

Dis Colon Rectum 2021 年 1 期摘要

结直肠癌摘要 Colorectal Cancer Abstracts

原发肿瘤未治疗的转移性直肠癌患者中原发肿瘤相关并发症和挽救治疗效果

Tan WJ, Patil S, Guillem GJ, Paty PB, Weiser MR, Nash GM, Smith JJ, Pappou EP, Wei IH, Garcia-Aguilar J

背景:对转移灶不可切除的直肠癌,目前临床实践支持不干预无症状患者的原发肿瘤。

目的:确定原发肿瘤相关并发症发生率,分析挽救治疗效果,并计算未接受原发肿瘤初始干预的转移性直肠癌患者的生存率。

设计:回顾性分析。

设定:综合癌症中心。

患者:2008 年 1 月 1 日至 2015 年 12 月 31 日期间就诊的同时性 IV 期直肠癌患者,原发灶未切除,之前也未对原发灶进行干预。

主要结局指标:在未接受任何原发肿瘤直接干预的队列中,原发肿瘤相关并发症发生率。采用 Kaplan-Meier 法和 Cox 回归分析以明确并发症与生存的关系。

结果:该队列包括 358 例患者,中位年龄为 56(22~92)岁。中位随访时间 26(1~93)个月。在 168 例(46.9%)最终接受原发性肿瘤选择性切除术的患者中,66 例(18.4%)患者为治愈目的,102 例(28.5%)旨在预防并发症的发生。在 190 例未接受初始或选择性原发肿瘤切除的患者中,68 例(35.8%)出现并发症,其中 34 例予以非手术干预,总成功率为 61.8%(21/34);手术干预 47 例(其中 13 例为非手术干预失败者),其中 26 例为改道手术,21 例为切除手术。47 例手术患者中,有 42 例(89.4%)最终接受结肠造口术或回肠造口术。

局限:单中心。

结论:原发肿瘤未经治疗的转移性直肠癌患者中,有相当比例的患者会出现原发肿瘤相关并发症。对这类患者应密切随访,如果在接受全身治疗过程中出现原发肿瘤进展,应考虑预防性干预(包括切除、改道或放疗)。视频摘要见 <http://links.lww.com/DCR/B4000>。

(何婉译,张荣欣校)

染色内镜加窄带成像技术用于评价直肠癌新辅助治疗的疗效

Ishioka M, Chino A, Ide D, Saito S, Igarashi M, Nagasaki T, Akiyoshi T, Nagayama S, Fukunaga Y, Ueno M, Kawachi H, Yamamoto N, Fujisaki J, Konishi T

背景:内镜评估是判断直肠癌新辅助治疗后临床完全缓解的关键。

目的:评价常规染色内镜基础上增加窄带成像内镜,用于预测手术标本病理学完全缓解的优势。

设计:前瞻性非随机研究。

设定:这是一项针对在单一综合性癌症中心进行的前瞻性 II 期试验的专门研究,该 II 期试验旨在评估直肠癌新辅助治疗的肿瘤学结果。

患者:高危 II~III 期的低位直肠癌患者,在接受改良的叶酸、氟尿嘧啶、奥沙利铂加贝伐珠单抗新辅助治疗后,进行放疗和手术。

干预:采用常规的白光内镜加染色内镜,然后根据预定方案加或不加窄带成像,对新辅助治疗进行疗效评估。

主要结局:对比常规白光内镜联合染色内镜与加行窄带成像,预测病理完全缓解的准确性,以及内镜专家与培训医师之间的评估一致性。

结果:共有 61 例患者符合本研究要求,其中 19 例(31.1%)患者为病理学完全缓解。虽然增加窄带成像修正了 3 例患者的诊断,但在预测病理完全缓解的整体诊断上提升有限(常规染色内镜对比加行窄带成像,准确性:70.5% vs 75.4%;敏感性:63.2% vs 73.7%;特异性:73.8% vs 76.2%;阳性预测值:52.2% vs 58.3%;阴性预测值:81.6% vs 86.5%)。加行窄带成像,可将检查者间评估一致性的 kappa 值由 0.599 提高到 0.756。

局限:单中心研究,样本量相对较小。

结论:在染色内镜检查中加入窄带成像,尽管诊断准确性的提高有限,但改善了内镜专家和非专家之间的评估一致性。窄带成像是临床完全缓解的诊断标准化的一种可靠而有前景的方法。视频摘要见 <http://links.lww.com/DCR/B275>。

(徐贤绸译,卓长华校)

新辅助化疗时代新辅助直肠癌评分在风险分层的应用:长期随访数据的验证

Lim YJ, Song C, Jeon SH, Kim K, Chie EK

背景:尽管新辅助化疗已广泛应用,但在局部进展期直肠癌中尚无明确的预后标志物。

目的:本研究旨在评估新辅助直肠癌评分作为一个预后因素,对直肠癌患者术后生存和复发风险进行分层。

设计:回顾性研究。

设定:本研究在首尔国立大学医院进行。

患者:397 例接受新辅助化疗加全直肠系膜切除术的患者。

主要结局指标:采用 Harrell C 统计量、受试者操作特征分析及 Cox 回归分析来评估一些指标的预后价值。

结果:新辅助直肠评分低(<8)、中(8~16)和高(>16)组患者分别为 91 例(23%)、208 例(52%)和 98 例(25%)。新辅助直肠评分高是总生存和无病生存不佳的独立预测因素($P=0.011$; $P=0.008$)。对于经新辅助直肠评分(I)或 ypT/N 分期(II)调整的预后模型,模型 I 的 C 指数更高(预测总体生存:0.799 vs 0.787, $P=0.009$; 预测无病生存:0.752 vs 0.743, $P=0.093$)。在受试者操作特征分析中,新辅助直肠评分的预后价值优于肿瘤消退分级、ypT 和 ypN(均 $P<0.05$)。在高新辅助直肠评分组中,辅助化疗可以带来更好的总体生存($P=0.003$)和无病生存($P=0.052$)。

局限:回顾性研究设计导致的潜在选择偏差。

结论:我们验证了新辅助直肠评分可用于对接受新辅助放化疗的 II/III 期直肠癌患者的复发风险进行分层。需要进一步研究证实新辅助直肠评分是否可用于辅助治疗的决策。视频摘要见 <http://links.lww.com/DCR/B354>。

(何婉 译,张荣欣 校)

术前磁共振环周切缘状态是未接受术前治疗的局部进展期低位直肠癌患者术后复发的预测因素

Mazaki J, Tsukamoto S, Miyake M, Moritani K, Sakamoto R, Shida D, Kanemitsu Y

背景:在日本,局部进展期低位直肠癌的标准治疗方法是全直肠系膜切除术联合侧方淋巴结清扫,而非联合术前新辅助治疗。尽管已有研究报道,术前磁共振显示的环周切缘状态影响新辅助治疗直肠癌患者的长期肿瘤学结局,但对于没有接受新辅助治疗的患者是否也存在影响,目前尚属未知。

目的:这项研究基于术前磁共振下环周切缘状态,评估了行根治性手术但未接受新辅助治疗的局部进展期低位直肠癌患者的长期肿瘤学结局,旨在明确新辅助治疗的适用人群。

设计:这项回顾性研究基于术前磁共振,对不同环周切缘状态的低位直肠癌患者的长期肿瘤学结局进行了对比分析。

设定:通过本中心数据库纳入研究对象。

患者:纳入 2000—2014 年间在日本癌症中心医院接受根治性手术但均未行术前新辅助治疗的 338 例低位直肠癌患者。

主要结局指标:主要结局指标是无复发生存率。

结果:中位随访 61.7(3~153)个月。磁共振预测的环周切缘阴性和阳性患者 5 年无复发生存率分别为 76.0% 和 55.6% ($P<0.001$)。单因素和多因素预后分析显示, pN 分期($HR=2.35$, 95% CI: 1.470~3.770; $P<0.001$), 淋巴管浸润($HR=2.03$, 95% CI: 1.302~3.176; $P=0.002$), 静脉浸润($HR=2.15$, 95% CI: 1.184~3.9; $P=0.01$), 手术方式($HR=1.72$, 95% CI: 1.115~2.665; $P=0.01$)和磁共振预测的环周切缘($HR=1.850$, 95% CI: 1.206~2.838; $P=0.0051$)是术后复发的独立危险因素。

局限:这项研究的设计是回顾性研究。

结论:磁共振预测的环周切缘状态与未行新辅助治疗的低位直肠癌患者的无复发生存相关,表明其用于术前最佳治疗方案决策的潜在价值。视频摘要见 <http://links.lww.com/DCR/B335>。

(张荣欣 译,卓长华 校)

良性病摘要 *Benign Disease Abstracts*

憩室病流行病学:发展中国家憩室病死亡率上升

Hunt CW, Chaturvedi R, Brown L, Stafford C, Cauley C, Goldstone R, Francone T, Kunitake H, Bordeianou L, Ricciardi R

背景:憩室病的发病率在西方国家呈上升趋势。然而,在发展中国家,该病的总体负担尚不清楚。

目的:确定以疾病特异性死亡率为衡量指标的憩室病总体负担,同时明确死亡率上升的预警因素。

设计:我们基于 WHO 死亡率数据库进行生态学分析。然后,计算年龄调整的憩室病死亡率,并将其与各国超重成年人比例、卫生支出和饮食结构进行了比较。

设定:国家生命统计数据。

患者:1994 年 1 月 1 日至 2016 年 12 月 31 日因憩室病所致死亡的病例。

主要结局指标:各国年龄调整的死亡率。

结果:平均年龄调整的憩室病死亡率为 $(0.51 \pm 0.31)/100\ 000$ (范围 0.11~1.75/100 000)。研究期间我们注意到,57% 的国家憩室病死亡率上升,而仅有 7% 的国家下降。有 40% 的发达国家被界定为憩室病死亡率高负担,而发展中国家这一比例仅 24%;发达国家的超重成人比例亦高于发展中国家 [$(58.9 \pm 3.1)\%$ vs $(50.6 \pm 6.7)\%$, $P<0.000\ 1$]。然而,发展中国家憩室疾病死亡率的年增长速度高于发达国家 [$(0.027 \pm 0.024)/10\ 万$ vs $(0.005 \pm 0.025)/10\ 万$, $P=0.001$], 超重成人比例的增长速度亦高于发达国家 [$(0.76 \pm 0.12)\%$ vs $(0.53 \pm 0.10)\%$, $P<0.0001$]。

局限:生态学研究无法确定因果关系。

结论:憩室病死亡率在全球不同国家差异显著。发展中国家憩室病死亡率迅速上升,超重成人的比例不断扩大,需要采取公共卫生干预措施,以降低憩室病死亡率。视频摘要见 <http://links.lww.com/DCR/B397>。

(鲜振宇 译,卢丹 校)

直肠周围筋膜解剖:老问题之新见解

Stelzner S, Heinze T, Nikolouzakis TK, Mees ST, Witzigmann H, Wedel T

背景:正如不同的解剖学概念所反映的那样,直肠周围筋膜的结构非常复杂。

目的:直肠周围筋膜的全面可视化有助于直肠手术策略

的制定,如全直肠系膜切除、括约肌间切除和经肛门全直肠系膜切除。

设计: 直肠周围筋膜和盆腔自主神经的宏观解剖和组织学研究。

设定: 大学宏观和微观解剖学实验室。

患者: 从遗体捐献者(67~92岁)中获得13例(5名女性)骨盆标本。

主要结局指标: 直肠周围筋膜、间隙和融合区的图片文件,关键结构的组织学和免疫组化分析。

结果: 直肠后间隙是直肠系膜筋膜和盆壁筋膜之间系膜和筋膜的连接界面。后者由包裹盆腔自主神经的两层组成。盆壁筋膜的外层和骶前筋膜包绕了骶前间隙。骶骨前筋膜覆盖骶正中血管。大约在骶4平面,所有筋膜层在中线融合,并通过直肠骶骨韧带紧密地连接到直肠后壁。盆壁筋膜与肛管直肠交界处的耻尾肌和纵行的直肠肌肉相融合。在前外侧,血管神经束与该筋膜融合区和直肠生殖膈膜紧密相关。

局限: 由于供体者年龄较大,结果可能会受到与年龄相关的退行性变化影响。

结论: 两层盆壁筋膜和筋膜融合区是直肠周围解剖的关键结构。认识到内侧盆壁筋膜对于自主神经的保护是至关重要的。为避免因疏忽导致的直肠穿孔或骶前的意外分离,必须识别直肠骶骨韧带并切断,从而完成直肠全部的游离。视频摘要见 <http://links.lww.com/DCR/B389>。

(李悠然 译,黄鉴 校)

社会经济学摘要 *Socioeconomic Abstracts*

主要肠道疾病的医疗改善打包支付倡议的成本驱动因素是什么?

Ricciardi R, Moucharite M, Stafford C, Orangio G, Roberts PL

背景: 医疗改善打包支付(Bundled Payments for Care Improvement, BPCI)倡议将服务受益人在一段时期内(从手术到出院后90天内)的诊疗支付关联起来。

目的: 确定主要肠道疾病的BPCI倡议的费用/支付的驱动因素。

设计: 分析主要肠道疾病BPCI倡议参与医院的出院患者Medicare标准分析文件。

设定: 2012年1月9日至2014年9月30日,诊断相关组(Diagnostic Related Groups, DRG)分组为329、330或331,并在符合条件的机构接受治疗的所有患者。

结局指标: 我们计算了打包期的所有成本/支付,即术前3天、包括手术在内的住院时段和术后90天。然后我们使用ICD-9编码对每个DRG以及所有病例确定腹腔镜手术和开放手术的成本。最后,我们计算了成本驱动因素对总成本的不同影响。

结果: 在参与肠道疾病BPCI方式的所有医院中,开放手术(45 073美元)的费用比腹腔镜手术高1.6倍。对于最低复杂性的DRG(331),开放手术是最大的总成本驱动因素,此时出院后服务的使用率低。在最复杂的DRG(329)中,再入院成本、专业护理设施成本和家庭健康服务成本是出院后服务的最大成本驱动因素。

局限: 本研究受回顾性分析的限制。

结论: 这些结果表明,对于低复杂性的DRG,使用腹腔镜技术安全取代开放手术最能降低成本;而对于高复杂性的DRG,对降低再入院和出院后服务使用的努力是最有效的。视频摘要见 <http://links.lww.com/DCR/B420>。

(姚一博 译,张正国 窦若虚 校)

直肠肛门疾病摘要 *Anorectal Abstracts*

肛门直肠术后阿片类药物使用模式:制定机构处方指南

Meyer DC, Hill SS, McDade JA, Harnsberger CR, Davids JS, Sturrock PR, Maykel JA, Alavi K

背景: 对术后处方进行更加严格的审查有助于全国范围内对阿片类药物滥用进行控制。

目的: 本研究旨在确定肛门直肠术后阿片类药物的应用模式以改进机构处方指南。

设计: 回顾性队列研究。

设定: 单个三级医疗中心。

患者: 纳入2018年7月至2019年1月间在门诊接受肛肠手术的患者。

主要观察指标: 统计镇痛药当量(羟考酮片5mg)的处方和用量。

结果: 174例手术包括以下4类:痔切除术72例,肛瘘手术55例,肛管尖锐湿疣电灼手术8例,其他手术39例(括约肌切开术14例,肛管活检/皮赘切除术16例,经肛门直肠病变切除术9例)。术后阿片类药物处方量不尽相同(羟考酮5mg处方量3~80片不等)。总体而言,39%的患者没有服用药片,18%的患者服用了所有药片,5%需要再次处方。在开出的所有处方中,63%没有被服用。不同手术类型的使用量有显著差异(以羟考酮5mg/片计算,痔切除术后平均服用量为13.6片,肛瘘手术6.3片,尖锐湿疣电灼术5.8片,其他手术2.9片, $P < 0.001$)。80%的患者使用以下用药指南可满足对阿片类药物的需求:以羟考酮5mg/片计算,痔切除术后27片,肛瘘术后13片,肛管尖锐湿疣电灼术后20片,其他术后4片。采用这一用药指南可使每张处方减少约41%的药量。

局限: 本研究受到回顾性单中心设计的限制,而且阿片类药物的使用量是自我报告的。

结论: 肛肠术后阿片类药物的处方开具量差别甚大,且与

手术类别密切相关。值得注意的是,63%的阿片类药物在肛肠术后未被患者使用,这对公众健康可能会带来重大风险。根据本研究观察到的阿片类药物使用情况,有必要开展前瞻性研究以优化阿片类药物的处方模式。视频摘要见 <http://links.lww.com/DCR/B374>。

(许晨 译,吴炯 校)

动态文章摘要 *Dynamic Article Abstracts*

患者和医生对于急性单纯性憩室炎使用抗生素的偏好:生成非劣效界值的 Delphi 共识过程

Garfinkle R, Sabboobeh S, Demian M, Barkun A, Boutros M

背景:尽管已有相关证据,但在急性单纯性憩室炎治疗中摒弃抗生素并未得到广泛认可。

目的:将患者和医生对单纯性憩室炎治疗中摒弃抗生素的意见进行综合,以生成三种结局的非劣效界值。

设计:这是一项混合方法的研究,包括与患者的面对面访谈和与医生的 Delphi 多轮次调查过程。

设定:北美的患者和医生。

患者:接受结肠镜检查的连续患者,其中 40% 既往有憩室炎病史。

干预:有关憩室炎中抗生素使用的信息视频(针对患者)和证据摘要(针对医生)。

主要结局指标:采用非抗生素策略,对达到完全康复所需时间、持续性憩室炎以及进展为复杂性憩室炎这三个结果生成的非劣效性界值。达呈共识被定义为四分位间距 <2.5。

结果:50 例患者参与本研究。为了避免使用抗生素,患者愿意接受长达 5.0(3.0~7.0)天的完全康复时间,愿意接受增加 4.0%(4.0%~6.0%)的持续性憩室炎风险,以及增加 2.0%(0~3.8%)进展为复杂性憩室炎的风险。共有 55 名医生参加 Delphi 调查(第 1 轮回复率为 94.8%;第 2 轮回复率为 100%),对于持续性憩室炎的增加风险(4.0%, 4.0%~5.0%)和进展为复杂性憩室炎的增加风险(3.0%, 2.0%~3.0%),形成达呈共识的非劣效界值,但对完全恢复所需时间(5.0 天, 3.5~7.0 天)未形成达呈共识的非劣效界值。

局限:患者从单一机构招募,Delphi 调查的参与者是邀请而非随机挑选。

结论:对采用非抗生素策略治疗急性单纯性憩室炎的三个重要结局形成了非劣效界值。

(蒋峰 译,竺平 校)

专区编辑 (Section Editor):汪建平 傅传刚

执行编辑 (Executive Editor):窦若虚

翻译小组 (Translator Group):孙凌云(组长) 陈文平 陈致奋 池诏丞 樊文彬 何婉 黄鉴 黄胜辉 蒋峰 李来元 李绍堂 李英儒 李悠然 梁逸超 刘红利 卢丹 马斌 孙艳武 佟伟华 王桂华 王泉杰 吴德庆 吴炯 徐海霞 徐贤绸 许晨 杨辉 姚一博 闫瑞承 俞少俊 袁静 张木梓 张荣欣 张正国 周易明 竺平 卓长华

审校小组 (Proofreader Group):吴小剑(组长) 吕耀宇 何思祺 柯嘉 赖思聪 梅祖兵 孙伟鹏 鲜振宇 朱哲

本期统筹 (Coordinator of October Issue):卓长华

查看其他全文翻译请登陆杂志官网 www.china-gisj.com 或微信公众号

住院医师角:克罗恩病肠内瘘

每期精选文章:直肠周围筋膜解剖:老问题之新见解

版权声明:文章版权归美国结直肠外科医师协会,未经授权不得复制和传播。美国结直肠外科医师协会不对汪建平教授团队的译文负责。英文原文是唯一的正式文本,译文应完全忠于英文原文。如果对译文的准确性存疑,请参考英文原文。

Copyright © The American Society of Colon & Rectal Surgeons, Inc. Unauthorized reproduction of this article is prohibited.

Disclaimer: The American Society of Colon and Rectal Surgeons is not responsible for the translations provided by Dr. Wang and his colleagues. The original English version of the published content is the only official text. The translated version is subject in all respects to the official text of the published article. If there are any concerns or issues regarding the accuracy of the translations or information presented within the translated versions of these articles, please refer back to the official English-language version.