

专题笔谈

胃癌复发、转移

文章编号:1005-2208(2015)10-1046-03
DOI:10.7504/CJPS.ISSN1005-2208.2015.10.04

胃癌局部复发的特点与对策

李国立,何 琪

【摘要】 通常将局部手术野以及残胃上的复发癌称为局部复发性胃癌。因多数局部复发性胃癌来源于局部手术野,难以获得组织学诊断。胃癌根治术对原发灶及其邻近的组织进行了广泛的切除后,就形成了以手术野为中心的、包含诸多重要脏器、血管在内的广泛粘连。癌组织局部复发后就非常容易累及粘连于周围的重要脏器或血管,多无法切除。局部复发癌在累及邻近脏器的同时也侵入相应脏器的淋巴网络,使其淋巴结转移范围更广泛。手术切除仍是局部复发性胃癌的首选方法,但能够切除者不多。初次手术时准确的术前诊断是防止局部复发的第一环节,规范性手术、必要的术前化疗则是预防复发的重要步骤。

【关键词】 胃癌;局部复发

中图分类号:R6 文献标志码:A

Characteristics and countermeasures of locally recurrent gastric carcinoma LI Guo-li, HE Qi. *Research Institute of General Surgery of PLA, Nanjing General Hospital of Nanjing Military Command of PLA, Nanjing 210002, China*
Corresponding author: LI Guo-li, E-mail: drguoli@163.com

Abstract Locally recurrent gastric carcinoma is commonly referred to the gastric carcinoma arising from the operating field or the gastric remnant. Because most locally recurrent gastric carcinomas arise from the operating field, it is difficult to obtain a histological diagnosis. Curative resection of the primary tumor and adjacent tissues leads to formation of a wide range of adhesions surrounding the operating field, including a number of important organs and blood vessels. Local recurrence of the carcinoma is tended to involve the surrounding important organs or blood vessels, in most cases where complete resection is not possible. Local recurrence of

the carcinoma involving the adjacent organs usually invades the lymphatic vessels of the corresponding organs, so that the lymph node metastasis range is more extensive. Surgical resection is still the first choice for locally recurrent gastric carcinoma, but a small number can be resected. Accurate preoperative diagnosis is the first step to prevent local recurrence. Besides, standard operation and necessary preoperative chemotherapy are also important steps.

Keywords gastric carcinoma; local recurrence

我国早期胃癌诊断率较低,大部分病人确诊时已属中晚期,这些病人术后有较高的复发率。认识和掌握胃癌局部复发的特点与对策对改善病人预后具有重要意义。

1 局部复发性胃癌的定义

临床上通常将曾经彻底治疗过的癌肿复又出现者称为复发,出现在远隔部位者称为转移性复发,出现在原手术部位者则称为局部复发。从严格的意义上讲,术中手术野仍有肉眼可见的癌组织存在属于癌残留,其临床病理特点与治疗方法等都不同于局部复发,应不在局部复发的范畴,胃癌局部复发多指因肉眼无法发现的亚临床病灶引起者。日本《胃癌处理规约》第12版曾对胃癌复发的方式进行过详细的描述,其中就包括残胃复发与局部(手术野)复发^[1],但临床工作中并不是所有局部复发病例都能够明确具体的复发原因与部位,相当多的病例因复发癌肿包绕残胃和手术野而难以辨明其复发的起源,甚至有些术前检查是复发,但是术中探查却发现残胃上的癌肿只是复发癌灶的一部分。故在第13版《胃癌处理规约》中就开始将手术野的局部复发和残胃复发统称为局部复发^[2]。

2 导致胃癌局部复发的因素

导致胃癌复发的相关因素包括胃癌的恶性程度与进展程度、以手术为主的综合治疗的彻底性、病人的免疫功能等。胃癌的恶性程度是指其浸润

作者单位:南京军区南京总医院全军普通外科研究所,江苏南京 210002

通信作者:李国立, E-mail: drguoli@163.com

与转移的能力,临床上多以生长方式与分化程度进行衡量;胃癌的进展程度是指治疗前癌浸润与转移所达到的量,临床上多以分期进行描述;手术是影响胃癌疗效的主要因素,癌组织对化疗的敏感性也是其中不可忽视的问题;机体的免疫功能在肿瘤的发生、发展过程中起着重要的作用,在机体免疫功能低下者胃癌更易复发。在未接受治疗前,胃癌按其固有的生物学特性,突破机体免疫功能的限制,在机体的解剖结构间以浸润和转移的方式进展。手术时胃癌浸润与转移的范围超出了胃切除与淋巴结清扫的范围是导致局部复发的直接因素,癌的恶性程度、癌对辅助化疗的敏感性、机体的免疫功能状态等则是与局部复发相关的重要因素。

3 局部复发性胃癌的临床特点

局部复发性胃癌的临床特点之一是诊断困难,局部复发性胃癌可来源于残胃局部与残胃外的手术野,从获取组织学依据的难易程度看,只有源于残胃黏膜者才可经胃镜取检获得组织学依据,但初次手术结果为R0者源于残胃黏膜的局部复发甚少;源于残胃其他组织层次或残胃外手术野者必需在其累及残胃黏膜时才能获取病理诊断,按其起源部位到黏膜表面的距离以及癌组织生长的速度,一般累及黏膜需要一定的时间,并达到一定的体积;源于残胃外手术野而未累及残胃者无法获得病理学依据,只能根据CT所见结合肿瘤标记物等结果综合判断,而且CT能够确认的异常肿块通常需要达到一定的体积,并能够与术后的瘢痕组织相鉴别,诊断最为困难。临床症状通常是引起病人重视并就诊的主要原因,即使源于残胃黏膜的局部复发也易因术后的其他不适掩盖相应的临床症状;而源于胃外手术野组织间者,在其体积较小时一般不易影响邻近脏器的功能,其发生、进展更加隐匿,更不易引起临床症状。源于残胃其他组织层次者发生、进展的隐匿性介于两者之间,依其对邻近脏器功能的影响程度产生相应的临床症状。因此,局部复发性胃癌发生、进展都较隐匿,很难在其体积较小时确诊,甚至相当多的病例无法获得组织学依据,需要根据临床症状并结合各种辅助检查结果才能作出临床诊断。

涉及重要的脏器、血管多,累及的范围广是局

部复发性胃癌的另一临床特点。胃癌按其生物学特性浸润性生长,透出浆膜后,在完全裸露的部位易脱落入腹腔形成腹膜播种,而在与邻近脏器关系密切的部位,尤其是有解剖学关联的部位则易形成直接浸润,如胃小弯癌通过肝胃韧带浸润肝脏,胃后壁癌通过胃胰皱襞浸润胰腺等。胃癌根治术对原发灶及其邻近的组织进行了广泛的切除、清扫后,形成很大范围的解剖缺损,许多重要脏器、血管等都裸露于手术野,术后就发生以手术野为中心的、包含这些重要脏器和血管在内的广泛粘连。清扫的范围越广、越彻底,粘连的范围也就越大、越紧密。残留于残胃或手术野的癌组织引起局部复发后,就非常容易向粘连于周围的相关脏器直接浸润。所有粘连于局部复发病灶周围的重要脏器或血管都有可能被累及,而且粘连的程度越致密,就越易出现直接浸润。所以,局部复发癌涉及的重要脏器、血管多,浸润的范围广,进展迅速,多无法切除,可切除者也因直接浸润的范围广而多需行多脏器联合切除。发生于手术野组织间的复发,有时在体积很小时就会涉及到多个粘连于邻近的脏器,这种现象临床上并不少见,甚至会为此感叹:“为了那么一点癌却需要切除这么多的脏器”。日本第二任胃癌研究会会长西满正也曾描述:“术中难以分辨邻近脏器间是癌性浸润还是瘢痕性粘连,欲行根治性手术必须行广泛的联合切除”^[3]。胃癌术后的粘连具有很多偶然性,哪些脏器粘连于手术野、粘连的是哪些部位、粘连的致密程度如何等都很难预料,同时局部复发性胃癌的起源部位也具有一定的偶然性。因此,临床上对局部复发性胃癌的进展,所累及的脏器及其程度等很难总结出完整的规律。

局部复发性胃癌进展方式的另一特点是淋巴结转移范围广。从解剖学上看,复发的癌组织直接浸润邻近脏器的同时也侵入了被浸润脏器的淋巴回流网络,浸润到邻近脏器上的那部分癌组织的淋巴回流必将纳入相应脏器所属的淋巴回流系统,易出现被浸润脏器的淋巴结转移。在对残胃癌淋巴转移规律的研究中曾经发现,在残胃空肠吻合(Billroth II式)术后的残胃癌病例,吻合口空肠侧被癌浸润者中,空肠系膜淋巴结转移发生率高达50%^[4-5],故《胃癌处理规约》中曾经规定在残胃癌中空肠系膜淋巴结应被视为N2(第2站)^[2]。

这种现象同样会发生在局部复发性胃癌中被癌所累及的任何脏器,如横结肠、小肠等。

4 局部复发性胃癌的治疗

手术切除仍是治疗局部复发性胃癌最有效的方法,在未浸润浆膜的残胃复发癌,手术切除的难度仅限于初次手术后的腹腔粘连;在未累及重要脏器或血管的局部复发癌也仍有手术切除的机会。这些病例都应尽量争取切除复发癌肿,并相应的淋巴结清扫。对于复发癌累及重要脏器、血管而难以切除者,在必要的情况下也可以按照晚期癌姑息性手术的原则实施姑息性手术^[6]。例如某些局部复发累及横结肠导致梗阻者,在排除诸如腹膜播种、肝转移等其他复发方式并存,其他脏器尚未受癌所累的前提下,可行末端回肠或盲肠与乙状结肠的短路手术,也可行末端回肠或盲肠造口术。病人的受益在于能够获得本次结肠梗阻的解除到下一个脏器受癌所累再次出现功能衰竭之前的这一段时间。下一个脏器受癌所累再出现功能衰竭的时间越晚,则所实施的姑息性手术就越有意义^[6]。

鉴于局部复发性胃癌早期诊断困难,易累及重要脏器及血管,而且涉及的范围多较广泛,能够再手术切除的病例并不多,所以,合理地进行初次手术的相关处理至关重要。初次手术的术前诊断是防止术后局部复发的首要环节,通过内镜、CT等检查确定胃癌的恶性程度与进展程度,准确地判断癌肿浸润、转移的范围与手术可能达到的范围,尽量做到R0切除。在判断癌肿浸润与转移的范围可能与手术切除的范围相等,尤其是可能超过手术范围时,术前化疗是非常值得推荐的方法。传统途径的静脉化疗疗效一般为40%~50%^[7-8],不十分理想。动静脉结合的术前化疗更值得重视,其原理是静脉缓慢滴注时间依赖性药物以维持其作用时间,经动脉介入的方法局部注射浓度依赖性药物以提高其浓度,通过不同的给药途径使两类药物的药理作用得到充分发挥^[9]。经动脉给药主要作用于局部,更适合于无远处转移的局部进展期胃癌。临床初步研究的结果表明,将难以切除的局部进展期胃癌分别以动静脉结合给药和全身给药的方法进行术前化疗,两组的有效率分别

为85.4%与59.5%,R0切除率为75.0%与45.9%,1年、3年存活率分别为85.4%与35.2%,45.8%与8.3%^[10]。在局部进展严重的胃癌病例中,动静脉结合给药组显示出明显的优势。

规范化的手术是防止局部复发的第二环节。手术是治疗胃癌最有效的方法,直接与病人的预后相关,采取其他任何治疗方法,无论如何积极地努力都无法弥补手术的不足。从原则上讲,临床上不应该出现因欠缺手术规范化所导致的胃癌局部复发,但目前在我国这种现象仍然存在,提高对胃癌浸润与转移规律的认识,加强规范化手术的培训仍是非常迫切的。术后的辅助化疗也是与局部复发有关的因素,值得临床重视。密切随访是尽早发现局部复发的重要措施,对于恶性程度高、进展程度偏晚、免疫状态不佳等的病例,术后应该进行密切的随访,及时发现并进行相应的处理。

参考文献

- [1] 日本胃癌研究会.胃癌取扱い規約[M].12版.東京:金原出版,1993:38.
- [2] 日本胃癌研究会.胃癌取扱い規約[M].13版.東京:金原出版,1999:30.
- [3] 西满正.胃癌の外科[M].東京:金原出版,1987:3-37.
- [4] Kunisaki C, Shimada H, Nomura M, et al. Lymph node dissection in surgical treatment for remnant stomach cancer[J]. Hepatogastroenterology, 2002, 49(44): 580-584.
- [5] Han SL, Hua YW, Wang CH, et al. Metastatic pattern of lymph node and surgery for gastric stump cancer [J]. J Surg Oncol, 2003, 82(4): 241-246.
- [6] 李国立,黎介寿.晚期癌的姑息性手术原则[J].中国实用外科杂志,2007,27(1):60-63.
- [7] Cunningham D, Allum WH, Stenning SP, et al. Perioperative chemotherapy versus surgery alone for resectable gastroesophageal cancer[J]. N Engl J Med, 2006, 355(1):11-20.
- [8] Jatoi A, Murphy BR, Foster NR, et al. Oxaliplatin and capecitabine in patients with metastatic adenocarcinoma of the esophagus, gastroesophageal junction and gastric cardia: a phase II study from the North Central Cancer Treatment Group [J]. Ann Oncol, 2006, 17(1):29-34.
- [9] 李国立,李宁,黎介寿.难以切除局部进展期胃癌规范化综合治疗[J].中国实用外科杂志,2014,34(7):633-635.
- [10] Zhang C, Li G, Fan C, et al. Comparison of efficacy of different route of administration of chemotherapy on unresectable, advanced gastric cancer[J]. World J Surg Oncol, 2012, 10(1):162.

(2015-07-16收稿)