

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（五）

續前文

2. “直腸癌診治應用指南2013修訂版”要點解讀與2005年版《直腸癌診治應用指南》（以下簡稱《指南》）相比，新版《指南》在許多方面進行較大的修改。首先，對於《指南》中每一項建議的推薦強度由原來複雜的A、B、C、D四級改為簡單的強烈推薦或弱推薦兩級。將證據的等級由原來複雜的I、II、III、IV、V五級改為簡單的高、中、低質量證據三級，使讀者對建議的推薦強度和證據等級更加容易理解，並合理的應用和指導其臨床實踐。

在直腸和直腸癌的定義方面，新版《指南》給與了更加明確的描述：在解剖學上，近端的起點為乙狀結腸末端結腸帶扇形張開處，影像學上為骨岬水平；硬式直腸鏡測量，腫瘤下緣距肛緣15 cm以內的腫瘤為直腸癌。

近年來，結腸鏡、直腸腔內超聲、CT、MRI、PET-CT等影像學診斷方法在臨床上得到廣泛的應用，使得直腸癌術前不

僅在病理診斷上更加明確、更加容易，而且在腫瘤浸潤的深度、區域淋巴結以及全身其他部位的轉移情況也可以得到比較準確的判斷，從而產生以各種診斷手段為依據的臨床術前分期並對治療方案的制定和選擇產生重要的影響。但是由於各種診斷方法本身的局限性，依據不同影像學診斷方法得出的術前臨床分期在敏感性和特异性方面各有一定的差異。為此，新版《指南》特別強調對採用不同診斷手段得出的分期通過增加前綴進行標識，例如最終病理分期加前綴“p”，新輔助治療病人在“p”之前加“y”，臨床分期前加“c”；超聲分期前加“u”；核磁共振分期前加“mr”，CT掃描分期前加“ct”等，使後續接診醫生對其分期的依據和準確性有一個比較客觀的判斷。另外，新版《指南》特別對各種影像學診斷手段在直腸癌浸潤深度、淋巴結轉移方面的優點和局限性方面進行了客觀的描述和介紹。特別對環周切緣以及環周切緣陽性的定義進行了

描述，指出環周切緣是指直腸腫瘤（包括非毗鄰腫瘤）與直腸系膜筋膜之間的最短距離， ≤ 1 mm即被認為是陽性。MRI顯示的直腸系膜筋膜平面與TME手術切除標本的筋膜具有較好的相關性。同時指出，與X射線相比CT對發現轉移更加敏感並可作為後隨訪的基礎參照，建議直腸癌術前均應進行胸、腹和盆腔CT等影像學檢查。

在治療方面，新版《指南》首次以正式文件的形式提出直腸癌手術應當由具有專科知識、專業培訓和治療經驗的結直腸外科醫生進行，從而達到更高的存活率、更低並發癥發生率、更多的保肛率和更少的永久性腸造口。目前在國內，規定直腸癌手術只能在具有一定胃腸外科規模的醫院和科室，由經過培訓和考核的具有資質的外科醫生進行。相信美國結直腸外科醫師學會新版《指南》對該問題的明示，將對國內全國範圍內的直腸癌手術管理起到推動作用。

對於早期直腸癌應當採用局部

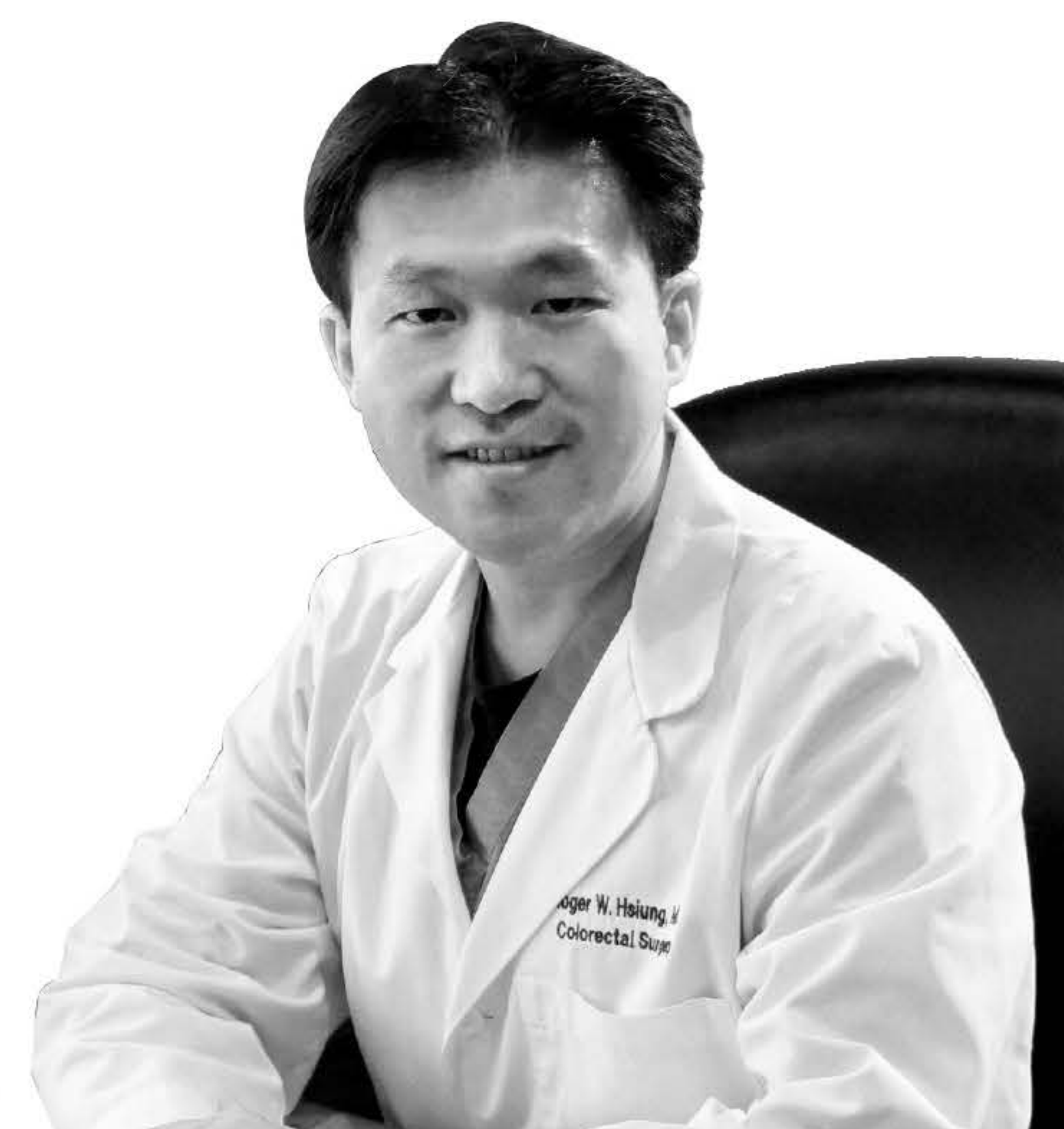
切除還是根治性切除，目前文獻中尚有一定的爭議，新版《指南》進行了比較詳細的描述。強調目前已有的診斷方法均難以達到準確的術前分期，局部切除僅適於經過認真篩選，不伴有高風險病理特征的T1期直腸癌以及身體狀況不能耐受根治性手術的進展期病人。手術應切除包括病變在內的腸壁全層，至直腸周圍脂肪，肉眼正常邊緣達到10 mm。除身體狀況無法耐受根治性手術的病人外，T2期直腸癌病人均應接受連同系膜一起切除的根治性手術。這一點對於規範早期直腸

癌手術適應證的掌握，避免盲目開展局部切除將具有一定的指導意義。

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。待續



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