外科知识辅导:直肠癌术后局部复发的外科治疗 PDF转换可能丢失图片或格式,建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/15/2021_2022__E5_A4_96_E 7 A7 91 E7 9F A5 E8 c22 15312.htm 外科治疗既可提高局部 复发肿瘤的切除率,又可提高局部复发患者的生存率。手术 加化疗、放疗表明外科综合治疗可显著延长患者生存时间。 图1 直肠解剖(冠状面)直肠癌是我国常见恶性肿瘤之一, 近年来发病率呈明显上升趋势,虽然直肠癌的诊断与治疗已 取得了长足进步,但术后5年生存率仍保持在50%~60%,直 肠癌根治性切除术后的局部复发率高达4%~40%[1,2],局 部复发一般早于远处复发,60%~80%的局部复发是发生在术 后2年以内,绝大多数复发时间多在术后8~22个月[3,4]。未 经治疗的局部复发患者中位生存时间一般为3.5~13个月[5]。 对直肠癌局部复发的临床分析结果表明,手术切缘是否残留 癌细胞和血管是否受到浸润可作为预测和判断直肠癌术后局 部复发的独立因素[3]。早期发现局部复发,是争取再次手术 切除的机会并获得治愈的关键。直肠癌局部复发的诊断主要 根据病史、症状、体征和影像学检查结果;腔内超声、CT MRI 是诊断直肠癌局部复发的重要手段。用18氟荧光右旋 葡萄糖(FDG)全身正电子发射断层摄片(PET)在检测直 肠癌局部复发及骨盆、后腹膜、腹部的浸润病变方面,灵敏 性和特异性分别为96%、79%。 对直肠癌术后局部复发的外 科综合治疗, 应充分考虑到直肠癌局部复发因素和复发病变 的特点。直肠癌局部复发包括吻合口、盆腔、会阴部和腹壁 切口,可涉及淋巴结、腹膜、邻近脏器。局部复发的患者, 一部分是吻合口肠腔内复发,多数为肠腔外复发而浸润吻合

口,多侵及盆内软组织及邻近脏器或结构。因此,准确判断 局部复发病灶大小和浸润程度对决定是否手术切除复发病灶 选择何种手术、联合切除那些脏器、如何选择恰当的外科 综合治疗方案有着重要意义。 一、局部复发灶再手术切除 及 时、合理的外科手术治疗局部复发,是进一步提高患者生存 率的主要途径,应首先考虑。应通过对局部复发的类型、复 发肿瘤的生物学特性和肿瘤浸润范围等因素,综合分析,确 定有无治愈性切除机会;根据肿瘤复发的部位,确定能否施 行广泛的整块切除以保证肿瘤的安全切缘。限于盆腔内的局 部复发,若侵及骨盆侧壁、坐骨切迹或髂血管引起下肢肿胀 者。,肿瘤多不能切除;盆腔内痛疼、下肢痛或坐骨神经痛 者,多表示骶神经根受侵,应视为手术禁忌证。一般认为双 侧输尿管梗阻、肾盂积水为手术禁忌证,但再次手术解除梗 阻后肾功能多可顺利恢复。因此,输尿管梗阻、盆侧壁受侵 也应积极解除梗阻,恢复肾功能,对延长患者生存期都具有 意义。局部复发伴淋巴结转移者,再手术效果较差。但积极 手术切除的患者,其远期效果仍明显优于非手术者。经手术 切除的外科综合治疗局部复发患者,5年生存率可达14.8% ~51.2%,而未行手术切除治疗患者的5年生存率为0% ~4.0%[4,5]。 1. 经腹会阴联合再切除术:对直肠癌经腹前 切除或其他保肛术后吻合口局部复发者,可行经腹会阴联合 切除,必要时加尾骨切除。保肛术后局部复发病灶一般较孤 立,单纯吻合口局部复发的切除率较高,一般为47%~74%。 单纯根治性切除后3年、5年生存率分别为40.0%、24.0%[5]。 局部复发肿瘤病灶的直径<5cm的女性患者,常能达到治愈 性切除使局部病变得到有效控制[6]。对原来施行Miles手术者

,则施行腹会阴联合切除术后的会阴部扩大切除术、全盆腔清扫术,加后盆脏器切除术或全盆脏器切除术。这些挽救性手术往往可以达到治愈目的,其5年生存率仍可达27%

~40%[7]。 2. 部分保肛术后局部复发患者,特别是行全系膜 切除(TME)后,吻合口的局部复发病灶常侵及周围组织结 构或邻近器官。经腹会阴联合切除术后,直肠癌盆腔局部复 发肿瘤多侵及盆侧壁或骶前,为保证切缘无残留肿瘤,常需 行骶骨切除。明确肿瘤侵润S2水平以下均适合骶骨切除,绝 大多数可保留S1神经根, S2、S3神经根应尽可能保留, 至少 保留一侧神经根。超过S2水平的骶骨切除将影响骨盆的稳定 性,并可能波及脊髓。经腹骶根治性切除者加术前或术中放 疗,其3年和5年生存率可达41%和18%-30%;局部再复发 率37%-69%。经腹骶切除手术复杂,出血多,手术死亡率一 般低于9%;手术并发症发生率25%-69%。常见并发症为术中 出血,伤口感染、小肠梗阻、尿瘘或输尿管吻合狭窄等[7,8] 。在不能保证肉眼切缘无残留肿瘤组织的情况下,不宜选用 此术式。转贴于: 100Test 下载频道开通, 各类考试题目直接 下载。详细请访问 www.100test.com