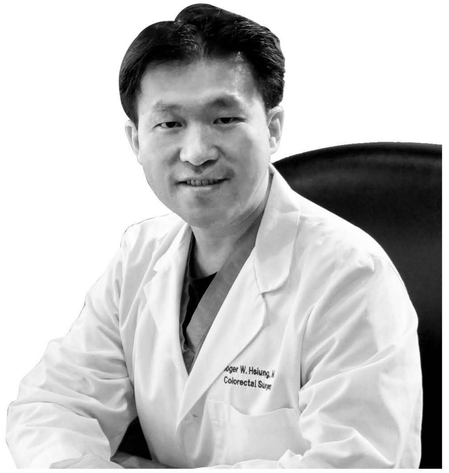
大腸直腸肛門疾病癥狀系列報導 (95)

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（四）



續前文

北歐和斯堪的納維亞半島首選術前短程放療，通常用于影像學上腫瘤邊緣已經侵犯直腸系膜筋膜，腫瘤消退和縮小無助于提高切除率或保肛率的病人。

與單純手術相比，短程放療病人術後局部復發率降低，但長期生存結果不一，直腸上段癌病人沒有額外受益。與長程放化療相比，短程放療病人的依從性和耐受性更好，3/4 級急性毒性反應更少。但由于單次劑量較高，短程放療可能會導致更多的長期并發癥，術後6 個月內有更多胃腸道并發癥和住院率。

北美和歐洲其他的一些國家將術前長程放化療作爲治療首選，優點包括腫瘤降期、消退和縮小，15%~20%病人可獲得病理完全緩解，瘤體縮小可能改變低位直腸癌的手術方案，使保留肛門括約肌成爲可能。

術前與術後長程放化療比較，局部復發率術前組低于術後組，3級及以上急性和長期毒性反應明顯減少。然而，保肛率、無病存活率和總存活率兩組間沒有顯著差異。盡管術後長程放化療仍然是一個選擇，但術前長程放化療已成爲需要降期的局部進展期直腸癌治療的標準方案，術後繼續進行附加周期的化療也已成爲標準。

T3/ T4期中低位直腸癌術前長程放化療與短程放療相比，雖然兩組保肛率相似，但長程放化療組環周切緣陽性率明顯低于短程放療組，兩組局部復發率、無病存活率和總存活率沒有顯著差異。病理完全緩解率長程放化療組明顯高于短程放療組。

新輔助放療和TME聯合應用可引起明顯的長期副作用，包括慢性腸道功能障礙、肛門括約肌以及性功能障礙等。因此，選擇合適病人使其從放療中最大獲益非常關鍵。關于奧沙利鉑和卡培他濱等新化療藥物的作用以及是否可以更有選擇性的應用放療、術前短程放療後追加化療的作用等，目前正在進行臨床研究。

輔助治療

部分術前未接受新輔助治療的Ⅲ期或高風險Ⅱ期直腸癌病人，術後應進行輔助性放化療（推薦級別：強烈推薦，中等質量證據）。

部分直腸癌病人由于術前影像學分期過低而直接手術，但術後病理顯示分期高于預期，這部分病人建議行術後輔助性放化療。術後放療的主要缺點是照射區內小腸的放射損傷增加、術後組織缺氧導致的潛在放療不敏感、腹會陰聯合切除術後會陰傷口愈合不良。輔助性放化療在降低局部復發率和癌癥相關病死率方面具有療效，但缺乏手術方式和環周切緣的對照。TME手術開展前，輔助性放化療有助于提高手術效果，但目前還無法證明輔助性放化療可以使行合格 TME 手術的淋巴結陽性或T3期且環周切緣陰性（R0）的直腸癌病人受益。TME 手術後環周切緣陽性的病人局部復發風險高，應追加輔助治療。

與標準5-FU方案相比，FOLFOX方案可顯著改善結腸癌病人無病存活率和總存活率。因此，直覺上預測有不良預後特征的直腸癌病人也應有類似受益。

對採用新輔助放化療的病人，由于原發腫瘤和區域轉移淋巴結在新輔助放化療後可以明顯降期，真實的分期常常不夠準確。因此，對這部分病人，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。對行術前放化療的病人，降期至ypT0-2 的病人總存活率改善比腫瘤降期至ypT3-4 的病人更加顯著（推薦級別：強烈推薦，高質量證據）。

D. 病情記錄

所有病人均應進行詳細的病情記錄，包括術前、術中及最後的病理診斷和分期。術前信息應包括腫瘤組織學診斷、影像學分期、腫瘤部位、擬行造口位置、術前治療等。術中記錄應包括直腸以外病變的探查情況，是否存在同時性轉移或肉眼可見的腸系膜侵犯、腹主動脈旁或側方淋巴結情況、腫瘤部位和相鄰臟器的侵犯情況等。手術細節包括切口類型、腸管和腸系膜切除范圍、吻合技術和方式、吻合口高度、相鄰受侵犯臟器整體切除情況等，以及術者評估的切除徹底性、切緣情況等。術中不良事件包括腫瘤穿孔，可顯著增加局部復發率，降低5年存活率，應清楚記錄。

準確、詳盡和前後一致的病理報告對預后評估和治療計劃制定至關重要，病理科醫生在確認腫瘤病理診斷、最終分期、切緣受累情況、新輔助治療療效等方面起著關鍵性的作用，外科醫生應通過正確注明標本朝向、規范處理并及時標本送交等，幫助病理科醫師完成好他們的工作。（推薦級別：強烈推薦,低質量證據）。待續

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