

低位直肠癌保肛手术加三维适形化放疗疗效观察

邓 峰¹, 缪小丽¹, 张铁辉²

(1. 重庆三峡中心医院 普外科, 重庆 万州, 404000;
2. 辽宁省沈阳市肛肠医院中医外科, 辽宁 沈阳, 110002)

关键词: 低位直肠癌; 保肛手术; 放疗

中图分类号: R 735.3 文献标志码: A 文章编号: 1672-2353(2013)11-145-02 DOI: 10.7619/jcmp.201311060

直肠癌是常见的消化道恶性肿瘤,近年来低位直肠癌的发病率有不断的上升趋势;手术治疗联合放化疗是直肠癌的常规治疗方法,目前直肠系膜全切除(TME)已被作为直肠癌外科治疗的常规术式。本研究观察在手术前对患者进行三维适形放射治疗对低位直肠癌保肛治疗的影响,通过对比分析观察其临床效果,期望为临床提供参考和依据,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

表 1 2 组患者的临床资料比较

组别	性别/ (男/女)	年龄/ 岁	肿瘤分期			病理类型			T ₂	T ₃
			DukesA 期	DukesB 期	DukesC 期	腺癌	肛管鳞状细胞癌	腺瘤性息肉癌变		
观察组	29/31	64.5±14.4	8	16	6	26	4	0	14	16
对照组	27/33	63.4±15.3	11	14	5	25	3	2	13	17

1.2 方法

观察组在术前采用三维适形放射治疗,盆腔固定野照射 45 Gy 后,应用三维适形调强治疗计划系统,进行定位 CT 扫描,以 5 mm 层厚扫描,病变上、下各多扫描 10 层。再将 CT 扫描信息输入工作站后,勾画靶区(GTV),靶区勾画按照国际辐射单位和测定委员会(ICRU) 50 号文件规定标准定义, GTV 外放 0.8~1.0 cm 为临床靶体积(CTV), CTV 外放 1~1.5 cm 为计划靶体积(PTV)。确定邻近危险结构小肠、膀胱等,在影像重建及射线视角下设计治疗计划。休息 2~4 周后 CT 和腔内超声查,进行手术治疗。对照组仅接受单纯的手术治疗,2 组患者手术方式采用 TME,保肛者均使用双吻合器,2 组患者的手术均由同一组临床医师完成。2 组患者术后均行规范放疗及化疗。观察 2 组患者手术切除率及保肛率。

选取 2012 年 1 月—2013 年 3 月本院收治的 60 例直肠癌患者为研究对象,均通过肛门指检、钡灌肠和结肠镜等辅助检查确诊为直肠癌,所有患者均为肿瘤下缘离肛门 2~7 cm 的低位直肠癌患者,经 B 超及 CT 等检查排除术前远处转移,术前病理均证实为直肠癌。60 例患者随机分为 2 组,其中接受术前三维适形化放疗患者 30 例(观察组),30 例患者术前未行放疗(对照组),2 组患者在年龄、性别、生物学特性等方面差异均无统计学差异($P>0.05$),见表 1。

1.3 统计学方法

数据经 SPSS 17.0 统计软件进行分析,各组数据以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,率采用卡方检验,以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结 果

观察组 30 例中 28 例(93.3%)均获得手术切除,对照组 30 例患者中仅 17 例(56.6%)获得手术切除,观察组 24 例(80.0%)行保肛手术,对照组 14 例(47.3%)行保肛手术,观察组手术切除率及保肛率明显高于对照组,2 组差异均具有统计学意义($P<0.05$),见表 2。

表 2 2 组患者手术治疗效果比较[n(%)]

组别	例数	手术切除	保肛	局部复发	远处转移
观察组	30	28(93.3)	17(56.6)	0	0
对照组	30	17(56.6)*	14(47.3)*	6(20%)*	4(13%)*

* $P<0.05$

3 讨 论

直肠癌是发病率仅次于胃和食管癌的常见的胃肠道恶性肿瘤之一,也是发病率逐年上升的恶性肿瘤,中国绝大部分的直肠癌为中低位直肠癌^[1]。对于可切除的低位直肠癌首选的治疗方式是外科手术,但是对于这一部位的治疗效果却相对较差,主要是由于高复发率和低治愈率,同时传统的传统的 Miles 手术需行永久性的腹部结肠造口,导致患者在精神和肉体上受到巨大的创伤,严重影响患者术后的生活质量^[2]。目前临床上对于低位直肠癌的治疗目标是“长期生存”和“完整功能”。因此,在对低位直肠癌进行治疗时,在确保疗效的前提下,尽可能地保留肛门括约肌的功能,可以有效提高患者的生活质量。随着临床医师对直肠癌转移规律和肿瘤远端肠管切除范围的认识深入,以及直肠吻合器械及双吻合技术的逐渐普及应用,低位直肠癌保肛率已提高至 70%~80%^[3]。但是在中国尚无有效手段对直肠癌早发现 and 早诊断,导致大部分患者在就诊时已到了中晚期病例,就诊时往往失去了最好外科手术治疗期,造成部分患者失去了保肛的机会。随着科技的发展,外科手术方法也取得了长足的进步,目前 TME 被认为是治疗是直肠癌手术新的金标准,也是最有效的治疗方式,其目的在于清除肿瘤、保留肛门、提高生活质量及延长生命^[4]。但是单纯的 TME 对直肠周围组织的 T₃ 期及以上的疗效却有限,TME 虽然能够彻底清除直肠系膜,但侧方淋巴结转移或隐匿性转移灶并未切除,由于需要保肛,更难以做到直肠系膜及盆腔侧方淋巴结切除的彻底性;同时由于盆腔狭窄,低位直肠癌手术操作困难,手术过程中往往会挤压肿瘤,且低位直肠癌缺乏浆膜这一阻挡肿瘤细胞的天然屏障,更容易导致癌细胞脱落、种植或残留;另一方面当肿瘤较大时,狭窄的盆腔也限制了手术切除的彻底性,上述种种导致了术后肿瘤局部复发^[5],局部肿瘤的复发导致了位直肠癌患者行保肛手术的失败^[6]。

近年来,临床上为提高低位直肠癌保肛手术的切除率及降低术后的局部复发率,以术前辅助性放疗为主要手段的新辅助治疗方法在临床上得到广泛应用。目前,直肠癌放疗已从常规放疗发

展到精确放疗阶段,包括三维适形放疗和调强放疗^[7]。三维适形放疗是根据肿瘤的形状来设计照射野,通过采用共面或非共面进行照射,由于治疗体积和靶区体积近似适形,在肿瘤靶区受到根治剂量照射的同时,周围敏感器官仅会受到可耐受的低剂量照射^[8]。有研究报告^[9]认为三维适形放疗可以使肿瘤细胞凋亡指数明显升高,提高肿瘤切除率及保肛成功率,而且使癌组织内微血管减少,减少癌组织血供,也可有效减少术中癌组织的扩散^[10-11]。另外三维适形放疗还能减少放射性肠炎的发生,增强了对骶前血管保护作用,术中损伤骶前静脉机会更少,因此可有效减少术中出血。本研究观察组手术切除率为 93.3%,对照组为 56.6%,观察组保肛率为 80.0%,对照组为 47.3%,观察组手术切除率及保肛率明显高于对照组,2 组差异具有统计学意义。本研究结果显示低位直肠癌术前三维适形化放疗有助于提高肿瘤切除率和保肛成功率,显著提高手术治疗的效果,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 刘建东,杜同海,刘丽岩,等.低位直肠癌术前放疗化疗或单纯放疗加前切除术与 Miles 手术远期疗效对比[J].中华胃肠外科杂志,2005,8(4):297.
- [2] 朱琳,薛峰.低位直肠癌术前加速放疗的近期疗效研究[J].中国当代医药,2010,17(8):142.
- [3] 黄小明,匡久树,王仲,等.低位直肠癌保肛术后辅助放疗的价值[J].临床肿瘤学杂志,2007,12(12):936.
- [4] 万远廉,潘义生.直肠癌手术相关问题的探讨[J].中华外科杂志,2006,44(11):721.
- [5] 吴斌,邱辉忠,肖毅,等.新辅助放疗在低位直肠癌中的应用[J].中国实用外科杂志,2005,25(11):671.
- [6] 于波,金伟森,李世拥,等.T₃期中低位直肠癌同步放疗后行保肛手术的临床研究[J].结直肠肛门外科,2009,15(4):221.
- [7] 徐天骄,王刚,黄金山,等.低位直肠癌三维适形放疗保肛治疗 12 例分析[J].人民军医,2008,51(9):598.
- [8] 杨芝萍,李金瑞.三维适形放疗技术在恶性肿瘤治疗中的应用[J].实用肿瘤杂志,2006,6(20):519.
- [9] 张红生,杨斌.局部晚期低位直肠癌术前不同放疗模式疗效观察[J].现代肿瘤医学,2011,19(10):2057.
- [10] 杨正荣,李建军.低位直肠癌术前切除吻合口瘘 10 例临床分析[J].中华全科医学,2011,9(10):1553.
- [11] 李志民,吴浩荣,高泉根,等.1Adv-mIL-12 转染 KC 治疗人结直肠癌裸鼠移植瘤的实验研究[J].中华全科医学,2011,9(4):505.