

·病例报告·

直肠癌低位前切除迟发性直肠阴道瘘一例

张海山 崔晓峰 谢忠士 汲崇德 刘铜军

患者 女性,32岁。因“直肠癌综合治疗后2年,阴道排气排粪半个月”于2010年12月17日入院。患者2年前曾因直肠癌就诊于本院,临床分期为cT₃N₁M₀。行新辅助放化疗,具体方案为:放疗总剂量45 Gy,分25次照射,化疗选用FOLFOX方案(氟尿嘧啶、四氢叶酸及奥沙利铂),共行2个疗程后,于2009年3月6日行直肠癌根治术,未行预防性造口。术后病理:(直肠)溃疡型癌,外层肌下两处微灶-低分化腺癌;肠周可见淋巴结转移(1/10),分期:ypT₂N₁M₀。术后继续原方案化疗6个疗程。术后5个月,患者出现阴道排脓及黏液,在当地医院抗感染治疗,但症状一直反复。此次入院前半个月出现右侧臀部红肿包块,脓肿穿破臀部皮肤,并自阴道及皮肤破溃处排气、排黏液稀粪。体格检查示:患者一般状态较差,右侧臀部见5 cm×5 cm大小皮肤红肿区,中间见直径1 cm大小破口,挤压有脓汁溢出。肛周彩超检查示:骶尾部右侧软组织深面见7.0 cm×7.2 cm形态极不规则的低回声区,内透声极差,并可见气体反射。纤维结肠镜检查示:齿状线稍上方可见吻合口略狭窄,吻合口周边可见2处异常开口,开口直径约0.5~0.6 cm,周边光整,见图1;距阴道口约5 cm阴道壁可见2处异常开口,直径0.4 cm,周边黏膜光滑,见图2。MRI检查示:直肠和阴道右侧脓腔,见图3。临床诊断:直肠癌术后、吻合口瘘、直肠阴道瘘(rectovaginal fistula, RVF)。

考虑到患者进食差,肛周感染和全身消耗较重,RVF修补失败的可能性较大,于2010年12月22日行横结肠造口转流,臀部脓肿置管局部冲洗,并于2010年12月31日出院。出院后继续于门诊每日250 ml生理盐水行臀部脓腔冲洗1次,2月后臀部脓腔闭合。横结肠造口后6个月,纤维结肠镜检查:RVF尚未愈合;术后1年复查肠镜:吻合口略狭窄,肠镜可通过,吻合口周围未见异常开口,各项检查未发现肿瘤复发迹象,患者拒绝行横结肠造口还纳。

讨论 文献报道,直肠癌术后吻合口瘘的发生率为3.3~10%,RVF的发生率为0.9~9.9%,并不罕见^[1]。超低位

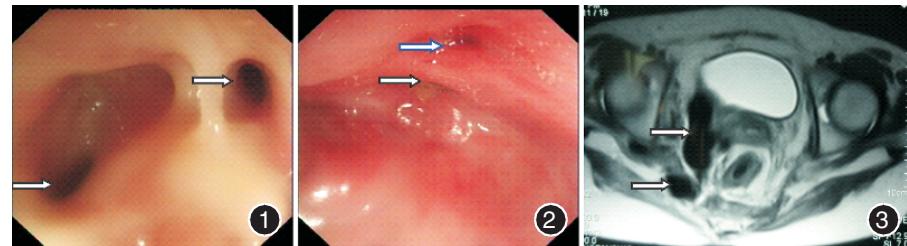


图1 直肠内瘘口(箭头所示) 图2 阴道内瘘口(箭头所示) 图3 MRI显示直肠和阴道右侧脓腔(箭头所示)

吻合、术前放疗、肿瘤浸润严重以及术中操作不当等都是导致吻合口瘘和RVF发生的原因,吻合口瘘和RVF多在术后早期出现,罕有如本病例般迟发瘘的报道。August等^[2]报道,结直肠癌术后放化疗结合贝伐单抗分子靶向治疗的50例患者中,有2例在手术后1年应用贝伐单抗后出现吻合口瘘。虽然该作者认为贝伐单抗是导致迟发性吻合口瘘的主要原因,但不排除放化疗在迟发性吻合口瘘发生中的作用。

分析本病例,考虑放疗引起的纤维组织增生、肠壁水肿以及血管内皮变性、血小板栓塞等因素影响了吻合口周边的血运和组织修复能力。该患者术后5个月时出现阴道流脓及黏液,此时可能已存在微小的吻合口瘘和RVF,由于治疗不当,症状不断反复,并逐步加重,进而于阴道直肠周围间隙形成感染、脓肿,经过长期的脓肿压迫和炎性刺激,最终穿透阴道后壁形成RVF。这一过程的发生、发展经历了一段时间,可能是迟发瘘形成的原因。

多数学者主张,新辅助化放疗后直肠低位前切除应行预防性造口,以预防围手术期的吻合口瘘或减轻吻合口瘘的临床症状和后果^[3]。预防性造口是否可防止RVF有待进一步探讨。

参考文献

- [1] 顾晋,王林.低位直肠癌术后直肠阴道瘘的诊断和治疗.中华外科杂志,2006,44:1587-1590.
- [2] August DA, Serrano D, Poplin E. "Spontaneous" delayed colon and rectal anastomotic complications associated with bevacizumab therapy. J Surg Oncol, 2008,97:180-185.
- [3] 兰平.从并发症角度浅谈直肠癌保肛手术中应重视的若干问题.中华胃肠外科杂志,2010,13:793-795.

(收稿日期:2011-11-16)