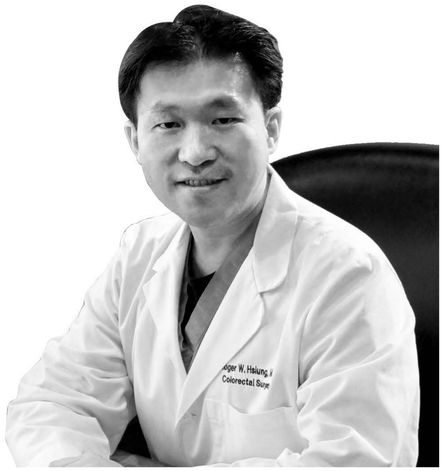
大腸直腸肛門疾病癥狀系列報導 (95)

大腸直腸外科醫師／熊維羆

大腸直腸肛門疾患簡介：美國結直腸外科醫師學會

直腸癌診治應用指南2013修訂版（六）



續前文

對於直腸癌根治性手術，新版《指南》特別強調TME手術的重要性。指出：直腸癌遠端系膜內擴散距離往往超出腸壁內擴散，可達腫瘤遠側 3～4cm。對於直腸上段癌，腫瘤遠端系膜應切除5 cm以上；直腸中下段癌無論採用LAR或APR均需行TME，並在盆腔筋膜臟層和壁層之間進行銳性精確分離。而腫瘤遠側腸壁切除大部分情況下2cm已經足夠，對位於直腸系膜遠側緣或更低的直腸癌，遠側1cm腸壁的切除也可以。並提出充分的環周切緣切除是控制局部復發的關鍵，環周切緣陽性是局部復發率和存活率下降的獨立危險因素，T分期和N分期越差，環周切緣陽性風險越高，手術分離層面是否恰當對環周切緣是否陽性至關重要。

對於直腸癌手術近側系膜血管結扎的高度，新版《指南》的觀點與以往相似，在沒有確定直腸上動脈根部平面以上淋巴結轉移的情況下於直腸上動脈根部結扎切斷血管即可。關於側方淋巴結，新版《指南》認爲沒有必要在TME 基礎上進行常規擴大的側方淋巴結清掃，側方淋巴結清掃沒有明顯腫瘤獲益，反而增加泌尿功能及性功能障礙，但對有明確臨床證據顯示側方淋巴結轉移的病人，不論是否使用新輔助化療，均應同時行側方淋巴結清掃。

隨著直腸癌新輔助治療的臨床廣泛應用，另外一個比較新的問題是新輔助放化療後臨床完全緩解直腸癌病人進一步治療方式的選擇，是單純的非手術密切觀察，還是進行局部切除，或是仍然進行根治性手術。前兩者的近期風險小，但遠期腫瘤學結果難以確定，後者可以確保遠期效果，但近期手術風險增加，而且 8%~16%的病人實際上病理完全緩解，較大的根治性手術似乎沒有必要。對此，新版《指南》認爲對於臨床完全緩解的病人，由於尚無法通過直腸指診、MRI、CT、PET 等準確預測是否爲病理完全緩解，仍應行根治性切除，非手術密切隨訪僅限於身體狀況不宜或拒絕行根治性手術的病人。

對於低位直腸癌，新版《指南》強力推薦術中進行吻合口漏測試，對高風險病人行轉流性結腸或回腸造口，認爲可以降低吻合口漏發生率和再次手術率。但對是否要行結腸 J 型儲袋或直腸腔內沖洗僅進行了弱推薦。新版《指南》雖然認爲腹腔鏡直腸癌手術的安全性和可行性尚有待進一步的證據，但如果是有經驗的腹腔鏡外科醫生施行的腹腔鏡 TME 手術，可獲得與開腹手術相同的腫瘤學預後，這一點對於國內腹腔鏡直腸癌手術的開展將會有可以預見的推動作用。

對於局部進展期直腸癌（T3-4/NX或 TX/ N1-2），特別是瘤體大而固定的病人，新版《指南》用較大的篇幅強調多學科綜合治療的重要性，強調與傳統的術後放化療相比，術前新輔助治療能更明顯的降低局部復發率、延長無病生存期，長期療效更佳、毒性更低。術前新輔助治療有術前短程放療和術前長程放化療兩種，與TME聯合使用均能極大地改善中下1/3進展期直腸癌的局部控制。與長程放化療相比，短程放療依從性和耐受性更好，但長程放化療可以使腫瘤明顯降期、消退和縮小，使保留肛門括約肌成爲可能。在這方面，國內由於放療設備、醫生和病人觀念等原因，術前新輔助放化療的開展尚不普及，爲了更好的提高直腸癌，尤其是局部進展期直腸癌的治療效果，有必要加強相關的工作。

對採術前未接受新輔助治療的Ⅲ期或高風險Ⅱ期直腸癌病人，新版《指南》建議術後行輔助性放化療，這一點與以往的指南沒有明顯區別。但對已行新輔助治療的病人，由於原發腫瘤和區域轉移淋巴結可以明顯降期，術後病理分期不能準確的代表初始的比例分期，新版《指南》建議根據術前分期對高風險Ⅱ期和所有之前接受新輔助治療的Ⅲ期直腸癌病人均進行輔助化療，似乎更加合理。

另外，新版《指南》還特別強調準確、全面病情記錄和病理報告在整個診治過程中的重要性，值得我們加以重視。

全文完

CRC 大腸直腸診所
熊維羆 醫學博士
Roger W. Hsiung, M.D, F.A.C.S
美國外科手術委員會認證
美國大腸直腸外科手術委員會認證
www.CRCLasVegas.com
電話:702-586-6688（精通英、國、粵、西班牙語） 傳真:702-586-9988
6080 S. Durango Dr., #105, Las Vegas, NV 89113