洲其他的一些国家将术长长程放化疗作为治疗首选,优点包括肿瘤降期、消退和缩小,15%~20%病人可获得病理完全缓解,瘤体缩小可能改变低位直肠癌的手术方案,使保留肛门括约肌成为可能。

术前与术后长程放化疗比较,局部复发率术前组低于术后组,3级及以上急性和长期毒性反应明显减少。然而,保肛率、无病存活率和总存活率两组间没有显著差异。尽管术后长程放化疗仍然是一个选择,但术长长程放化疗已成为需要降期的局部进展期直肠癌治疗的标准方案,术后继续进行附加周期的化疗也已成为标准。

T3/T4期中低位直肠癌术长长程放化疗与短程放疗相比,虽然两组保肛率相似,但长程放化疗组环周切缘阳性率明显低于短程放疗组,两组局部复发率、无病存活率和总存活率没有显著差异。病理完全缓解率长程放化疗组明显高于短程放疗组。

新辅助放疗和TME联合应用可引起明显的长期副作用,包括慢性肠道功能障碍、肛门括约肌以及性功能障碍等。因此,选择合适病人使其从放疗中最大获益非常关键。

关于奥沙利铂和卡培他滨等新化疗药物的作用以及是否可以更有选择性的应用放疗、术前短程放疗后追加化疗的作用等,目前正在进行临床研究。

辅助治疗 部分术前来接受新辅助治疗的III期或高风险II期直肠癌病人,术后应进行辅助性放化疗(推荐级别:强烈推荐,中等质量证据)。

部分直肠癌病人由于术前影像学分期过低而直接手术,但术后病理显示分期高于预期,这部分病人建议行术后辅助性放化疗。术后放疗的主要缺点是照射区内小肠的放射损伤增加、术后组织缺氧导致的潜在放疗不敏感、腹会阴联合切除术后会阴伤口愈合不良。辅助性放化疗在降低局部复发率和癌症相关病死率方面具有疗效,但缺乏手术方式和环周切缘的对照。TME手术开展前,辅助性放化疗有助于提高手术效果,但目前还无法证明辅助性放

化疗可以使行合格TME手术的淋巴结阳性或T3期且环周切缘阴性(RO)的直肠癌病人受益。TME手术后环周切缘阳性的病人局部复发风险高,应追加辅助治疗。

与标准5-FU方案相比,FOLFOX方案可显著改善结肠癌病人无病存活率和总存活率。因此,直觉上预测有不良预后特征的直肠癌病人也应有类似受益。

对采用新辅助化疗的病人,由于原发肿瘤和区域转移淋巴结在新辅助化疗后可以明显降期,真实的分期常常不够准确。因此,对这部分病人,建议根据术前分期对高风险II期和所有之前接受新辅助治疗的III期直肠癌病人均进行辅助化疗。对行术前化疗的病人,降期至ypT0-2的病人总存活率改善比肿瘤降期至ypT3-4的病人更加显著(推荐级别:强烈推荐,高质量证据)。

D. 病情记录

所有病人均应进行详细的病情记录,包括术前、术中及最后的病理诊断和分期。术前信息应包括肿瘤组织学诊断、影像学分期、肿瘤部位、拟行造口位置、术前治疗等。术中记录应包括直肠以外病变的探查情况,是否存在同时性转移或肉眼可见的肠系膜侵犯、腹主动脉旁或侧方淋巴结情况、肿瘤部位和相邻脏器的侵犯情况等。手术细节包括切口类型、肠管和肠系膜切除范围、吻合技术和方式、吻合口高度、相邻受侵犯脏器整体切除情况等,以及术者评估的切除彻底性、切缘情况等。术中不良事件包括肿瘤穿孔,可显著增加局部复发率,降低5年存活率,应清楚记录。

准确、详尽和前后一致的病理报告对预后评估和治疗计划制定至关重要,病理科医生在确认肿瘤病理诊断、最终分期、切缘受累情况、新辅助治疗疗效等方面起着关键性的作用,外科医生应通过正确注明标本朝向、规范处理并及时标本送交等,帮助病理科医师完成好他们的工作。(推荐级别:强烈推荐,低质量证据)。

2 《直肠癌诊治应用指南2013修订版》要点解读

与2005年版《直肠癌诊治应用指南》(以下简称《指南》)^[1]相比,新版《指南》^[2]在许多方面进行较大的修改。首先,对于《指南》中每一项建议的推荐强度由原来复杂的A、B、C、D四级改为简单的强烈推荐或弱推荐两级。将证据的等级由原来复杂的I、II、III、IV、V五级级改为简单的高、中、低质量证据三级,使读者对建议的推荐强度和证据等级更加容易理解,并合理的应用和指导其临床实践。

在直肠和直肠癌的定义方面,新版《指南》给与了更加明确的描述:在解剖学上,近端的起点为乙状结肠末端结肠带扇形张开处,影像学上为骶骨岬水平;硬式直肠镜检查,肿瘤下缘距肛缘15 cm以内的肿瘤为直肠癌。

近年来,结肠镜、直肠腔内超声、CT、MRI、PET-CT等影像学诊断方法在临床上得到广泛的应用,使得直肠癌术前不仅在病理诊断上更加明确、更加容易,而且在肿瘤浸润的深度、区域淋巴结以及全身其他部位的转移情况也可以得到比较准确的判断,从而产生以各种诊断手段为依据的

临床术前分期,并对治疗方案的制定和选择产生重要的影响。但是由于各种诊断方法本身的局限性,依据不同影像学诊断方法得出的术前临床分期在敏感性和特异性方面各有一定的差异。为此,新版《指南》特别强调对采用不同诊断手段得出的分期通过增加前缀进行标识,例如最终病理分期加前缀“p”,新辅助治疗病人在“p”之前加“y”,临床分期前加“c”;超声分期前加“u”;核磁共振分期前加“mr”,CT扫描分期前加“ct”等,使后续接诊医生对其分期的依据和准确性有一个比较客观的判断。另外,新版《指南》特别对各种影像学诊断手段在直肠癌浸润深度、淋巴结转移方面的优点和局限性方面进行了客观的描述和介绍。特别对环周切缘以及环周切缘阳性的定义进行了描述,指出环周切缘是指直肠肿瘤(包括非毗邻肿瘤)与直肠系膜筋膜之间的最短距离, ≤ 1 mm即被认为是阳性。MRI显示的直肠系膜筋膜平面与TME手术切除标本的筋膜具有较好的相关性。同时指出,与X射线相比CT对发现转移更加敏感并可作为以后随访的基础参照,建议直肠癌术前均应进行胸、腹和盆腔CT等影像学检查。

在治疗方面,新版《指南》首次以正式文件的形式提出直肠癌手术应当由具有专科知识、专业培训和治疗经验的结直肠外科医生进行,从而达到更高的存活率、更低的并发症发生率、更多的保肛率和更少的永久性肠造口。目前在国内外,由上海市外科学会结直肠外科学组牵头制定的《上海市直肠癌手术管理规范》已经开始在全市范围推广,规定直肠癌手术只能在具有一定胃肠外科规模的医院和科室,由经过培训和考核的具有资质的外科医生进行。相信美国结直肠外科医师学会新版《指南》对该问题的明示,将对国内全国范围内的直肠癌手术规范管理起到推动作用。

对于早期直肠癌应当采用局部切除还是根治性切除,目前文献中尚有一定的争议,新版《指南》进行了比较详细的描述。强调目前已有的诊断方法均难以达到准确的术前分期,局部切除仅适用于经过认真筛选,不伴有高风险病理特征的T1期直肠癌以及身体状况不能耐受根治性手术的进展期病人。手术应切除包括病变在内的肠壁全层,至直肠周围脂肪,肉眼正常边缘达到10 mm。除身体状况无法耐受根治性手术的病人外,T2期直肠癌病人均应接受连同系膜一起切除的根治性手术。这一点对于规范早期直肠癌手术适应证的掌握,避免盲目开展局部切除将具有一定的指导意义。

对于直肠癌根治性手术,新版《指南》特别强调TME手术的重要性。指出:直肠癌远端系膜内扩散距离往往超出肠壁内扩散,可达肿瘤远侧3~4 cm。对于直肠上段癌,肿瘤远端系膜应切除5 cm以上;直肠中下段癌无论采用LAR或APR均需行TME,并在盆腔筋膜脏层和壁层之间进行锐性精确分离。而肿瘤远侧肠壁切除大部分情况下2 cm已经足够,对位于直肠系膜远侧缘或更低的直肠癌,远侧1 cm肠壁的切除也可以。并提出充分的环周切缘切除是

控制局部复发的关键,环周切缘阳性是局部复发率和存活率下降的独立危险因素,T分期和N分期越差,环周切缘阳性风险越高,手术分离层面是否恰当对环周切缘是否阳性至关重要。

对于直肠癌手术近侧系膜血管结扎的高度,新版《指南》的观点与以往相似,在没有确定直肠上动脉根部平面上淋巴结转移的情况下,于直肠上动脉根部结扎切断血管即可。关于侧方淋巴结,新版《指南》认为没有必要在TME基础上进行常规扩大的侧方淋巴结清扫,侧方淋巴结清扫没有明显肿瘤获益,反而增加泌尿功能及性功能障碍,但对有明确临床证据显示侧方淋巴结转移的病人,不论是否使用新辅助化疗,均应同时行侧方淋巴结清扫。

随着直肠癌新辅助治疗的临床广泛应用,另外一个比较新的问题是新辅助化疗后临床完全缓解直肠癌病人进一步治疗方式的选择,是单纯的非手术密切观察,还是进行局部切除,或是仍然进行根治性手术。前两者的近期风险小,但远期肿瘤学结果难以确定,后者可以确保远期效果,但近期手术风险增加,而且8%~16%的病人实际上病理完全缓解,较大的根治性手术似乎没有必要。对此,新版《指南》认为对于临床完全缓解的病人,由于尚无法通过直肠指诊、MRI、CT、PET等准确预测是否为病理完全缓解,仍应行根治性切除,非手术密切随访仅限于身体状况不宜或拒绝行根治性手术的病人。

对于低位直肠癌,新版《指南》强力推荐术中进行吻合口漏测试,对高风险病人行转流性结肠或回肠造口,认为可以降低吻合口漏发生率和再次手术率。但对是否要行结肠J型储袋或直肠腔内冲洗仅进行了弱推荐。新版《指南》虽然认为腹腔镜直肠癌手术的安全性和可行性尚有待进一步的证据,但如果是有经验的腹腔镜外科医生施行的腹腔镜TME手术,可获得与开腹手术相同的肿瘤学预后,这一点对于国内腹腔镜直肠癌手术的开展将会有可以预

见的推动作用。

对于局部进展期直肠癌(T3-4/NX或TX/N1-2),特别是瘤体大而固定的病人,新版《指南》用较大的篇幅强调多学科综合治疗的重要性,强调与传统的术后放化疗相比,术前新辅助治疗能更明显的降低局部复发率、延长无病生存期,长期疗效更佳、毒性更低。术前新辅助治疗有术前短程放疗和术前长程放化疗两种,与TME联合使用均能极大地改善中下1/3进展期直肠癌的局部控制。与长程放化疗相比,短程放疗依从性和耐受性更好,但长程放化疗可以使肿瘤明显降期、消退和缩小,使保留肛门括约肌成为可能。在这方面,国内由于放疗设备、医生和病人观念等原因,术前新辅助放化疗的开展尚不普及,为了更好的提高直肠癌,尤其是局部进展期直肠癌的治疗效果,有必要加强相关的工作。

对于术前未接受新辅助治疗的Ⅲ期或高风险Ⅱ期直肠癌病人,新版《指南》建议术后行辅助性放化疗,这一点与以往的指南没有明显区别。但对已行新辅助治疗的病人,由于原发肿瘤和区域转移淋巴结可以明显降期,术后病理分期不能准确的代表初始的比例分期,新版《指南》建议根据术前分期对高风险Ⅱ期和所有之前接受新辅助治疗的Ⅲ期直肠癌病人均进行辅助化疗,似乎更加合理。

另外,新版《指南》还特别强调准确、全面病情记录和病理报告在整个诊治过程中的重要性,值得我们加以重视。

参 考 文 献

- [1] Tjandra JJ, Kilkenny JW, Buie WD, et al. Practice parameters for the management of rectal cancer (revised)[J]. Dis Colon Rectum, 2005, 48(3): 411-423.
- [2] Monson JRT, Weiser MR, Buie WD et al. Practice parameters for the management of rectal cancer (revised)[J]. Dis Colon Rectum, 2013, 56(5): 535-550.

(2013-07-21收稿)

“第六届胃肠肿瘤学术研讨会暨胃癌高级培训班、广东省医学会胃肠外科学分会第五次学术会议”征文通知

由中山大学附属第一医院、中山大学胃癌诊治研究中心、广东省医学会、《中国实用外科杂志》和《消化肿瘤杂志(电子版)》编辑部联合主办的“第六届胃肠肿瘤学术研讨会暨胃癌高级培训班、广东省医学会胃肠外科学分会第五次学术会议”定于2013-12-06-09在广州市召开。会议将邀请国内消化肿瘤领域著名专家作专题研讨并开展手术视频和论文征文比赛,优秀者将邀请大会发言。参会者可获国家继续医学教育I类学分10分。

征文内容:消化肿瘤手术视频;消化肿瘤的诊治进展;胃肠肿瘤根治的扩大和缩小术式;消化肿瘤的微创手术;胃肠道间质瘤的诊治;消化肿瘤的辅助治疗进展;消化肿瘤的营养支持;消化肿瘤的影像学诊断;消化肿瘤诊治的多学科协作;消化肿瘤的循证医学。

征文要求:(1)请使用Word文档格式,全文字数4000字左右,摘要600字左右;(2)摘要内容应包括文题,作者单位,邮编,姓名及目的、方法、结果、结论;(3)征文截稿日期2013-11-20,请将稿件发至xu15360899368@163.com,主题请标明“胃肠肿瘤学术研讨会征文”。

联系地址及联系人:510080,广州市中山二路58号,中山大学附属第一医院胃肠胰外科:杨东杰(13631381278),徐泽斌(15360899368)。