

·DCR 专区·

Dis Colon Rectum 2024 年 1 期摘要

肛门肿瘤摘要 Anal Neoplasia Abstract

既往筛查与未经筛查的肛门癌患者:肿瘤分期与治疗结果

Richard J. B. Walker, Alexandra M. Easson, Ali Hosni, John Kim, Edward Weiss, Anna Theresa Santiago, Tyler R. Chesney, Irving E. Salit

翻译:张婷婷 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,何思祺 中山大学附属第五医院

背景:针对肛门鳞状细胞癌高风险患者的定向筛查方案已被提出,然而,支持肛门癌筛查的证据仍不明确。

目的:本研究旨在确定筛查高危患者(主要是艾滋病毒感染者)相比常规不筛查,是否能在早期发现鳞状细胞癌。

设定:本研究在加拿大的一所四级护理中心进行。

患者:纳入 2002—2022 年间年满 18 周岁且经病理诊断为浸润性肛门鳞状细胞癌的患者。

干预:通过高风险筛查项目确诊的患者与未接受筛查的患者进行比较。

主要结局指标:主要结局指标是发病时的临床分期,分为 T1N0M0 与其他分期。次要结局指标包括接受的治疗、治疗失败率和总体生存率。

结果:共纳入了 612 例肛门鳞状细胞癌患者,其中 26 例患者是通过筛查计划确诊的。与未接受筛查的患者相比,筛查发现恶性肿瘤的患者出现 T1N0M0 肿瘤分期的概率更高 [69.2% (18/26) 比 14.3% (84/586), 调整后 OR=9.95, 95%CI: 3.95~25.08]。倾向得分匹配敏感性分析也发现了类似的结果 (OR=11.13, 95%CI: 4.67~26.52, $P<0.001$)。与化疗、放疗和手术的任何联合治疗相比,经筛查发现的患者接受单纯局部广泛切除术治疗的概率更大 [12.5% (3/24) 比 3.2% (18/562), OR=4.38, 95%CI: 1.20~16.04]。两组患者的治疗失败率或总体生存率比较差异无统计学意义。

局限:由于接受筛查的患者样本量较少,限制了分析的有效性。

结论:在高风险人群中进行肛门鳞状细胞癌筛查,可以更早地发现恶性肿瘤。筛查发现恶性肿瘤的患者也更有可能会接受单纯局部广泛切除术,这可能会使他们避免放化疗或经腹会阴联合切除术的相关并发症。

结直肠癌摘要 Colorectal Cancer Abstracts

直肠癌侧方淋巴结的预后意义:一项经过标准化影像学评估的基于人群的横断面研究

Tania C. Sluckin, Eline G. M. van Geffen, Sanne - Marije J. A. Hazen, Karin Horsthuis, Regina G. H. Beets - Tan, Corrie A. M. Marijnen, Pieter J. Tanis, Miranda Kusters

Dutch Snapshot Research Group

翻译:张荣欣 中山大学肿瘤防治中心

审校:吕耀宇 中山大学附属第六医院

背景:关于侧方淋巴结、短轴直径和位置对预后的影响仍存在争议。

目的:收集经过 MRI 复查的 cT3~4 期直肠癌影像资料,分析侧方淋巴结特征及治疗后尺寸缩小与相关局部复发率的关系,重设 MRI 指标。

设计:基于人群的回溯性横断面研究。

设置:该合作项目在荷兰 60 家医院外科和影像科进行。

患者:2016 年,共有 3 057 例患者接受了直肠癌手术:1 109 例患者的肿瘤位于距离齿状线 ≤ 8 cm 的位置,临床 T 分期 cT3~4;其中 890 例患者接受了新辅助治疗。

主要结局指标:局部复发和同侧局部复发。

结果:复查发现 314 例 (35%) 患者有可见的侧方淋巴结。其中 30 例患者只有长轴较长的闭孔淋巴结 (13 例) 或髂外淋巴结 (17 例),两者均未导致任何侧方淋巴结复发。髂内/闭孔外侧淋巴结 (284 例) 可见的 4 年局部复发率和同侧局部复发率分别为 16.4% 和 8.8%。与侧方淋巴结较小和无侧方淋巴结相比,肿大 (≥ 7 mm) 的侧方淋巴结 (122 例) 导致更高的 4 年局部复发率 (20.8%, 13.1%, 0%, $P<0.001$) 和同侧局部复发率 (14.7%, 4.4%, 0%)。在多因素分析中,侧方淋巴结可见 (OR=1.8, 95%CI: 1.1~2.8) 和侧方淋巴结肿大 (HR=1.9, 95%CI: 1.1~3.5) 与局部复发独立相关。具有恶性特征的肿大侧方淋巴结的 4 年同侧局部复发率较高 (17.0%)。侧方淋巴结缩小对同侧局部复发率没有影响。单因素分析显示:侧方淋巴结肿大与较高的 4 年远处转移率相关 (36.4% 比 24.4%, $P=0.021$),但在多因素分析中没有相关性 (HR=1.3, 95%CI: 0.9~1.8),并且不影响总生存率。

局限:这项研究受到回顾性设计和侧方淋巴结阳性患者总数的限制。

结论:由于侧方淋巴结肿大导致的侧方淋巴结复发的风险已被证实,但新辅助治疗后侧方淋巴结缩小对预后未发现显著影响。因此在制定治疗方案时,应将初始侧方淋巴结大小考虑在内。

接受短程放射治疗的局部晚期直肠癌患者的盆腔侧方淋巴结的治疗及失败模式

Comron Hassanzadeh, Kasim Mirza, Bitu Kalaghci, Fedra Fallahian, Re-I Chin, Amit Roy, Hayley Stowe, Gregory Low, Katrina Pedersen, Paul Wise, Sean Glasgow, Michael Roach, Lauren Henke, Shahed Badiyan, Matthew Mutch, Hyun Kim

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:对局部晚期直肠癌的盆腔侧方淋巴结的治疗存在争议,有限的数据并未提示最佳的治疗模式。此外,在短程放疗和无手术意愿的情况下,没有关于侧方淋巴结治疗的数据。

目的:我们评估了一种新的方法,其对可疑侧方淋巴结进行同步集成增量放疗。

设计:本研究是一项回顾性研究。

设置:本研究在一个大型的三级转诊中心进行。

患者:本研究包括接受放疗和巩固化疗的患者。所有的原发肿瘤均经活检证实,并通过盆腔磁共振成像进行疾病分期。

干预:原发肿瘤经活检证实,并通过盆腔磁共振进行分期。一组盆腔侧方淋巴结阳性的患者接受了 35 Gy/5 次的同步集成增量放疗。然后,大多数患者接受 mFOLFOX(改良的亚叶酸、氟尿嘧啶和奥沙利铂)化疗。临床评估部分反应(CPR)的患者需要进行全直肠系膜切除术。

主要结局指标:对治疗失败的模式和生存率进行了亚组分析。在不同的淋巴结状态下比较了接受放射治疗的结果。

结果:2017 年 1 月至 2022 年 1 月,共有 155 例患者接受了短期放化疗,其中 121 例被纳入最终分析。49% 的患者接受了非手术治疗。中位随访时间为 36 个月,中位年龄为 58 岁。38 例(26%)患者盆腔侧方淋巴结阳性。侧方淋巴结阳性患者的无进展生存率明显较差($P<0.001$),总体生存率呈下降趋势。侧方淋巴结阳性患者接受针对淋巴结的增强放疗可产生有意义的局部控制,且不会导致额外的急性或晚期胃肠道毒性。

局限:回顾性研究,缺乏侧方淋巴结的病理结果。然而,本研究进行了彻底的影像学检查。

结论:直肠癌侧方淋巴结阳性与更差的肿瘤结局和更高的局部失败率相关。在短程放疗和无手术意愿的患者中,对可疑侧方淋巴结的同步增强放疗是一种安全的方法。

结直肠癌切除术后血清癌胚抗原正常范围患者的肿瘤标志物变化曲线和生存分析

Yih-Jong Chern, Hsin-Yin Hsu, Yu-Jen Hsu, Le-Yin Hsu, Wen-Sy Tsai, M.D., Chun-Kai Liao, Bor-Kang Jong, Jeng-Fu You

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:关于术后血清癌胚抗原(CEA)在预测结直肠癌的长期结果方面的证据仍然有争议,尤其是在术后 CEA 正常的患者中。

目的:研究在根治性结直肠癌切除术后 CEA 正常的患者不同术后 CEA 轨迹之间的风险差异。

设计:该队列研究在一家综合性癌症中心进行,包括了在 2006 年 1 月至 2018 年 12 月间从一个前瞻性收集的数据库中检索到的数据。

设置:本研究为回顾性队列研究。

患者:包括接受原发 I~III 期结直肠癌根治性手术治疗的结直肠癌患者。术后 CEA >5 ng/mL 的患者被排除在外。

干预措施:进行标准的根治性手术。

主要结局指标:分析了 10 年总生存率和无病生存率。

结果:研究人群(8 156 例)分为 6 个轨迹,包括持续超低(2 351 例)、持续低(2 474 例)、逐渐下降(401 例)、持续中等(1 727 例)、轻微上升(909 例)和接近上限(394 例)。中位

随访时间为 7.8 年,用于确定轨迹的 CEA 的中位时间为 2.6 年。持续超低组的 10 年总生存率最高(85.1%),无病生存率为 82.7%。接近上限组的 10 年总生存率最低(55.5%),无病生存率为 53.4%。经过调整的危险比趋势与持续超低组的原始危险比相当。因此,较高的术后血清 CEA 水平组的总生存和无病生存危险比更高。接近上限组的总生存/无病生存的经过调整的危险比为 2.96/2.66(95%CI: 2.39~3.66/2.18~3.69)。

局限:该研究受到其回顾性设计的限制。

结论:术后血清 CEA 轨迹是与长期结果相关的独立因素。尽管 CEA 水平都在正常范围内,但术后血清 CEA 轨迹较高的水平与更差的长期肿瘤学结果相关。

接受等待观察治疗策略的直肠癌患者出现局部再生和远处转移的风险:什么是最佳对照组? 多中心回顾性研究

Guilherme Pagin São Julião, Laura M. Fernández, Bruna Borba Vailati, Angelita Habr - Gama, José Azevedo, Inês Santiago, Oriol Parés, Amjad Parvaiz, Véronique Vendrely, Anne Rullier, Eric Rullier, Quentin Denost, Rodrigo Oliva Perez

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:在达到临床完全缓解后的一部分患者可能会出现局部再生。虽然复发切除治疗似乎提供了较好的局部控制,但远处转移的风险尚不清楚。

目的:比较在经放化疗后采取手术治疗的患者和那些达到临床完全缓解(等待观察策略)后出现局部肿瘤再生长的患者之间的远处转移风险。

设计:本研究为回顾性多中心队列研究。

设置:本研究使用了 1993—2019 年间三家医疗机构治疗的患者的数据。

患者:具有初次临床完全缓解(经新辅助疗法后)并发生局部再生的患者,以及在放化疗后进行常规手术后具有近乎完全的病理缓解($\leq 10\%$)的患者。

主要结局指标:进行了单因素和多因素分析,以确定远处转移的风险因素。使用 Kaplan-Meier 曲线(对数秩检验)绘制生存结果的比较。在局部肿瘤再生组中,将时间零点作为放疗的最后一天(1)或复发切除治疗日期(2)来进行的。

结果:79 例局部肿瘤再生患者中,有 21 例出现远处转移,而 74 例接受常规手术治疗后仅有 10 例出现远处转移($P=0.04$)。局部肿瘤再生和最终病理($ypT3-4$)是远处转移的独立危险因素。当将挽救性切除日期作为时间零点时,出现局部肿瘤再生患者的远处转移无病生存率明显低于接受常规手术治疗的患者(70% 比 86%, $P=0.01$)。

局限:患者数量较少,接受多种新辅助疗法,存在选择性偏倚。

结论:与经放化疗后立即接受手术治疗并具有近乎完全病理缓解的患者相比,接受观察等待策略并发生局部肿瘤再生长的患者更容易出现远处转移。

吲哚菁绿荧光成像引导腹腔镜右半结肠切除术的短期和中期结果:一项倾向性评分匹配的队列研究

Susumu Daibo, Jun Watanabe, Hirokazu Suwa, Seiya Sato, Yusukey Suwa, Mayumi Ozawa, Atsushi Ishibe, Itaru Endo

翻译:许晨 天津市人民医院

审校:孙伟鹏 郑州大学第一附属医院

背景:随着吲哚菁绿荧光成像的使用,术中淋巴引流评估成为可能。然而,目前尚无吲哚菁绿荧光成像指导腹腔镜右半结肠切除术中期疗效的报道。

目的:本研究的目的是检查吲哚菁绿荧光成像引导腹腔镜右半结肠切除术的中期结果。

设计:本研究为回顾性、多中心、倾向得分匹配研究。

患者:2009 年 1 月至 2020 年 12 月,921 例临床分期为 I~III 期并接受腹腔镜右半结肠切除加淋巴结清扫术结肠癌患者。将患者分为两组:233 例患者进行了淋巴流评估(吲哚菁绿组),688 例患者未进行淋巴流评估(非吲哚菁绿组)。

设定:我们在日本横滨临床肿瘤组的框架内进行了这项研究。

主要结局指标:比较吲哚菁绿荧光显像与无吲哚菁绿荧光显像的腹腔镜右半结肠切除术后 3 年无复发生存率。

结果:经倾向性评分匹配后,两组各匹配 231 例患者。吲哚菁绿组中央区淋巴结清扫数目(6 枚比 4 枚, $P<0.001$)、中间区淋巴结清扫数目(7 枚比 6 枚, $P=0.03$)及总淋巴结清扫数目(31 枚比 27 枚, $P=0.047$),均显著高于对照组。中位随访时间为 36.9 个月。吲哚菁绿组 3 年无复发生存率和总生存率分别为 88.8% 和 94.5%,非吲哚菁绿组 3 年无复发生存率和总生存率分别为 89.4% 和 94.7%,两组比较差异无统计学意义。

局限:本研究的局限性在于其回顾性设计。

结论:吲哚菁绿荧光成像引导腹腔镜右半结肠切除术可增加总淋巴结、中间淋巴结和中央区淋巴结的清扫数量。然而,中期结果没有差异。

优先侧的两阶段入路提高局部晚期原发性和复发性侵犯盆腔深层肌的直肠肛管癌的 R0 切除率

Shinichiro Sakata, Syed M. Karim, Jorys Martinez-Jorge, David W. Larson, Kellie L. Mathis, Scott R. Kelley, Peter S. Rose, Eric J. Dozois

翻译:张荣欣 中山大学肿瘤防治中心

审校:吕耀宇 中山大学附属第六医院

背景:使用标准的前侧入路,可能无法对侵犯盆腔深侧壁的原发性局部晚期和复发性直肠肛管癌进行确切的 R₀ 切除。因此,为了提高 R₀ 切除率,我们采用了先行后侧入路,再转前侧入路的两阶段入路切除该部位的肿瘤。

目的:本研究旨在评估使用该方法进行手术的前 10 例患者的 R₀ 切除率和手术结果。

设计:我们对前瞻性保留的手术病理记录和肿瘤情况进行了回顾性病例研究。

设置:这项研究在明尼苏达州罗切斯特市的梅奥诊所进行。

患者:对 10 例原发性或复发性直肠肛管癌患者(6 例女性,中位年龄 53.5 岁)采用先后侧入路,再前侧入路的两阶段入路进行手术治疗。

主要结局指标:R₀ 切除率和手术结果。

结果:所有 10 例患者均为 R₀ 切除。9 例患者出现了一个或多个为期 30 d 的 Clavien-Dindo III 级并发症。9 例患者出现了从浅表伤口裂开到皮瓣坏死的臀肌伤口并发症。在随访期间,4 例患者出现了术后转移,1 例患者出现了术后局部复发。

局限:肿瘤异质性,小队列,随访时间短。

结论:在涉及盆腔深侧肌的原发性局部晚期和复发性直肠肛管癌中,先后侧入路,再前侧入路的两阶段入路法可实现确切的 R₀ 切除。臀后切口的伤口愈合不良是一种常见的并发症。

良性疾病摘要 Benign Disease Abstracts

炎性肠病患者术前因素对术后住院时间的影响

Susanna S. Hill, Kathryn E. Ottaviano, David C. Palange, A. David Chismark, Brian T. Valerian, Jonathan J. Canete, Edward C. Lee

翻译:贺亚博 南京中医药大学附属医院

审校:竺平 南京中医药大学附属医院,吕耀宇 中山大学附属第六医院

背景:炎性肠病患者由于疾病本身的复杂性及其合并症的多样性,其围手术期管理具有挑战性。

目的:本研究旨在确定术前因素和手术类型是否与炎性肠病相关手术后住院时间延长有关,定义为 75 或以上的百分位数(926 例,30.8%)。

设计:基于多中心回顾性数据库的横断面研究。

设定:从国家手术质量改进计划-炎性肠病协作项目中的 15 个高流量医院获取数据。

患者:2017 年 3 月至 2020 年 2 月期间,共 3 008 例炎性肠病患者(包括 1 710 例克罗恩病患者和 1 291 例溃疡性结肠炎患者),术后中位住院时间为 4 d(IQR:3~7)。

主要观察指标:主要结局是术后住院时间延长。

结果:在多因素 logistic 回归分析中,术后住院时间延长概率的增加与多个人口统计学和临床因素有关($P<0.001$, ROC 曲线下面积:0.85)。显著增加术后住院时间的临床因素包括直肠手术(与结肠手术相比 OR=2.13, 95%CI: 1.52~2.98)、新的回肠造口(与无回肠造口相比 OR=1.50, 95%CI: 1.15~1.97)、术前行住院治疗(OR=13.45, 95%CI: 10.15~17.84)、出院后非居家护理(OR=4.78, 95%CI: 2.27~10.08)、低白蛋白血症(OR=1.66, 95%CI: 1.27~2.18)和出血性疾病(OR=2.42, 95%CI: 1.22~4.82)。

局限性:仅对高流量医疗中心数据进行回顾性研究。

结论:术前行住院、出院后非居家护理和进行直肠手术的炎性肠病患者术后住院时间延长的概率最高。患者相关因素包括出血性疾病、低白蛋白血症和 ASA 3~5 级。长期使用皮

质类固醇、免疫药物、小分子和生物制剂的使用在多变量分析中无显著意义。

经腹腔镜与经肛门回肠袋吻合术治疗溃疡性结肠炎:一项以患者为中心的治疗权衡研究

Mei Lucy Yang, Mantaj S. Brar, Erin Kennedy, Anthony de Buck van Overstraeten

翻译:鲜振宇 中山大学附属第六医院

审核:何思祺 中山大学附属第五医院

背景:经肛回肠储袋肛管吻合术是一种相对较新的技术,旨在减少手术创伤,同时为溃疡性结肠炎患者提供更好的盆腔通路。目前,患者对手术入路的偏好尚未被研究。

目的:通过衡量患者愿意接受经肛门手术的潜在风险(表现为储袋功能下降),观察患者对经肛门和经腹腔镜行回肠储袋肛管吻合术的偏好。

设计:我们使用阈值技术对患者进行标准化访谈。

设置:本研究纳入了多伦多西奈山医院的患者。

患者:52 例溃疡性结肠炎患者纳入研究。

干预措施:溃疡性结肠炎患者(有或无储袋手术史)使用阈值技术接受标准化访谈。

主要结局指标:我们测量了患者愿意接受的经肛行回肠储袋肛管吻合术后的排便频率、排便急迫和排便失禁的绝对增加值。

结果:既往有手术史的患者 32 例,年龄(38.7 ± 15.3)岁;既往无手术史的患者 20 例,年龄(39.5 ± 11.9)岁。患者可接受每天排便绝对次数增加 2 次,每月出现 1 次大便失禁,以便接受经肛回肠储袋肛管吻合术。他们还接受 10 min 的排便急迫恶化(即减少 10 min 的“憋便时间”),以便进行经肛门手术。年龄 21~29 岁间的年轻患者仅接受 5 min 绝对减少的“憋便时间”($P=0.02$)。

局限:研究设计固有的偏倚。

结论:患者愿意接受可能导致储袋功能下降的微创方法来完成经肛回肠储袋肛管吻合术。我们需要更多的研究来评估经肛回肠储袋肛管吻合术的远期功能结局,以帮助患者做出明智的手术决策。

挽救性手术:一种回肠肛管储袋脱垂的有效治疗方法

Ana Otero-Piñeiro, Marianna Maspero, Stefan D. Holubar, Amy L. Lightner, Scott R. Steele, Tracy Hull, Rupert B. Turnbull

翻译:李悠然 南京中医药大学附属医院

审核:竺平 南京中医药大学附属医院, 吕耀宇 中山大学附属第六医院

背景:重建性结肠切除术加回肠储袋肛管吻合术是炎症性肠病和其他不太常见疾病的手术治疗选择。储袋脱垂是一种罕见的并发症,会损害储袋功能并对患者的生活质量产生负面影响。

目的:描述我们在这种少见情况下从单中心大样本获得的经验。

设计:前瞻性维护、IRB 批准的数据库的回顾性队列研究。

设定/患者:1990—2021 年期间所有符合条件接受回肠储袋肛管吻合术合并储袋脱垂的患者。

干预:储袋固定术(使用或不使用补片)。

主要结局指标:储袋固定术的成功率定义为无脱垂复发。

结果:共有 4 791 例患者接受了回肠储袋肛管吻合术;7 例(0.1%)诊断为全层脱垂。另外,有 18 例回肠储袋肛管吻合患者从外部机构转诊。在 25 例入选患者中,16 例(64.0%)为女性,总体年龄为(35.6 ± 13.4)岁。从最初储袋完成到脱垂的时间间隔为 4.2 年(IQR:1.1~8.5)。9 例(36.0%)患者曾接受过脱垂治疗(物理治疗 4 例,储袋固定术 2 例,补片储袋固定术 2 例,黏膜切除术 1 例)。所有患者均表现出与全层脱垂相符合的症状和体格检查结果。20 例(80.0%)患者接受了无补片的储袋固定术,5 例(20.0%)患者接受了放置补片的储袋固定术。1 例(4.0%)患者在行储袋固定术前接受了回肠转流性造口术,8 例(32.0%)患者同时进行了脱垂矫正手术和回肠转流性造口术。术后,3 例患者(12.0%)出现复发性脱垂,中位时间为 6.9 个月(IQR:5.2~8.3)。

局限:回顾性研究,样本量小会容易产生选择和转诊偏倚,这可能会限制我们研究结果的可推广性。

结论:储袋脱垂可以通过挽救性手术得到有效治疗。手术干预是安全的,并可以提供较好的结果。

良性疾病摘要 Benign Disease Abstracts

起源于肠系膜上动脉供应脾曲的两种血管变异:大体解剖学研究

Tomokazu Okazaki, Takuya Omotehara, Shinichi Kawata, Takahiro Amano, Masanobu Enomoto, Yuichi Nagakawa, Masahiro Itoh

翻译:牟廷裕 南方医科大学南方医院

审核:杨辉 山东第一医科大学第一附属医院

背景:全结肠系膜切除联合中央血管结扎是治疗结肠癌的标准术式。然而,其手术方式并未达成共识,特别对于横结肠脾曲癌。这是由于此区域动脉存在多种变异,其在胰腺下缘和附近的走行导致动脉结扎困难。

目的:本研究旨在通过尸体解剖明确横结肠脾曲的动脉分布情况。

设计:在尸体上解剖横结肠系膜内分布至结肠的动脉,并利用绘图软件对它们的路径进行了定量可视化。

地点:本研究是在东京医科大学解剖学系进行的。

患者:于 2017—2021 年间捐赠给东京医科大学的 60 具遗体被用于此研究。

主要观察指标:在结肠系膜中横结肠脾曲的动脉走行及其分布模式被评估。

结果:我们发现 34 条变异动脉分布至横结肠的脾曲。其中大多数起源于肠系膜上动脉和结肠中动脉,主要走行于胰腺下缘。我们还发现了另一种动脉走向,其穿过结肠系膜,远离胰腺,朝向横结肠脾曲。此外,这些动脉的起源不在胰腺后方,而是可以在胰腺的尾侧区域找到。

局限:我们无法讨论通过计算机断层扫描检查(CT)如何观察横结肠系膜内的动脉。

结论:本研究首次展示了两种动脉走向(胰腺下方和结肠系膜内)通向横结肠脾曲的情况。在后一种情况下,进行完整的结肠系膜切除联合中央血管结扎可能比前一种情况更为容易。

盆底疾病摘要 *Pelvic Floor Disease Abstract*

骶神经刺激治疗大便失禁的长期效果:一项单中心研究经验

Sarah Martin, Alexander D. O' Connor, Deepak Selvakumar, Wal Baraza, M. Phil., Gemma Faulkner, Domini Mullins, Edward S. Kiff, Karen Telford, Abhiram Sharma

翻译:梅祖兵 上海中医药大学附属曙光医院

审校:何思祺 中山大学附属第五医院

背景:骶神经调节术是治疗大便失禁的有效方法。

目的:本研究旨在评估骶神经刺激的长期疗效,并确定患者在仪器失活后的预后。

设计:这是一项针对接受治疗超过 5 年的患者的观察性研究。阳性结果被定义为大便失禁次数减少 >50% 或症状严重程度评分改善。数据是从前瞻性管理的数据库中进行审查的。

设定:这项研究是在一个三级转诊中心进行的。

参与者:有 74 例患者(其中 72 例为女性)的长期随访数据可用。

主要结局指标:在基线、周围神经评估后和最后一次随访时前瞻性记录的肠道情况、St.Mark 失禁评分和 Manchester 健康问卷数据。

结果:根据骶神经刺激器植入后的时间对患者进行分组分析:1 组:5~10 年(20 例),第 2 组:>10 年(35 例),第 3 组:SNM 装置失活(19 例)。在第 1 组($P \leq 0.05$)和第 2 组($P \leq 0.05$)中,从基线到最后一次随访的 St.Mark 失禁评分中位数和 Manchester 健康问卷评分均有所改善。但在第 3 组中,最后一次随访时两者测量的结果恢复到基线时的水平。同样,在最后一次随访中,两个激活装置组的每周大便失禁情况均有所改善。然而,第 3 组的失禁发作次数与基线没有差异($P=0.722$)。尽管使用激活装置,但在自周围神经评估后十多年的最后一次随访时,大便急迫次数有所增加($P \leq 0.05$)。有 44% 的患者报告可完全控制排便,而使用激活装置后有 77% 患者的失禁症状至少改善了 50%。

局限:该研究是回顾性的,且最后一次随访时的可用数据稍有缺陷。

结论:从长远来看,骶神经刺激是治疗大便失禁的有效方法,但所有结果都会因设备失活而产生不利影响。因此,需要持续刺激才能使患者不断获益。

结局摘要 *Outcomes Abstracts*

Hartmann 术后直肠残端漏的危险因素:残端长度最关键

Alina S. Ritter, Noemi Dumm, Julian M. Deisenhofer, Clemens

Franz, Mohammed Al - Saeedi, Markus W. Buechler, Martin Schneider

翻译:陈文平 西安大兴医院

审校:赖思聪 中山大学附属第六医院

背景:在高风险患者中为避免吻合口漏,通常进行非重建性切除,但这可能会导致直肠残端漏。虽然吻合口漏的风险因素已被广泛研究,但有关直肠残端漏的发生率和潜在危险因素的研究数据较少。

目的:确定 Hartmann 手术后直肠残端漏的发生率,并确定与患者和手术相关的危险因素。

设计:采用单变量和多变量分析的回顾性研究来确定直肠残端漏的危险因素,并对计划手术进行了亚组分析。

设定:该研究在德国海德堡大学医院进行。

患者:将 2010—2020 年间接受 Hartmann 手术并形成直肠残端的病人纳入研究。

主要结局指标:主要结局指标包括直肠残端漏的发生率、30 d 死亡率、住院时间和进一步侵入性治疗的必要性。

结果:直肠残端漏的发生率为 11.78%。手术方式的不同导致直肠残端漏的发生率差异很大,其中盆脏次全切除术后发生率最高(34%)。确诊直肠残端漏主要集中在术后第 7 天。在所有患者中,直肠残端过短($P=0.001$)、既往盆腔放疗史($P=0.04$)、化疗史($P=0.004$)和既往开腹手术史($P=0.03$)是发生直肠残端漏的独立危险因素。在计划手术的患者中,直肠残端过短是唯一独立危险因素($P=0.003$)。直肠残端漏与 30 d 死亡率无关,但延长了住院时间并需要进一步侵入性治疗。

局限:研究结果受到回顾性设计、大量急诊手术以及仅包括有症状的直肠残端漏的限制。

结论:直肠残端漏是非重建性切除术后相关并发症。当非重建性切除(Hartmann 手术)和腹会阴联合切除术两种术式均可行时,应在手术决策中考虑其危险因素。

输尿管支架不会增加结直肠手术后急性肾损伤的风险

Isaac D. Schmied, Dixy Rajkumar, Melissa I. Chang, Sara M. Colom, Robert K. Cleary

翻译:张正国 徐州市中心医院

审校:孙伟鹏 郑州大学第一附属医院

背景:输尿管支架被认为可以预防或帮助识别输尿管损伤。但输尿管支架增加术后急性肾损伤的研究结论并不一致。我院大量的输尿管支架置入术为以往未报道的颗粒度分析提供了独特的机会。

目的:确定结直肠手术中行预防性输尿管支架置入术是否会增加急性肾损伤。

设计:回顾性分析结直肠手术中预防性输尿管支架置入与无输尿管支架置入的比较。采用逆概率处理加权法进行校正分析。

设定:单一机构加速康复结直肠手术。

患者:2018 年 7 月 1 日至 2021 年 12 月 31 日期间的前瞻性机构数据库。

主要结局指标:主要结果是急性肾损伤定义为肌酐升

高 ≥ 0.3 mg/dL(定义1),和术后48小时肌酐升高1.5倍(定义2)。
结果:研究人群中有410例患者,其中支架组310例,无支架组100例。手术损伤输尿管8例,其中支架组4例(1.29%),无支架组4例(4.0%)($P=0.103$)。未校正分析显示两组间急性肾损伤无显著差异。校正后,定义1组(无支架组比支架组:23.76%比26.19%, $P=0.745$)和定义2组(无支架组比支架组:15.86%比14.8%, $P=0.867$)急性肾损伤发生率无显著差异。亚组分析显示,采用定义1($P=0.017$)时,置入发光的支架的患者比无支架患者更容易发生急性肾损伤;采用定义2时结果无显著差异($P=0.311$)。

局限:单一机构的结果可能不具有普遍性。

结论:预防性输尿管支架置入不会增加结直肠手术患者急性肾损伤的风险,但对于发光的支架置入术需要谨慎和进一步的研究。有必要进一步研究输尿管支架置入和显像在开放和微创结直肠手术中的对比作用。

内镜摘要 Endoscopy Abstract

直肠远端出血的年轻患者初次软式乙状结肠镜检查后行全结肠镜检查的必要性评估

Philip F. Bagshaw, Anita Tuck, Jaana Aramowicz, Brian Cox, Francis Antony Frizelle, James M. Church

翻译:蒋峰 南京中医药大学附属医院

审校:吕耀宇 中山大学附属第六医院

背景:年轻患者结直肠癌发病率逐年增加,由于缺乏筛查,年轻患者通常会等到出现直肠出血等症状才去就诊。由于50岁以下患者的癌症多位于左半结肠,因此软式乙状结肠镜检查是明确出血原因的合理方法。

目的:为了预测哪些已经接受软式乙状结肠镜检查的直肠远端出血患者需要进行全结肠镜检查。

设计:将全结肠镜检查结果与已发表的软式乙状结肠镜后全结肠镜适应证进行比较。这些是:①任何数量的晚期腺瘤,定义为 >9 mm的管状腺瘤,任何大小的绒毛状管状或绒毛状腺瘤,或任何具有高度发育不良的腺瘤;②3个或3个以上任何大小或组织学的管状腺瘤;③任何锯齿状病变;④20个或更多增生性息肉。

设定:配有志愿服务专家的慈善医院。

患者:57岁以下直肠远端出血的患者,进行软式乙状结肠镜检查至少到达降结肠,然后再进行全结肠镜检查,并对所有切除病变进行病理检查。

干预:软式乙状结肠镜和全结肠镜检查,切除所有可切除的病变。

主要结局指标:全结肠镜检查结果。

结果:66例患者在乙状结肠镜检查后的5~811 d内进行了

全结肠镜检查,均有完整的数据。其中男性43例、女性23例,平均年龄39.5岁。对全结肠镜检查中发现近端有高危病变与软式乙状结肠镜检查后的标准分析显示,敏感度为76.9%,特异度为67.9%,阳性预测值为37%,阴性预测值为92.3%,准确度为69.7%。

局限:由于结肠镜检查不充分或数据不全导致大量患者被排除。

结论:基于直肠远端出血的年轻患者初次软式乙状结肠镜检查结果制定的全结肠镜随访检查标准足够可靠,可用于常规临床实践,前提是结果经过审查。

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):陈文平 窦若虚 吕耀宇 何思祺

贺亚博 黄胜辉 蒋峰 赖思聪 李婧婧 李悠然 梁逸超

马志明 梅祖兵 牟廷裕 孙伟鹏 鲜振宇 许晨 薛雅红

杨辉 姚一博 俞昱皓 张木梓 张荣欣 张婷婷 张钰洋

张昭 张正国 周易明 竺平

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:结直肠癌同时性肝转移的治疗

临床实践指南:美国结直肠外科医生协会直肠癌临床实践指南2023增补

共识声明:盆底疾病动态超声成像的共识定义和解释范文

每月精选文章:起源于肠系膜上动脉供应脾曲的两种血管变异:大体解剖学研究

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.