

Dis Colon Rectum 2023 年 8 期摘要

结直肠癌摘要 Colorectal Cancer Abstracts

扩大右半结肠切除术并不能降低局部复发的风险：一项来自丹麦结直肠癌组数据库的基于全国人群的研究

Alaa El-Hussuna, Theodore Lytras, Niels Henrik Bruun, Mads Falk Klein, Sameh Hany Emile, Niels Qvist

翻译:张荣欣 中山大学肿瘤防治中心
审校:孙伟鹏 郑州大学第一附属医院

背景:目前扩大右半结肠切除术是否能给右半结肠癌带来肿瘤学获益仍有争议。

目的:本研究的目的是比较扩大结肠系膜切除术与传统术式短期和长期结局的区别。

设置:这是一项基于前瞻性维护的丹麦结直肠癌数据库的回顾性人群研究。

主要结局指标:主要结局指标是右半结肠癌根治性切除患者的局部复发率,次要结局指标是术后 30 d 并发症发生率。还研究了远处转移发生率、计划外术中不良事件发生率以及术后 30 d 和 90 d 的病死率。排除接受姑息性切除、急诊手术和新辅助化疗的患者。

结果:在纳入的 12 855 例右半结肠癌切除术患者中,1 151 例接受了扩大右半结肠切除术。行扩大右半结肠切除术的患者为年轻男性、ASA 评分较低、由结直肠外科医生手术、采用腹腔镜手术、且收获的淋巴结数量明显较高。全组患者的术后局部复发率为 1.1% (136/12 855)。常规右半结肠切除术与扩大右半结肠切除术的术后局部复发率差异没有统计学意义 (OR=1.70, 95%CI: 0.63~2.18)。即使在调整了年龄、合并症、并发症、手术方式和其他协变量之后,扩大右半结肠切除术后出现并发症的概率也显著较高 (OR=1.26, 95%CI: 1.01~1.58)。常规右半结肠切除术与扩大右半结肠切除术在远处转移率、计划外术中不良事件发生率和病死率方面的差异无统计学意义。

局限:这是一项基于登记数据的研究,因此不能排除报告不足的情况。本研究中定义的扩大右半结肠切除术并不能反映手术期间淋巴结清扫的程度。

结论:这项大规模登记的人群研究表明,在局部复发方面,常规右半结肠切除和增加肠系膜切除范围和结肠中动静脉结扎数量的扩大右半结肠切除术没有差异。扩大右半结肠切除术可能引起较高的术后并发症发生率。视频摘要见 <http://links.lww.com/DCR/B907>。

从患者角度了解肠道功能障碍对直肠癌手术后生活质量的影响

Michael F. Maalouf, Stephan Robitaille, Ruxandra Penta, Makena Pook, A. Sender Liberman, Julio F. Fiore, Liane S. Feldman, Laurence Lee

翻译:张荣欣 中山大学肿瘤防治中心
审校:赖思聪 中山大学附属第六医院

背景:直肠癌手术后会带来严重的肠功能障碍后果,但受肠功能障碍影响的具体生活质量情况尚不清楚,目前也未能通过一般调查加以解决。

目的:明确受直肠癌手术影响最大的生活质量领域。

设计:定性内容分析。

设置:本研究招募一所大学附属结直肠转诊中心招募的患者进行电话半结构化访谈。

患者:2017 年 7 月至 2020 年 7 月期间接受保留肛门括约肌直肠癌根治术的成年患者。如果患者的手术时间自招募日期起 <1 年,接受了永久性造口,或出现复发或转移,则将其排除。

主要结局指标:通过低位前切除综合征评分表评估肠功能障碍。访谈记录由两名独立评审员编码,并评估其一致性。定性内容分析用于确定生活质量领域,并量化其发生频率(访谈总数的百分比)。

结果:本研究共进行了 54 次患者访谈。分析显示,肠功能障碍影响了 5 个与生活质量相关的领域:心理和情感压力,社会中的角色和关系挑战,身体限制,休闲和娱乐活动限制,自我赋权和适应变化。与没有肠功能障碍的患者相比,罹患轻度和重度肠功能障碍的患者更有可能报告社交活动和性伴侣角色受到影响。与无肠功能障碍和轻度肠功能障碍的患者相比,罹患严重肠功能障碍的患者更有可能报告对睡眠的影响。

局限:本研究的局限性为单中心、患者自我报告和观察者偏倚。

结论:肠功能障碍对生活质量的影響包括一系列超出传统衡量标准的内容。这些结果可能有助于在术前交流中更好地告知患者,并作为制定以患者为中心的生活质量调查的基础。视频摘要见 <http://links.lww.com/DCR/Bxxx>。

II 期结肠癌的多重高危因素预示着比 III 期结肠癌更差的生存率

Luv N. Hajirawala, Yong Yi, P Brian C. Herritt, Morgan E. Laurent, Aaron L. Klinger, Guy R. Orangio, Kurt G. Davis, Jeffrey S. Barton

翻译:张荣欣 中山大学肿瘤防治中心
审校:孙伟鹏 郑州大学第一附属医院

背景:II 期结肠癌的高危因素降低了生存率,且要求进行辅助化疗。关于多种高危因素对生存率影响的数据较为有限。

目的:比较没有、伴有 1 个或多个高危因素的 II 期结肠癌和 III 期结肠癌患者的生存率。

设计:使用生存率、流行病学和最终结果数据库确定 2010—2016 年间诊断为 II 期和 III 期结肠癌的患者。然后,II 期患者根据没有、有 1 个或 2+ 个以下高危因素进行分类: pT4、周围神经侵犯、评估的淋巴结少于 12 个 (<12 个淋巴结)或组织学分化较差。计算观察到的存活率和疾病特异性生存率。然后根据是否进行化疗对各组进行分层。

设置:本研究使用了 2010—2016 年间包括生存、流行病学和最终结果的数据库。

患者:II 期或 III 期结肠癌患者。

主要结局指标:主要结局指标是 5 年生存率和病因特异性生存率。

结果:研究共纳入 65 831 例患者。18 056 例患者为 II 期, 无高危因素; 9 426 例患者为 1 个高危因素; 3 503 例患者为 2+ 个高危因素; 共有 34 842 例患者被诊断为 III 期结肠癌。与无高危因素(74.9%, 90.7%)、有 1 个高危因素(67.1%, 82.4%) 或 III 期结肠癌(59.1%, 68.1%) 的患者相比, 具有 2 个以上高危因素的 II 期癌症患者的 5 年观察生存率和病因特异性生存率较低, 分别为 49.2% 和 59.5% ($P < 0.05$)。化疗与 III 期结肠癌的病因特异性生存率提高有关, 也与 II 期结肠癌患者更差的病因特异性生存率有关。

局限:本研究是一个回顾性的数据库分析。数据集中缺少淋巴管侵犯、切缘状态和梗阻或穿孔的数据。

结论:相较于淋巴结转移, 伴有多个高危因素的 II 期结肠癌的预测其生存率更低。化疗也可引起 II 期疾病患者更差的不良反应特异性生存率。对这一群体的进一步研究应侧重于辅助治疗的类型和持续时间, 以及这些肿瘤的生物学特征。视频摘要 <http://links.lww.com/DCR/B929>。

高级别肿瘤出芽是否是 II 期结肠癌的独立预后因素?

Jung Kyong Shin, Yoon Ah Park, Jung Wook Huh, Seong Hyeon Yun, Hee Cheol Kim, Woo Yong Lee, Seok Hyung Kim, Sang Yun Ha, Yong Beom Cho

翻译:张荣欣 中山大学肿瘤防治中心

审校:何思祺 中山大学附属第五医院

背景:淋巴结、血管及周围神经侵犯等危险因素, 被视为 II 期结肠癌辅助治疗的指征。然而, 肿瘤出芽未被纳入上述的危险因素。

目的:本研究旨在评估肿瘤出芽作为 II 期结肠癌预后因素的价值。

设计:本研究为回顾性队列研究。

设置:本研究在三级医疗中心进行。

患者:本研究分析了单中心 2007—2013 年间接接受根治性切除手术的 1 390 例 II 期结肠癌患者。

干预:根据肿瘤出芽状态对患者进行分类, 包括低级别肿瘤出芽 (<10 个芽) 和高级别肿瘤出芽 (>10 个芽)。两组之间基线的差异通过倾向性评分匹配进行校正。

主要结局指标:无病生存期和总生存期。

结果:1 390 例患者中, 有 146 (10.5%) 的患者有高级别肿瘤出芽。高级别肿瘤出芽组显示出不良的组织学特征, 如进展性的 T 分期和组织分化等级, 以及淋巴结、周围神经侵犯的表现。在匹配后, 高级别肿瘤出芽组的 5 年无病生存率显著低于低级别组。在没有危险因素且未获得辅助治疗的患者中, 高级别肿瘤出芽组与低级别肿瘤出芽组 5 年总体生存率相似。然而, 高级别肿瘤出芽组的 5 年无病生存率显著低于低级别肿瘤出芽组。

局限:回顾性单中心研究。

结论:高级别肿瘤出芽是 II 期结肠癌的不良预后因素,

也被视为辅助治疗的危险因素之一。视频摘要见 <http://links.lww.com/DCR/B962>。

转移性结直肠癌患者 KRAS 状态对全身炎症性指标的预后意义

Yuji Miyamoto, Takahiko Akiyama, Rikako Kato, Hiroshi Sawayama, Katsuhiko Ogawa, Naoya Yoshida, Hideo Baba

翻译:张荣欣 中山大学肿瘤防治中心

审校:何思祺 中山大学附属第五医院

背景:全身炎症性标志物是转移性肿瘤患者有用的预后指标。然而, KRAS 基因型对转移性结直肠癌患者全身炎症性标志物的影响尚不清楚。

目的:根据转移性结直肠癌患者不同的 KRAS 基因型, 评估治疗前全身炎症性状态与预后之间的相关性。

设置:在一所大学医院进行。

设计:一项回顾性研究。

患者:272 例接受了一线全身化疗的转移性结直肠癌患者, 其中 169 例为 KRAS 野生型 (KRAS_{wt}), 103 例为突变型 (KRAS_{mut})。

主要结局指标:我们回顾性分析了 8 项全身炎症性指数: 中性粒细胞/淋巴细胞比率、血小板/淋巴细胞比率, 淋巴细胞/单核细胞比率, 预后营养指数, 格拉斯哥预后评分, 那不勒斯预后评分, 全身炎症评分和全身免疫炎症指数。根据每个指标将患者分为高级别组或低级别组。根据 KRAS 基因型评估这些指标与总生存率的预后相关性。

结果:Kaplan-Meier 生存率分析显示, 除格拉斯哥预后评分和淋巴细胞/单核细胞比率外, KRAS_{wt} 组所有指标的中位总生存率在高级别组和低级别组之间存在显著差异, 而 KRAS_{mut} 组未见差异。多变量 Cox 回归分析确定所有指标为独立的预后因素。在 KRAS_{wt} 组中, 除血小板/淋巴细胞比率外的所有其他指标都有很强的预后作用, 但在 KRAS_{mut} 组中未发现。交互检验表明, KRAS 基因型对中性粒细胞/淋巴细胞比率 ($P = 0.042$)、预后营养指数 ($P = 0.048$)、那不勒斯预后评分 ($P < 0.001$) 和全身免疫炎症指数 ($P = 0.004$) 的预后影响有显著作用。

局限:本研究的一个主要局限是缺乏外部验证。

结论:全身炎症性指标对 KRAS_{wt} 转移性结直肠癌患者的预后预测意义更大。视频摘要见 <http://links.lww.com/DCR/B921>。

炎症肠病摘要 Inflammatory Bowel Disease

Abstracts

传统虚弱指数不能预测炎症肠病患者术后并发症发生的风险: 一项多中心队列研究

Jacob J. Rozich, Beiqun Zhao, Jiyu Luo, William Y. Luo, Samuel Eisenstein, Siddharth Singh

On behalf of the NSQIP-IBD Collaborative

翻译:张正国 徐州市中心医院

审校:张正国 徐州市中心医院, 吕耀宇 中山大学附属第六医院

背景:虚弱与炎症肠病患者的不良结局相关。

目的:我们研究了炎症肠病患者健康缺陷定义的虚弱(使用 5 因素改良虚弱指数)与术后预后之间的关系。

设计:前瞻性队列研究。

设置:美国外科医生学会国家外科质量改进计划,炎症肠病模块。

患者:从 2016 年到 2019 年接受腹部大手术治疗的炎症肠病患者被纳入队列。

暴露:基于批准的 5 因素改良虚弱指数,患者被分级为虚弱(改良虚弱指数 ≥ 2)、虚弱前期(改良虚弱指数=1)或正常(改良虚弱指数=0)。

主要结局指标:我们使用多因素 logistic 回归检验了虚弱和 30 d 严重术后并发症、住院时间延长以及再入院风险之间的关系。

结果:在 3 172 接受腹部手术的炎症肠病患者,年龄(42.7 \pm 16.4)岁,女性占 49.3%,57.7% 伴有克罗恩病,43.9% 在使用生物制剂。其中,116 例(3.7%)被分级为虚弱,477 例(15%)被分级为虚弱前期。调整年龄、性别、种族/民族、吸烟、体质指数、手术类型、皮质类固醇应用、生物制剂和免疫调节剂应用后,虚弱与严重术后并发症发生风险提升(调整风险比:1.24;95%CI:0.81~1.90)、死亡(调整风险比:1.38;95%CI:0.44~3.6)或术后 30 d 再入院(调整风险比:1.35;95%CI:0.77~2.30)无关。非择期手术、体质量大幅减轻、皮质类固醇应用和回肠造口与严重术后并发症发生风险提升相关。

局限:关于炎症肠病特异性特征的信息有限。

结论:在接受腹部大手术的炎症肠病患者中,用传统的简单的健康缺陷指数来衡量虚弱程度并不能预测术后的不良结果。生物和功能测量评估虚弱程度可能更好地对炎症性肠病患者手术选择进行分层。视频摘要见 <http://links.lww.com/DCR/C108>。

机器人回结肠切除后再手术治疗克罗恩病:一项来自三级医疗中心的初步报告结果

Mohamed A. Abd El Aziz, Solafah Abdalla, Giacomo Calini, Hamadelneel Saeed, Anne-Lise D' Angelo, Kevin T. Behm, Sherief Shawki, Kellie L. Mathis, David W. Larson

翻译:梅祖兵 上海中医药大学附属曙光医院

审校:梅祖兵 上海中医药大学附属曙光医院, 芮耀宇 中山大学附属第六医院

背景:虽然之前已对克罗恩病行腹腔镜回结肠切除术后再手术的安全性做过描述,但机器人回结肠切除术后再手术的安全性仍未得到阐明。

目的:本研究旨在分享本中心克罗恩病机器人回结肠切除术后再手术的安全性的初步经验。

设计:回顾性分析。

设定:三级诊疗中心。

患者:本研究纳入了 2014—2021 年间在本机构接受克罗恩病机器人回结肠切除术的所有成年患者。患者分为回结肠切除术后再手术组与原发回结肠切除组。

主要结局指标:比较两组患者的人口统计学特征、术前危险因素和术中细节。主要结局指标为中转开腹率,次要结局指标为术后 30 d 并发症发生率。

结果:共纳入 98 例患者。其中,18 例(18.4%)行回结肠切

除术后行再次手术。回结肠切除术后再手术的患者病程更长、更可能伴发肛门部相关疾病、更多的既往药物治疗史、更有可能在手术前接受全肠外营养以纠正营养不良以及更长的肠粘连松解病程。回结肠切除术后再手术患者转为开放手术的风险更高[3(16.7%) vs. 2(2.5%); $P=0.04$]。两组间总的住院时间和 30 d 并发症发生率比较差异无统计学意义。两组均未发生术后 30 d 死亡或吻合口漏。

局限:本研究为回顾性分析。

结论:对于克罗恩病患者,机器人回结肠切除术后二次手术显示出与机器人原发回结肠切除术具有相似的短期术后结果。然而,机器人回结肠切除术后再手术的中转开腹率更高,但似乎低于先前发表的腹腔镜手术结果。视频摘要见 <http://links.lww.com/DCR/C77>。

良性疾病摘要 Benign Abstract

术后减少镇痛药加速恢复方案对结肠切除术后镇痛剂使用的影响

Atif Iqbal, Namrah Aijaz, Steven J. Hughes, Sanda A. Tan, Thomas E. Read

翻译:黄鉴 昆明医科大学第一附属医院

审校:窦若虚 中山大学附属第五医院

背景:在美国,37% 的阿片类药物是在手术状况下开具的。在那些对毒麻药成瘾的人群中,许多报告是在手术后首次接触。

目的:我们旨在评估减少镇痛药的术后加速康复方案对患者术后镇痛药使用的影响,并评估其对内科医生麻醉处方开具的影响。

设计:回顾性收集了 2013 年 1 月至 2017 年 8 月间连续住院接受腹部结直肠外科择期手术、未使用过镇痛药的初治患者数据。

设定:患者被分为两个队列:加速康复方案实施前(2013—2015 年)和实施后(2015—2017 年)。

患者:佛罗里达大学医疗中心住院的择期腹部结直肠手术患者。

主要结局指标:主要结局指标是术后 30 d 镇痛药物使用(住院和门诊)。其他结局包括疼痛评分、到饮食机构的时间、住院时间、住院费用和术后并发症。

结果:实施方案前($n=537$)组和方案后($n=790$)组的基线特征相似。方案实施与患者术后 30 天镇痛药总量减少(2 481 mg vs. 31 mg 吗啡当量, $P=0.05$),住院患者自控镇痛使用(63% vs. 0.5%, $P<0.0001$;1 254 mg vs. 5 mg),住院患者按需口服镇痛剂使用(90% vs. 32%, $P=0.001$;47 mg vs. 5 mg),和门诊使用的镇痛药量(46 mg vs. 6 mg, $P=0.001$)相关。平均疼痛评分相似。

局限:研究的回顾性,以及可能低估了术前和术后镇痛药物的使用。

结论:手术后减少镇痛剂加速康复方案的实施与住院和术后 30 d 门诊镇痛剂使用的减少有关。住院内科医师处方开具的变化表明需要持续教育以跟进实施这些策略。参见视频摘要 <http://links.lww.com/DCR/B936>。

肛门直肠疾病摘要 *Anorectal Abstracts*

痔胶圈套扎术后局部使用利多卡因或利多卡因/地尔硫卓软膏:一项前瞻性三臂随机对照试验

Allan M.F. Kwok, Stephen R. Smith, Jie Zhao, Rosemary Carroll, Lucy Leigh, Brian Draganic

翻译:樊文彬 重庆医科大学中医药学院

审校:赖思聪 中山大学附属第六医院

背景:痔胶圈套扎术引起的疼痛比痔切除术更小,但许多患者在术后仍会感到明显不适。

目的:本研究旨在确定痔胶圈套扎术后局部使用利多卡因软膏,或利多卡因与地尔硫卓联用的软膏,是否比使用安慰剂的镇痛更有效。

设计:这是一项前瞻、随机、双盲、安慰剂对照试验。患者随机接受 2% 利多卡因、2% 利多卡因联合 2% 地尔硫卓或安慰剂软膏治疗。

患者:年龄≥18 岁并接受痔胶圈套扎术。

设定:这项研究在澳大利亚的两家教学公立医院和两家私立医院进行。

干预:术后连续 5 d 局部使用软膏,每天 3 次。

主要结局指标:视觉模拟疼痛评分、阿片类镇痛药物的使用情况和患者满意度。

结果:在 159 例符合条件的患者中,有 99 例被随机纳入(每组 33 例)。与安慰剂相比,利多卡因组(OR=4.15; 95%CI: 1.12~15.41; $P=0.03$)和利多卡因/地尔硫卓组(OR=3.85; 95%CI: 1.05~14.11, $P=0.04$)在 1 h 内疼痛评分降低。利多卡因/地尔硫卓组的患者满意度有所提高(OR=3.82; 95%CI: 1.28~11.44, $P=0.02$),并且更有可能向其他人推荐该治疗(OR=9.33, 95%CI: 1.07~81.72, $P=0.04$)。利多卡因/地尔硫卓组患者比安慰剂组患者所需的总镇痛和院内镇痛减少了约 45%,任何一组之间的并发症没有差异。局限:未进行成本/效益分析,药物镇痛时效可能较短,手术仅能在医院/非门诊环境中进行。

结论:术后局部使用利多卡因可提高短期镇痛的疗效,而利多卡因/地尔硫卓联合用药可提高痔胶圈套扎术后的镇痛效果和患者满意度。视频摘要见 <http://links.lww.com/DCR/Bxxx>。

经肛痔动脉结扎联合黏膜固定术与血管闭合设备痔切除术治疗 III~IV 级痔病:来自 THDLIGA-RCT 的长期结果

Loris Trenti, Sebastiano Biondo, Eloy Espin - Basany, Oriana Barrios, Jose L. Sanchez, Aitor Landaluce, Elena Bermejo, Maite T. Garcia - Martinez, David Alias, Fernando Jimenez, Adolfo Alonso, Maria B. Manso, Esther Kreisler

翻译:陈文平 西安大兴医院

审校:孙伟鹏 郑州大学第一附属医院

背景:经肛痔动脉结扎和血管闭合设备痔切除术对于 III~IV 级痔病的治疗都是安全有效的,前者术后镇痛药物的使用时间相对后者更短。就长期效果而言,两种治疗

方法孰优孰劣,尚无定论。

目的:比较经肛痔动脉结扎和血管闭合设备痔切除术的长期疗效。

设计:一项多中心随机临床试验。

设定:本研究在 6 个中心进行。

患者:年龄≥18 岁的 III~IV 级痔病患者纳入本研究。

干预:患者被随机分配到经肛痔动脉结扎组($n=39$)与血管闭合设备痔切除术($n=41$)。

主要结局指标:主要研究结局是术后 2 年的痔疮症状复发率。次要结局包括长期并发症、再手术率、大便失禁、患者满意度和生活质量等。

结果:80 例患者中,5 例失访。纳入长期分析的随机患者中,痔动脉结扎组 36 例,血管闭合设备痔切除术 39 例。两组平均基线和 2 年平均评分相似(-11.0 , SD: 3.8 vs. -12.5 , SD: 3.6; $P=0.080$)。经肛痔动脉结扎组有 3 例患者接受了痔疮症状的补充手术,而血管闭合设备痔切除术组无患者行痔疮症状补充手术($P=0.106$)。血管闭合设备痔切除术组有 4 例出现慢性开放性创面,经肛痔动脉结扎组 0 例出现慢性开放性创面($P=0.116$)。两组在大便失禁($P=0.657$)、患者满意度($P=0.483$)和生活质量方面的差异均无统计学意义。

局限:痔疮分级没有分层,疗效计算基于主要的试验结局,而非基于这项长期研究的终点。

结论:经肛痔动脉结扎术联合黏膜固定术与血管闭合设备痔切除术相比,术后 2 年的痔相关症状复发率基本相当。视频摘要见 <http://links.lww.com/DCR/B933>。

盆底疾病摘要 *Pelvic Floor Abstract*

直肠脱垂病理特征:经肛吻合器直肠切除治疗出口梗阻型便秘患者的发现

Luigi Bruscianno, Claudio Gambardella, Armando Falato, Andrea Ronchi, Salvatore Tolone, Francesco Saverio Lucido, Gianmattia del Genio, Giorgia Gualtieri, Gianmattia Terracciano, Ludovico Docimo

翻译:姚一博 上海中医药大学附属龙华医院,鲜振宇 中山大学附属第六医院

审校:竺平 南京中医药大学附属医院

背景:排便梗阻综合征是一种常见的多因素疾病,其治疗主要基于临床表现,缺乏可靠的检测工具和解剖病理学标准。

目的:分析出口梗阻型便秘患者行经肛吻合器直肠切除术切除的直肠标本的病理发现。

设计:本研究为回顾性队列研究。

设定:研究在一所大学附属医院进行。

患者:因直肠内脱垂导致的排便梗阻综合征而接受直肠切除术的患者。

干预:通过常规组织学和形态学图像分析排便梗阻综合征患者的标本,并与因肿瘤性疾病而切除的直肠标本进行比较。

主要结局指标:主要结果是研究直肠脱垂引起的解剖病理学改变。

结果:2017 年 1 月至 2020 年 12 月,将经肛吻合器直肠切除术组 46 例标本与对照组 40 例标本进行比较。经肛吻合器直肠切除术组常规组织学检查显示:34 例(73.9%)为中度-重度纤维化,33 例(71.7%)为中度神经退行性变。在对照组的常规组织学检查中,31 例(77.5%)显示无纤维化,而 37 例(92.5%)未发现神经退行性变。经肛吻合器直肠切除术组的形态学图像分析显示:中度纤维化有 19 例(41.3%),重度纤维化有 25 例(54.4%)。在对照组中,形态学图像分析显示 11 例(27.5%)标本的纤维化程度较低。在常规组织学和形态学图像分析评估中,两组间的所有纤维化和神经发育不良等级均存在显著差异($P < 0.001$)。

局限性:本研究样本量小且为回顾性研究设计。此外,没有采集健康志愿者的样本作为对照组。

结论:经肛吻合器直肠切除术标本显示出更高的纤维化和神经发育不良率;这是目前术前完全未纳入考量的重要参数,在不久的将来可能指导直肠脱垂患者接受最佳治疗方法。视频摘要见 <http://links.lww.com/DCR/B928>。

内镜摘要 Endoscopy Abstract

结直肠肿瘤最佳的内镜下定位建议:基于德尔菲法的国内专家共识

Garrett G. R. J. Johnson, Ashley Vergis, Harminder Singh, Jason Park, Ahmed Warriach, Ramzi M. Helewa

翻译:金磊 上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院

审校:吴炯 上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院,何思祺 中山大学附属第五医院

背景:结肠镜检查是术前诊断和评估结直肠癌的标准方法。然而,不同的操作和不统一的报告影响了内镜医生和手术医生之间的沟通,妨碍了手术计划。

目的:本研究旨在为下消化道内镜检查发现的结直肠病变的标准化定位和操作报告提出建议。

设计:对现有的内镜检查指南进行了系统回顾,并对所有内镜文献进行了全面的叙述性回顾,以确定目前全球推荐的操作方法。在文献回顾的基础上,采用在线德尔菲法建立共识建议。

设定:来自加拿大各地的结直肠外科医生和胃肠病学家被选中参加该项目。这些被选中的医生在内镜领域具有权威性,管理过大型内镜相关项目,在内镜领域发表过高影响力的文章,或参与过内镜检查指南的制定。

主要结局指标:结直肠病变定位和操作建议对指导外科手术或高难度内镜下切除的重要性。

结果:经过来自加拿大各地的 23 名专家的三轮投票,在 197 份声明中共有 129 份达成共识。每一轮都有超过 90% 的参与者。根据病变部位在盲肠、结肠或直肠,以及是否计划进行外科手术或高难度内镜下切除术,推荐标准各不相同。除了照片和实时 3D 镜头配置设备的使用,这些建议还提供了合适的文献、适应证、位置和染色标记方法。

局限:由于缺乏证据,建议主要基于专家意见。因为代表们来自加拿大,可能存在地域偏差。

结论:优化内镜下病变定位和(医师之间的)沟通的最佳操作方法在过去的指南中从未提及。本共识的制定涉及了国内结直肠外科和胃肠病学专家,为高效及有效地定位结直肠病变提供了参照标准。视频摘要见 <http://links.lww.com/DCR/C71>。

复杂性结肠息肉的联合内镜机器人手术

Jacob M. Broome, Erin E. Coonan, Austin T. Jones, Matthew D. Zelhart

翻译:许晨 天津市人民医院

审校:赖思聪 中山大学附属第六医院

背景:联合内镜机器人手术是通过使用机器人协助从而改变了传统腹腔镜手术的一种手术技术,它可以被用于复杂性结肠息肉的切除治疗。这项技术之前在文献中被描述过,但缺少后续的患者数据。

目的:评估联合内镜机器人手术的安全性和效果。

设计:前瞻性数据的回顾性研究。

设定:路易斯安那州梅泰里市东杰弗逊综合医院。

患者:2018 年 3 月至 2021 年 10 月期间接受了由同一位结直肠外科医生进行的联合机器人手术的 93 例患者。

主要结局指标:手术时间、术中并发症、术后 30 d 并发症,住院时长及定期复查的病理报告。

结果:93 例患者中的 88 例(95%)完成了联合内镜机器人手术。在所有完成联合内镜机器人手术的 88 例患者之中,年龄为(66±10)岁,体质指数为(28.8±6) kg/m²,既往腹部手术史 1 例(标准差=1)。手术时间及息肉尺寸分别为中位 72(31~184) min 和中位 40(5~180) mm。最常见的息肉位置分别在盲肠、升结肠和横结肠(分别为 31%、28%、25%)。病理结果主要为管状腺瘤(76%)。有 40 例患者接受了结肠镜随访。平均随访时间 7(3~22)个月。切除部位息肉复发 1 例(2.5%)。

局限:缺乏随机化和随访率来评估复发率。患者依从性较低,可能是由于患者不愿接受结肠镜检查或因为 COVID-19 的变化而取消手术或日程难以安排。

结论:相较于文献报道的腹腔镜手术统计数据,联合内镜机器人手术与手术次数减少可能导致切除部位息肉的复发率下降。视频摘要见 <http://links.lww.com/DCR/Bxxx>。

转诊癌症中心常规使用内镜黏膜下剥离术治疗结直肠良性病变的影响

Fabio S. Kawaguti, Cintia Mayumi Sakurai Kimura, Renata Nobre Moura, Adriana Vaz Safatle-Ribeiro, Caio Sergio Rizkallah Nahas, Carlos Frederico Sparapan Marques, Daniel Tavares de Rezende, Vanderlei Segatelli, Guilherme Cuait de Castro Cotti, Ulysses Ribeiro Junior, Fauze Maluf-Filho, Sergio Carlos Nahas

翻译:卢丹 贵州中医药大学第一附属医院

审校:卢丹 贵州中医药大学第一附属医院,吕耀宇 中山大学附属第六医院

背景:最近的数据显示,在没有常规开展结直肠内镜黏膜下剥离术的西方国家医疗中心里,越来越多的腹部手

术被用于治疗良性结直肠息肉。本研究统计了三级癌症中心进行手术治疗的良性结直肠病变的数量,该中心将放大色素内镜和内镜黏膜下剥离术作为治疗复杂性结直肠息肉的标准术式之一。

目的:本研究旨在评估常规进行标准的内镜黏膜下剥离治疗后,转到我院行手术切除的良性结直肠病变患者的数量,并观察接受内镜黏膜下剥离患者的预后。

设计:对 2016 年 1 月至 2019 年 12 月期间进行的内镜黏膜下剥离术和结直肠手术的前瞻性数据库进行单中心回顾性研究

设定:转诊癌症中心。

患者:连续纳入患有复杂性结直肠良性息肉的成年患者。

干预:复杂性结直肠良性息肉患者接受内镜黏膜下剥离术或手术(择期结肠切除术、直肠乙状结肠切除术、低位前切除术或直肠切除术)治疗。

主要结局指标:主要结局评价标准是因良性病变被转介到结直肠手术的患者百分比。

结果:在研究期间的 825 例结直肠手术中,1.1% 为良性病变,同期 97 例复杂性息肉经内镜黏膜下剥离术摘除。内镜黏膜下剥离术的整块切除率、完全切除率和治愈性切除率分别为 91.7%、83.5% 和 81.4%。肿瘤大小(59 ± 37.8) mm。内镜黏膜下剥离术中出现穿孔 3 例,均行夹闭治疗。1 例患者在内镜切除后 2 d 出现延迟穿孔并接受手术。平均随访期为 3 年,该队列中无肿瘤复发。

局限:单中心回顾性研究。

结论:建立使用放大色素内镜评估病变和内镜黏膜下剥离切除病变的操作流程可显著降低良性结直肠病变的腹部手术率。视频摘要 <http://links.lww.com/DCR/C123>。

专区编辑(Section Editor):汪建平 傅传刚

执行编辑(Executive Editor):江挺 窦若虚

本期翻译和审校小组(Translation and Review Group)(按姓氏拼音首字母排序):陈文平 窦若虚 樊文彬 吕耀宇 何思祺 黄莹 金磊 赖思聪 卢丹 马志明 梅祖兵 孙伟鹏 吴炯 鲜振宇 许晨 姚一博 俞旻皓 张荣欣 张昭 张正国 竺平

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:炎性肠病的直肠残端管理

每月精选文章:直肠脱垂病理特征:经肛吻合器直肠切除治疗出口梗阻型便秘患者的发现

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.

中华医学会