

Dis Colon Rectum 2023 年 11 期摘要

肛门肿瘤摘要 Anal Neoplasia Abstract

肛门鳞状细胞癌的盆腔清扫术:肿瘤学、并发症、生活质量结果

Kilian G.M. Brown, Michael J. Solomon, Daniel Steffens, Kheng-Seong Ng, Christopher Byrne, Kirk K.S. Austin, Peter J. 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:挽救手术是治疗复发性肛管鳞状细胞癌唯一潜在的治疗选择。当紧邻的盆腔内脏、软组织和骨骼受到影响时,可能需要进行盆腔清扫术,同时进行广泛的会阴切除,以确保手术切缘清晰,并增加长期生存的可能性。

目的:本研究旨在报道肛管鳞状细胞癌盆腔清扫术的肿瘤学、并发症、生存质量结果。

设计:本研究为前瞻性收集数据的回顾性队列研究。

设置:本研究在一家高质量的盆腔清除中心进行。

患者:本研究纳入了在 1994—2022 年间接受肛管鳞状细胞癌盆腔清扫术的患者。

主要结局指标:主要结局指标是局部无复发生存率、总体生存率、术中及术后并发症发生率、R₀切除率和长期生活质量结果。

结果:在接受盆腔清扫术的 958 例患者中,有 66 例(6.9%)患有肛管鳞状细胞癌。其中,32 例(48.5%)为男性,中位年龄为 57(31~79)岁。10 例(15%)患有原发性肛管鳞状细胞癌,49 例(74%)患有复发性肿瘤,7 例(11%)有再复发性肿瘤。22 例(33%)出现了重大并发症,16 例(24%)需要计划外的返回手术室。在 62 例出于治疗目的接受盆腔切除术的患者中,有 50 例(81%)患者实现了 R₀切除,5 年总生存率和局部无复发率分别为 41% 和 37%。R₀切除与更高的 5 年总生存率相关(50% vs. 8%, $P<0.001$)。心理健康成分得分和几个个体生活质量领域在术后呈现改善的轨迹(均 $P<0.05$)。

局限:这些发现在专科盆腔清扫手术中心之外推广可能会受到限制。

结论:在肛管鳞状细胞癌盆腔清除术后,并发症、长期生存和生活质量结果与其他肿瘤类型的盆腔清除术的已发表结果相当。视频摘要见 <http://links.lww.com/DCR/Bxxx>。

背景:非转移性 T4b 期结肠癌患者的传统治疗方式为直接手术,这部分手术往往涉及到复杂的多器官联合切除。新辅助化疗有潜力通过使肿瘤缩小进而提高其可切除性。

目的:本研究旨在探索与直接手术相比,新辅助化疗在非转移性 T4b 期结肠癌患者群体中的应用趋势及其对治疗结局的影响,并确定与新辅助化疗使用增加和总体生存率相关的因素。**设计:**回顾性队列研究。

数据来源:本研究使用美国国家癌症数据库。

患者:本研究纳入 2006—2016 年间接受结肠切除术的非转移性 T4b 期结肠癌患者,将接受新辅助化疗的患者与直接手术的患者进行 1:2 的倾向性匹配,并依据临床淋巴结状态进行区分。

主要观察指标:术后结局(住院时间、术后 30 d 再入院率、30/90 d 病死率)、肿瘤切除充分性(R₀切除率、切除/阳性淋巴结数目)、总体生存率。

结果:7.7% 的患者接受了新辅助化疗。在研究期间,新辅助化疗在整体患者队列中的使用从 4% 升高到 16%,其中,临床淋巴结阳性患者的新辅助化疗应用率从 3% 升高到 21%,临床淋巴结阴性患者的新辅助化疗应用率从 6% 升高到 12%。与更广泛的新辅助化疗应用相关的因素包括:更小的年龄(OR=0.97,95%CI:0.96~0.98, $P<0.001$)、男性性别(OR=1.35,95%CI:1.11~1.64, $P=0.002$)、更近的诊断年份(OR=1.16,95%CI:1.12~1.20, $P<0.001$)、学术型医学中心(OR=2.65,95%CI:2.19~3.22, $P<0.001$)、临床淋巴结阳性状态(OR=1.23,95%CI:1.01~1.49, $P=0.037$)、肿瘤位于乙状结肠(OR=2.44,95%CI:1.97~3.02, $P<0.001$)。相比直接手术,接受新辅助化疗的患者具有更高的 R₀切除率(87% vs. 77%, $P<0.001$)。多因素回归分析结果显示,新辅助化疗与更高的总体生存率相关(HR=0.76,95%CI:0.64~0.91, $P=0.002$)。倾向性匹配分析结果显示,相比直接手术,接受新辅助化疗的临床淋巴结阳性患者亚群能获得更高的 5 年生存率(57% vs. 43%, $P=0.003$),但这一差异在临床淋巴结阴性患者亚群中并不显著(61% vs. 56%, $P=0.090$)。

局限:回顾性研究设计。

结论:新辅助化疗在非转移性 T4b 期结肠癌的美国患者群体中的使用显著增加,这种趋势在临床淋巴结阳性病例中尤其明显。在具有阳性淋巴结的结肠癌患者中,相比直接手术,新辅助化疗能够带来更高的总体生存率。视频摘要见 <http://links.lww.com/DCR/C228>。

结直肠癌摘要 Colorectal Cancer Abstracts

cT4bM0 期结肠癌是否能从新辅助全身治疗中获益? 一项基于美国国家癌症数据库的倾向性匹配分析

Mohamed K. Kamel, Anastasiya Shchatsko, Charles A. Keane, Eduardo Serpa, Ghaith Al-Qudah, Mohamed Rahouma, Cristina Nituica, John Blebea, Omar Marar

翻译:张钰洋 中国医学科学院肿瘤医院,张昭 天津市人民医院

审校:池诏丞 吉林省肿瘤医院

一种检测肿瘤间质比和结构异质性的新型半自动图像分析技术对结肠癌患者生存率的预测价值

Hirofumi Inoue, Michihiro Kudou, Atsushi Shiozaki, Toshiyuki Kosuga, Hiroki Shimizu, Jun Kiuchi, Tomohiro Arita, Hirofumi Konishi, Shuhei Komatsu, Yoshiaki Kuriu, Yukiko Morinaga, Eiichi Konishi, Eigo Otsuji

翻译:蒋峰 南京中医药大学附属医院

审校:何思祺 中山大学附属第五医院

背景:肿瘤间质比和肿瘤内异质性已被确定为数种癌症的预

后因素。图像分析技术的最新进展及其在医学中的应用使得能够对人类认知之外的临床数据进行详细分析。

目的:采用一种新型客观的半自动图像分析方法,研究肿瘤间质比和肿瘤内异质性。

设计:回顾性队列研究。

设定:单中心研究。

患者:接受根治性结肠切除术的结肠癌患者。

结局指标:采用多因素分析评估结肠切除术后肿瘤间质比或肿瘤内异质性高、低组间的生存差异。

结果:根据肿瘤间质比和肿瘤内异质性的中位数,将 200 例患者分为两组。结肠切除术后的 5 年总生存率和无复发生存率在肿瘤间质比率或肿瘤内异质性高、低组之间存在显著差异。多因素分析确定低肿瘤间质比(危险比:1.90, $P=0.03$)和高肿瘤内异质性(危险比, 2.44, $P=0.002$)是无复发生存率的独立不良预后因素。肿瘤间质比和肿瘤内异质性与根治性手术到复发的时间相关。此外,使用肿瘤间质比或肿瘤内异质性预测术后 2 年内复发的准确性高于使用病理分期。在一个验证队列中,评估了两名观察者的一致性,且肿瘤间质比和肿瘤内异质性的 Cohen Kappa 系数显示观察者之间的一致性(Kappa 值分别为 0.70 和 0.60)。

局限:这项研究受回顾性、单中心设计的限制。

结论:使用图像分析软件计算的肿瘤间质比和肿瘤内异质性可潜在作为预测结肠癌患者结肠切除术后生存率的影像生物标志物。视频摘要见 <http://links.lww.com/DCR/C114>。

结肠癌中微乳头状结构的预后价值及其在 II 期疾病患者中的高风险特征作用

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

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:结直肠癌患者中微乳头状结构与肿瘤学预后之间的关联尚未得到充分研究。

目的:我们评估了微乳头状结构的预后价值,特别是对于 II 期结肠癌患者而言。

设计:一项采用倾向性评分匹配的回顾性比较队列研究。

设置:本研究在一家三级医疗中心进行。

患者:2013 年 10 月至 2017 年 12 月期间接受根治性切除的原发性结肠癌患者被纳入研究。患者分为微乳头状结构(+)组和微乳头状结构(-)组。

主要结局指标:主要结局指标为无病生存率和总生存率。

结果:在符合条件的 2 192 例患者中,334 例(15.2%)为微乳头状结构(+).在 1:2 的倾向性评分匹配后,选择了 668 例微乳头状结构(-)的患者。微乳头状结构(+)组的 3 年无病生存率明显较差(77.6% vs. 85.1%, $P=0.007$)。微乳头状结构阳性和阴性的 3 年总生存率没有显著差异(88.9% vs. 90.4%, $P=0.480$)。多变量分析显示,微乳头状结构阳性是不良无病生存率的独立风险因素(风险比:1.547, $P=0.008$)。在包括 828 例 II 期患者的亚组分析中,微乳头状结构(+)患者的 3 年无病生存率明显下降(82.6% vs. 93.0%, $P<0.001$)。微乳头状结构(+)和微乳头状结构(-)的 3 年总生存率分别为 90.1% 和 93.9% ($P=0.082$)。对于 II 期患者的多变量分析显示,微乳头状结构(+)是不良无病生存的独立风险因素(风

险比:2.003, $P=0.031$)。

局限:本研究因其回顾性特质,可能存在选择偏倚。

结论:微乳头状结构(+)可能作为结肠癌的独立预后因素,尤其对于 II 期患者而言。视频摘要见 <http://links.lww.com/DCR/Bxxx>。

黏液腺癌在 II 期和 III 期结肠癌中的预后影响

Seijong Kim, Jung Wook Huh, Woo Yong Lee, Seong Hyeon Yun, Hee Cheol Kim, Yong Beom Cho, Yoonah Park, Jung Kyong Shin

翻译:张荣欣 中山大学肿瘤防治中心

审校:冯耀宇 中山大学附属第六医院

背景:黏液腺癌是结直肠癌的一种罕见的组织学特征,其癌症特点与其他类型的腺癌不同。然而,关于黏液腺癌对结肠癌预后影响的看法存在分歧。

目的:本研究旨在评估黏液腺癌在 II 期和 III 期结肠癌中对预后的影响。

设计与设置:本回顾性队列研究在 2010 年 1 月至 2015 年 12 月之间进行。患者被分为黏液腺癌组与非黏液腺癌组。经倾向性评分匹配后评估无病生存期和总生存期。

患者:共 2 532 例接受 II 期和 III 期结肠癌根治术的患者被纳入了这项研究。

主要结局指标:无病生存期和总生存期。

结果:中位随访期为 86 个月。黏液腺癌组的无病生存期和总生存期明显低于非黏液腺癌组。在亚组分析中,无论是有或没有黏液腺癌的 II 期结肠癌患者,无病生存期和总生存期间的差异没有统计学意义。在 III 期结肠癌患者中,黏液腺癌患者的无病生存期和总生存期显著低于非黏液腺癌患者。多变量分析显示,黏液腺癌是无病生存和总生存的不良预后因素。

局限:本研究的限制包括那些与回顾性单中心研究固有相关的限制。

结论:黏液腺癌在 III 期结肠癌中是一个不良的预后因素,但在 II 期结肠癌中不是。因此,黏液腺癌可能不能作为独立的风险因素决定是否需要化疗以获得良好的肿瘤学结果。然而,对于 III 期结肠黏液腺癌的患者,需要医生进行密切观察。视频摘要见 <http://links.lww.com/DCR/Bxxx>。

II 期结直肠癌中肿大淋巴结的预后意义

Keigo Matsunaga, Kazuhito Sasaki, Hiroaki Nozawa, Kazushige Kawai, Koji Muro, Shinichi Yamauchi, Kenichi Sugihara, Soichiro Ishihara

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:许多研究已经报道了淋巴结转移与结直肠癌患者预后之间的关联。然而,肿大淋巴结在预后中的临床意义几乎未被深入探讨。

目的:本研究旨在评估 II 期结直肠癌中肿大淋巴结的临床意义。

设计:本研究为多中心、回顾性、观察性研究,平均随访期为 66.8 个月。

设置:本研究从日本结直肠癌患者术后随访研究小组数据库中获得患者的治疗记录。

患者:本研究纳入了 2 212 例在 2009 年 1 月到 2012 年 12 月间接受手术切除的 II 期结直肠癌患者。患者被分为肿大淋巴结组和非肿大淋巴结组,并对其数据进行了比较。

主要结局指标:对比了两组数据的临床病理学特征和预后情况。主要结局指标是无再发生存期和总生存期。

结果:在 pT4b 期病例中,肿大淋巴结组的总生存期和无复发生存期显著优于非肿大淋巴结组,但在 pT3 期和 pT4 期中则没有显著差异。在 pT4b 期病例中,肿大淋巴结(HR=0.53, 95%CI: 0.29~0.98)是较长无复发生存期的独立预后因素,而直肠病变是较短无复发生存期的独立预后因素(HR=3.46, 95%CI: 1.90~6.29)。肿大淋巴结与较低的远处复发率(HR=0.49, 95%CI: 0.26~0.92)相关,并且倾向于与较好的总生存期趋势相关(HR=0.50, 95%CI: 0.22~1.14)。

局限:回顾性设计可能提升选择偏倚的风险。本研究的另一个局限在于肿大淋巴结的数据量不足。

结论:II 期 pT4b 结直肠癌患者中出现肿大淋巴结倾向于更好的预后。视频摘要见 <http://links.lww.com/DCR/Bxxx>。

MKI67、TPR 和 TCHH 突变作为结肠癌 II/III 期错配修复缺陷患者的预后生物标志物的鉴定

Jingfang Lv, Wenbin Li, Xintong Wang, Lei Guo, Dongliang Wang, Yiran Zhang, Jun Yu, Tianli Chen, Beifang Xishan Wang, Zheng Liu

翻译:张正国 徐州市中心医院

审校:何思祺 中山大学附属第五医院

背景:II/III 期是结直肠癌最主要的疾病分期,约占 70% 的病例。此外,约 15%~20% 的 II/III 期患者患有错配修复缺陷或微卫星高度不稳定性结直肠癌。然而,目前该疾病还没有确定的重要预后生物标志物。

目的:本研究旨在确定错配修复缺陷/微卫星高度不稳定性 II/III 期结肠癌患者的预后标志物。

设计:回顾性研究设计。

设定:该研究是在中国医学科学院肿瘤医院的大型结直肠癌中心进行的。

患者:2015 年 7 月至 2018 年 11 月在中国医学科学院肿瘤医院行根治性手术的 II/III 期错配修复缺陷/微卫星高度不稳定性结肠癌患者。

主要结局指标:差异突变基因对无进展生存期的影响。

结果:回顾性错配修复缺陷/微卫星高度不稳定性队列和癌症基因组图谱-微卫星高度不稳定性队列分别纳入 32 例和 45 例患者。错配修复缺陷/微卫星高度不稳定性患者的 MKI67、TPR 和 TCHH 突变率高于微卫星稳定患者。MKI67、TPR、TCHH 和基因组合与预后具有显著相关性。生物标志物突变型结肠癌组的复发或死亡风险高于野生型组。此外,生物标志物突变型肿瘤在 DNA 损伤修复途径和肿瘤突变负荷方面比生物标志物野生型肿瘤有更多的突变。

局限:这项研究的局限性在于它是回顾性研究设计。

结论:MKI67、TPR 和 TCHH 可作为 II/III 期错配修复缺陷/微卫星高度不稳定性结肠癌的潜在诊断和预后生物标志物。视频摘要见 <http://links.lww.com/DCR/Bxxx>。

炎症肠病摘要 *Inflammatory Bowel Disease Abstracts*

炎症肠病患者 Kock 控便性回肠造口术的再手术和长期生存率:一项基于瑞典人群的队列研究

Anton Risto, Roland E. Andersson, Kalle Landerholm, Jonas Bengtsson, Mattias Block, Pär Myrelid

翻译:张嘉员 上海中医药大学附属龙华医院

审校:姚一博 上海中医药大学附属龙华医院,孙伟鹏 郑州大学第一附属医院

背景:Kock 控便性回肠造口术是结直肠切除术后的一种选择,适用于不适合进行回肠储袋肛管吻合术或回肠直结肠吻合术的患者。溃疡性结肠炎是控便性回肠造口术最常见的适应证。

目的:评估控便性回肠造口术的远期疗效。

设计:回顾性登记病例的队列研究。

设定:数据来自瑞典国家患者登记库。

患者:所有患者均患有炎症性肠病并行控便性回肠造口术。获取了行控便性回肠造口术患者的人口统计学、诊断、再手术和切除术的数据。诊断编码不一致的患者被归类为未分类的炎症性肠病。

主要结果指标:主要结果指标是再手术次数、再手术时间和控便性回肠造口切除的时间。

结果:纳入了 727 例患者,其中溃疡性结肠炎 428 例(59%),克罗恩病 45 例(6%),未分类的炎症性肠病 254 例(35%)。在中位随访时间 27(IQR: 21~31)年里,有 191 例(26%)从未进行过再次手术。536 例(74%)进行了约 1 484 次再手术,每例患者再手术的中位数为 1(IQR: 0~3)次。77 例(11%)切除了控便性回肠造口。重建后 1 年内的再手术与较高的再手术率(IRR=2.90, $P<0.001$)和较短的切除时间(HR=2.38, $P<0.001$)相关。2000 年后进行控便性回肠造口术与再手术率和切除率的增加相关(IRR=2.7, $P<0.001$ 和 HR=2.74, $P=0.013$)。未分类的炎症性肠病与再手术率的增加相关(IRR=1.3, $P<0.001$)。从 20 世纪 80 年代(32%)到 2000 年后(50%),未分类的 IBD 患者比例几乎翻了一番。

局限:回顾性设计,数据来自登记库。没有关于生活质量的数据。

结论:控便性回肠造口术经常需要再手术,但大多数患者能维持较长时间。视频摘要见 <http://links.lww.com/DCR/Bxxx>。

术前计算机断层扫描指数可术前预测回肠储袋无法下拉与肛管吻合的情况

Evan D. Adams, Charlotte A Lansky, Cindy E. Kallman, Karen N. Zaghiyan, Phillip R. Fleshner

翻译:李悠然 南京中医药大学附属医院

审校:冯耀宇 中山大学附属第六医院

背景:回肠储袋肛管吻合术旨在恢复全结直肠切除术后患者的排便自控能力。然而,一些患者的小肠肠系膜长度不足以实现重建。尚无天然解剖学的术前风险分层工具。

目的:我们报道了计算机断层扫描引导下的解剖学标志测量,以便于术前预测回肠储袋无法下拉与肛管吻合的情况。

设计:前瞻性数据库的单一机构回顾性分析。

设定:这项研究于 2007 年 1 月至 2021 年 12 月在赛达斯-西奈医院进行。

患者:接受 2 期或 3 期回肠储袋肛管吻合术的炎性肠病患者,术前腹部计算机断层扫描使用肠道造影方案或足以显示肠系膜血管系统的静脉造影剂。评估了计算机断层扫描肠系膜指数,包括总长度(代表储袋到达肛管所需的长度)、肠系膜长度(小肠肠系膜的固有长度)和待游离长度(总长度和肠系膜长度之间的差异)。

主要结局指标:主要结局为回肠储袋无法下拉与肛管吻合的情况。次要结果是临床变量和计算机断层扫描肠系膜指数的相关性。

结果:59 例患者中有 6 例(10%)出现了回肠储袋无法下拉与肛管吻合的情况。无法下拉吻合组的活动长度长达 5.8 cm($P=0.01$),肠系膜长度短至 3.5 cm($P=0.04$)。待游离长度 ≥ 17 cm 对无法下拉吻合组具有 100% 的敏感性和 69% 的特异性($OR=1.46$, $AUC=0.84$, $P=0.004$)。同样,肠系膜长度 < 14.6 cm 对回肠储袋无法下拉与肛管吻合显示出 100% 的敏感性和 49% 的特异性($AUC=0.75$, $P=0.03$)。

局限:该研究的回顾性性质排除了标准化成像方案。由于样本量较小,需要进行外部验证。

结论:基于计算机断层扫描的长度测量,特别是肠系膜和活动长度,可术前预测回肠储袋无法下拉与肛管吻合。这种方法是微创的,可操作,可能对术前患者咨询和手术计划有用。视频摘要见 <http://links.lww.com/DCR/C140>。

微生物群 DNA 移位至肠系膜淋巴结与溃疡性结肠炎 IPAA 术后储袋炎的早期发生有关

Lei Zhao, Feng Zhu, Jianwei Chen, Zhifeng Wang, Tenghui Zhang, Zeqian Yu, Yi Xu, Chao Ding, Jianfeng Gong

翻译:樊文彬 重庆中医药学院

审校:孙伟鹏 郑州大学第一附属医院

背景:近年来,人们对细菌移位至克罗恩病中的作用进行了广泛研究。然而,对溃疡性结肠炎患者肠系膜的细菌移位却少有研究。

目的:本研究旨在通过比较接受结肠切除术和回肠储袋肛管吻合术(IPAA)的溃疡性结肠炎患者不同解剖部位的微生物群谱,探讨细菌移位与术后结局之间的关系。

设计:前瞻性研究。

设定:本研究于 2017 年 8 月至 2018 年 5 月 在 金 陵 医 院 进 行。

患者:共纳入 27 例接受 IPAA 术的溃疡性结肠炎患者和 15 例接受常规结肠镜检查的健康对照者样本。

主要结局指标:溃疡性结肠炎患者 IPAA 术后不同组织部位的微生物群谱及短期、长期疗效。

结果:51.9% (14/27) 的溃疡性结肠炎患者的肠系膜淋巴结和 66.7% (18/27) 的肠系膜脂肪组织分别检测到了细菌 DNA。肠系膜淋巴结和肠系膜脂肪组织中的微生物群与黏膜微生物群的相似程度高于粪便微生物群。肠系膜淋巴结和肠系膜脂肪组织中移位的细菌 DNA 高度相关。肠系膜淋巴结细菌 DNA (8/14 vs. 0/13, $P=0.002$) 与 IPAA 术后 12 个月内的储袋炎有关,而肠系膜淋巴结的 Bray-Curtis 距离在储袋炎与非储袋炎患者之间存在显著差异($P=0.009$)。瘤胃球菌属、拟杆菌属和梭菌属仅在储袋炎患者的肠系膜淋巴结中发现。

局限性:本研究受限于样本量小和缺乏原位实验证实细菌移位。

结论:细菌移位至溃疡性结肠炎患者中非常普遍。肠系膜脂肪组织和肠系膜淋巴结中移位的细菌 DNA 高度相关且这些移位的细菌 DNA 更有可能来自黏膜微生物群而不是粪便微生物群。此外,细菌移位的程度和某些细菌的移位可能与 IPAA 后早期发生储袋炎相关。这可能是利用肠系膜淋巴结细菌图谱预测储袋炎的一种前所未有的技术。视频摘要见 <http://links.lww.com/DCR/C119>。

术前小肠磁共振造影预测克罗恩病病理标本长度

Florence Bihain, Bénédicte Caron, M. D., Ahmet Ayar, Laurent Peyrin-Biroulet, Valérie Laurent, Adeline Germain

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, 孙伟鹏 郑州大学第一附属医院

背景:欧洲克罗恩病和结肠炎组织指南强调了术前评估受累节段长度以确定最佳手术方法的重要性。

目的:我们评估了术前小肠磁共振造影评价回结肠克罗恩病患者受累节段长度的准确性。

设计:我们通过前瞻性数据库和回顾性分析进行了一项观察性研究。

设定:这项研究是在一个三级中心进行的。

患者:我们纳入了 2014 年 8 月至 2020 年 6 月期间因克罗恩病接受回结肠切除术的患者。所有患者术前都进行了小肠磁共振造影。

主要结局指标:评估小肠磁共振造影测量的长度与病理检查的相关性。

结果:总共纳入 96 例患者。小肠磁共振造影和手术之间的中位时间为 65.5 (3~331) d。小肠磁共振造影显示的受累节段长度与病理评估的长度有相关性($r=0.48$, $P<0.001$)。在手术前 6 个月以上进行影像学检查时,两个测量值之间没有相关性($r=0.14$, $P=0.62$)。与病理相比,脓肿的存在缩短了克罗恩病在影像学上的长度,而瘘管的存在与小肠磁共振造影高估受累节段的长度有关。

局限:本研究的局限性在于是单中心的回顾性分析。

结论:在克罗恩病中,在没有脓肿或瘘管的情况下,与病理检查相比,术前小肠磁共振造影是预测受累节段长度的高度可靠的工具。视频摘要见 <http://links.lww.com/DCR/C26>。

盆底疾病摘要 Pelvic Floor Abstract

排便障碍综合征中会阴过度下降的相关性:141 例患者的前瞻性研究

Antonio Brillantino, Francesca Iacobellis, Mauro Maglio, Maurizio Grillo, Luciano Vincenzo, Luigi Monaco, Luigia Romano, Adolfo Renzi

翻译:卢丹 贵州中医药大学第一附属医院

审校:吕耀宇 中山大学附属第六医院

背景:众所周知,努挣排便和会阴下降之间存在关联,但排便

障碍综合征患者会阴下降的临床意义尚不清楚。

目的:评估排便障碍综合征患者病理学会阴下降的患病率以及对会阴下降症状严重程度的影响。

设计:这是一项前瞻性多中心非对照研究。

设定:2018 年 1 月至 2022 年 1 月期间三家医院的盆底康复中心进行。

患者:该研究连续纳入 141 例排便障碍综合征(评分 ≥ 9 分)且无器质性胃肠道病变的成年患者。所有患者均行动态盆腔磁共振检查,并对疑似耻骨直肠肌异常收缩的患者均行肛门直肠测压。

主要结局指标:主要结局指标是指会阴过度下降的发生率以及会阴下降和排便障碍综合征评分之间的相关性。

结果:128 例(90.7%)患者完成磁共振检查并纳入研究。其中 18 例(14.1%)会阴生理性下降,110 例(85.9%)会阴过度下降。46.1%(12/26)MRI 证实耻骨直肠肌异常收缩患者出现会阴过度下降,96%(98/102)的患者耻骨直肠肌功能正常。在剩余的病例中,排便梗阻综合征评分和排使用力时会阴最大下降程度之间有显著的相关性(Spearman r 检验:0.68; $P < 0.0001$)。

局限:样本量小和研究人群的高度选择性。

结论:会阴过度下降是排便障碍综合征患者的常见症状,症状评分高,大多发生在耻骨直肠肌反常收缩的患者中。在后者中会阴最大下降程度似乎与症状严重程度密切相关。视频摘要见 <http://links.lww.com/DCR/C135>。

专区编辑(Section Editor):汪建平 傅传刚

执行编辑(Executive Editor):汪挺 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):池诏丞 樊文彬 吕耀宇 何思祺 蒋峰 金磊 赖思聪 李悠然 卢丹 孙伟鹏 孙伟鹏 唐彬 吴炯 姚一博 俞旻皓 张嘉员 张荣欣 张钰洋 张昭 张正国 周易明

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

住院医师角:输尿管损伤

每月精选文章:cT4bM0 期结肠癌是否能从新辅助全身治疗中获益? 一项基于美国国家癌症数据库的倾向性匹配分析

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.