

·DCR 专区·

Dis Colon Rectum 2024 年 6 期摘要

肛门肿瘤摘要 Anorectal Neoplasia Abstract**肛门癌的社会经济差异:对治疗延迟和生存的影响**

Pramod Nepal, Muhammad Zafar, Li C. Liu, Ziqiao Xu, Mohamad A. Abdulhai, Alejandra M. Perez - Tamayo, Vivek Chaudhry, Anders F. Mellgren, Gerald Gantt

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:不平等的社会经济状态可以影响医疗保健资源的获得,并可能与治疗和生存的差异相关。

目的:评估社会经济不平等对肛门鳞状细胞癌治疗延迟时间和生存的影响。

设计:使用全国数据集的回顾性研究。

设置:患者来自 2004—2016 年间的国家癌症数据库。

患者:接受放化疗治疗的 I~III 期肛门鳞状细胞癌患者。

主要结局指标:包括种族、保险状况、中位数家庭收入和未高中毕业百分比在内的社会经济因素。分析这些因素与治疗延迟及总体生存率之间的关系。

结果:共确定了 24 143 例接受治疗的 I~III 期肛门鳞状细胞癌患者。中位年龄为 60 岁,70% 为女性,开始治疗的中位时间为 33 d。其中收入较低、高中未毕业所占百分高、参加其他政府保险以及医疗补助保险的患者,从诊断到治疗开始的时间超过 60 d。Kaplan-Meier 生存分析显示,与较早开始治疗的患者相比,治疗延迟组的总体生存率较差(98 个月与 125 个月; $P<0.001$)。

局限:关于化疗与放疗方案、治疗完成情况、复发、无疾病生存以及个体水平的社会经济状况和危险因素的详细信息缺失。

结论:来自收入较低、教育水平较低的社区及参加公共保险的患者治疗延迟时间较长。较低的社会经济地位也与较差的总体生存率相关。这些结果需要进一步分析和采取措施,以改善医疗服务,解决这种不平等现象。

结直肠癌摘要 Colorectal Cancer Abstracts**国际专家共识:关于直肠癌新辅助(化疗)放疗后临床接近完全缓解的定义**

Petra A. Custers, Geerard L. Beets, Simon P. Bach, Lennart K. Blomquist, Nuno Figueiredo, Marc J. Gollub, Anna Martling, Jarno Melenhorst, Cinthia D. Ortega, Rodrigo O. Perez, J. Joshua Smith, Doenja M. J. Lambregts, Regina G. H. Beets-Tan, Monique Maas

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:目前关于直肠癌新辅助(化)放疗后近临床完全缓解

的定义,存在多种不同的观点。这种多样性导致临床实践、长期生存结果和临床试验招募的不统一。

目的:这项研究的目标是基于专家共识,就(化)放疗后近临床完全缓解的定义达成一致。

设计:采用改良的 Delphi 方法,包括系统性回顾、3 次调查和 2 次会议,由 7 名外科医生和 4 名放射科医生组成的国际专家团队进行了上述会议和研究。调查内容包括个体特征、描述和特征组合(内窥镜检查、T2W-MRI 和 DWI)。

设置:改良的 Delphi 过程于在线环境中进行;所有 3 次调查由专家团队在线完成,两次会议也在线上进行。

主要结局指标:主要结果是达成共识($\geq 80\%$ 的一致性)。

结果:专家小组就近完全缓解类别的三级分类达成共识,该分类基于较长等待间隔后缓解演变为临床完全缓解的可能性。专家一致同意,近完全缓解仅是一个临时性的概念,仅在(化疗)放疗后的头 6 个月内使用。此外,就近完全缓解的判断是否需要考虑淋巴结状态以及是否总是需要进行活检达成了共识。在判断是否近完全缓解时,关于是否需要考虑原发肿瘤分期特征,专家意见未能达成共识。

局限:这种三级子分类是基于专家的意见;因此,对于这种子分类没有支持性证据。此外,尚不清楚这种子分类是否可以推广到临床实践中。

结论:在达成了就近完全缓解的三级分类的共识,这在日常实践中可作为治疗指南,并可告知近完全缓解患者有关成功保留器官的可能性。

局部复发直肠癌行盆腔脏器切除伴或不伴骶骨整块切除的预后分析

Jacob H. Waller, Charlotte S. Van Kessel, Michael J. Solomon, Peter J. Lee, Kirk K.S. Austin, Daniel Steffens

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:扩大切除根治术是局部复发直肠癌唯一的治愈机会。直肠后侧的复发灶往往需要在手术中切除整块骶骨,以获取阴性切缘和生存获益。

目的:比较直肠癌复发后行全盆腔脏器联合切除术时,是否行整块骶骨切除的肿瘤学、并发症和生活质量结局。

设计:前瞻性收集数据并进行回顾性分析的对比队列研究。

设置:这项研究在一个盆腔切除术手术量较大的中心进行。

患者:1994—2022 年期间接受全盆腔脏器联合切除术治疗局部复发直肠癌的患者。

主要结局指标:总体生存率、术后发病率、 R_0 切除率和生活质量。

结果:在 965 例患者中,共有 305 例(31.6%)局部复发直肠癌患者接受了盆腔脏器联合切除术。64.3% 的患者为男性,中位年龄为 62(29~86)岁。185 例(60.7%)接受整块骶骨切除术,65 例(35.1%)接受高位横断术,119 例(64.3%)的骶骨切除范围低于 S2 水平。在接受骶骨切除术的患者中,

80% 实现了 R_0 切除;而未接受骶骨切除术的患者中,72.5% 实现了 R_0 切除。接受骶骨切除术的患者术后并发症较多,但病死率并未增加。中位总体生存期为 52 个月,骶骨切除术患者为 47 个月,无骶骨切除术患者为 73 个月($P=0.059$)。在 24 个月的随访中,身体成分($P=0.346$)、心理成分($P=0.787$)和癌症治疗功能评估结直肠部分($P=0.679$)的生活质量评分差异没有统计学意义。

局限:上述发现在盆腔脏器联合切除亚专科单位以外的可推广性可能受限。回顾性分析存在选择偏倚。

结论:在局部复发直肠癌患者中,行盆腔脏器联合切除术时伴或不伴骶骨整块切除在 R_0 切除率、生存率和生活质量结果方面相似。由于 R_0 切除仍然是生存状态中最重要的预测因素,因此骶骨切除术应于常规进行骶骨切除术的亚专科中心进行。

炎症肠病摘要 *Inflammatory Bowel Disease Abstract*

事不过三? 重做-再重做回肠储袋-肛门吻合术的适应证和疗效

Marianna Maspero, Olga Lavryk, Stefan D. Holubar, Jeremy Lipman, Scott R. Steele, Tracy Hull

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:多达 20%~40% 的重做回肠储袋肛门吻合术会发生储袋失败。是否提供第 2 次重做手术以保持肠道连续性仍是一个有争议的问题。

目的:报告本机构第 2 次重做回肠储袋肛门吻合术的经验。
设计:这是一项回顾性研究。使用倾向性评分匹配来平衡两个队列,比较了接受第 2 次重做和第 1 次重做的患者的报告结果。

设置:三级转诊中心。

患者:2004 年至 2021 年间接受第 2 次重做回肠储袋肛门吻合术的患者。

干预:二次重做回肠储袋肛门吻合术。

主要结局指标:储袋存活率,使用克利夫兰全球生活质量调查测量被报告患者的结果。

结果:纳入 23 例患者(65% 为女性),20 例(87%)被诊断为溃疡性结肠炎,3 例(13%)为不确定性结肠炎。8 例(35%)最终诊断为克罗恩病。在 21 例(91%)病例中,第 1 次和第 2 次重做储袋手术的适应证相同;20 例(87%)接受两次重做回肠储袋肛门吻合术的患者都是因为感染性并发症。中位随访 39(四分位数范围:18.5~95.5)个月,8 例(30%)发生储袋失败(7 例由于脓毒血症,其中 3 例从未关闭造口,1 例由于功能不良);所有由于感染出现储袋失败的患者都进行了第二次重做手术。3 年的总储袋生存率为 76%;最终诊断为克罗恩病的患者为 62.5%,溃疡性或不确定性结肠炎患者为 82.5%($P=0.09$)。总体生活质量得分(0~1)为 0.6(0.5~0.8)。第 1 次和第 2 次重做之间的生活质量和功能结局相似,除了肛门失禁在第 2 次重做中更多见。

局限:单中心回顾性研究。

结论:对于具有保持肠道连续性高度意愿的特定患者,可提供第 2 次储袋修补手术,其结果是可被接受的。

肛肠疾病摘要 *Anorectal Disease Abstracts*

比较吻合器痔固定联合结扎术与吻合器痔固定术对Ⅲ~Ⅳ级痔治疗的短期和长期疗效的随机对照试验

Walid Galal Elshazly, Mohamed Abdelhalim Abo Elros, Amr Samir Ali, Ahmed Mohamed Radwan

翻译:卢丹 贵州中医药大学第一附属医院

审校:何思祺 中山大学附属第五医院

背景:尽管吻合器痔固定术在短期内有助于脱垂痔的治疗,但在复发脱垂和患者满意度方面,长期疗效不佳。因此基于目前的研究,在吻合器痔固定术的基础上增加了结扎术。

目的:在吻合器痔固定术的基础上增加结扎术对改善Ⅲ~Ⅳ级痔治疗的短期和长期疗效的评价。

数据来源:2018 年 1 月至 2020 年 1 月,在亚历山大大学附属医院招募了 124 例Ⅲ~Ⅳ级痔患者。

研究选择:随机对照试验。

干预措施:124 例患者通过盲法被随机分为两组,吻合器痔固定术组(I 组)和吻合器痔固定术联合结扎术组(II 组)。

主要结局指标:复发和患者满意度(随访至少两年)。

结果:吻合器痔固定术组平均手术时间明显更短。另外,术后疼痛、镇痛需求、痔疮症状评分、复工情况、并发症发生率以及术后 1 个月的生活质量方面两组相当。平均随访 36(间隔 24~47)个月, I 组有 10 例(16%)患者诉有肛门肿胀不适和(或)脱垂,并需要重做手术。II 组有 3 例(5%,与 I 组比较, $P=0.036$)患者诉有肛门肿胀不适和(或)脱垂,无需再次手术,且 II 组患者长期满意度显著提高。

局限:需要更长的随访时间和单中心经验。

结论:吻合器痔固定术与吻合器痔固定术联合结扎术相比,在并发症发生率、痔疮症状评分、复工情况和生活质量方面的短期结果相仿。吻合器痔固定术联合结扎术的长期疗效在外部肿胀和(或)脱垂复发以及患者满意度方面明显更好。

试验注册号:泛非洲临床试验注册 PACTR20180100293130。

痔切除术:年龄有影响吗?

Steven J. Capece, Charles J. Browning, Cesar A. Barros de Sousa, Kyle Shaak, Justin Y. Yoon, William Sangster

翻译:李佳齐 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:Ⅱ度和Ⅲ度痔病常需要多模式的治疗,最终可能需要手术切除。而年龄和诊断时的整体医疗条件通常会影响到治疗决策。

目的:评估被诊断为有症状的Ⅱ度或Ⅲ度痔患者,根据年龄和诊断与手术干预之间的时间间隔来确定是否需要行痔切除术。

设计:回顾性队列研究。

设置:单中心的人群研究。

患者:纳入 2015 年至 2020 年期间 18~75 岁的Ⅱ度或Ⅲ度内痔患者。排除有血栓性痔或有手术禁忌证的痔病患者。最终共有 961 例Ⅱ度(442 例)和Ⅲ度(519 例)痔患者符合纳入标准。

干预措施:治疗包括痔切除术、门诊手术和(或)药物治疗。

主要结局指标:基线人口学特征、治疗选择和痔切除术的时间(如果适用),根据作者预先确定的痔分级(Ⅱ度或Ⅲ度)和年龄组别(18~30 岁、31~50 岁、51~75 岁)进行分层分析。

结果:Ⅲ度比Ⅱ度痔患者更倾向于选择痔切除术作为初始治疗方案(27.6%比4.1%)。与 51~75 岁组的患者相比,18~30 岁组和 30~50 岁组的患者选择痔切除术作为初始治疗的比例更高(23.5%和 22%比 12.8%)。在最初接受药物治疗或门诊手术,然后进展到行痔切除术的患者中,从初始治疗至行痔切除术的时间长度未因痔分级或年龄的不同而有显著差异。

局限性:数据仅关注患者年龄及其治疗选择。外科医生和患者的个人偏好也可能对结果有影响。

结论:我们的研究表明,年轻人群比老年人群更倾向于选择痔切除术作为初始治疗方案。

纯化微粒化黄酮成分在 PoST 痔切除术后的疗效研究 (MOST 试验):一项开放标签、随机、对照试验

Yuliya Medkova, Inna Tulina, Valeriya Yudina, Ruslan Abdullaev, Vlada Scherbakova, Ivan Novikov, Andrey Nikonov, Petr Tsarkov

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:血栓形成和“黏膜皮桥”水肿是痔切除术后常见的早期并发症。

目的:观察纯化微粒化黄酮成分预防选择性痔切除术后并发症的疗效。

设计:前瞻性、单中心、开放标签、随机对照试验。

设置:2021—2022 年莫斯科谢切诺夫医科大学结直肠癌和微创外科诊所。

患者:针对Ⅲ~Ⅳ度痔行痔切除术后的患者。

干预:痔切除术后患者被随机分配到对照组-标准治疗(口服非甾体抗炎药和局部麻醉剂、局部类固醇、车前子纤维、温水坐浴、硝苯地平凝胶)和研究组(标准治疗+纯化微粒化黄酮成分),随访 60 d。

结局指标:术后第 1~7 天、第 14 天、第 21 天和第 30 天的血栓形成和黏膜皮桥水肿情况,以及视觉模拟量表上的疼痛程度评分;术后第 1、3、7、21 和 30 天的生活质量和患者评估治疗效果;术后第 60 天肛周皮赘。

结果:对 50 例患者(每组 25 例)的数据进行分析。视觉模拟量表显示,在每个随访时间点不存在组间差异。与对照组相比,研究组在术后第 1、3、7、21 和 30 天的患者评估治疗

效果显著升高,在第 1、7 和 14 天的血栓形成或黏膜皮桥水肿发生率显著下降。研究组患者的肛周皮赘发生率明显降低。

局限:单中心、开放标签设计。

结论:纯化微粒化黄酮成分是痔切除术后标准治疗的有效辅助手段,有助于降低血栓形成和黏膜皮桥水肿的发生率,提高患者评估治疗效果,并防止术后肛周皮赘的形成。与标准治疗相比,痔切除术后使用纯化微粒化黄酮成分与疼痛缓解无关。

盆底疾病摘要 Pelvic Floor Disease Abstracts

直肠癌术后低位前切除综合征的长期变化:一项随机对照试验的纵向随访研究

Siqi He, Jinquan Zhang, Runxian Wang, Li Li, Weipeng Sun, Jianping Wang, Yanhong Deng, Weiwen Liang, Ruoxu Dou

翻译:樊文彬 重庆中医药学院

审校:何思祺 中山大学附属第五医院

背景:术后排便功能障碍,亦称低位前切除综合征,在直肠癌术后患者中很常见,显著影响其生活质量。虽然缺乏长期的纵向随访,但通常认为该综合征仅可在术后前两年得到改善。

目的:该研究旨在描述低位前切除综合征患者在术后 3 年以上的纵向变化,并探讨与之相关的因素。

设计:四级转诊中心。

设置:在 FOWARC 多中心随机对照试验中,对人数最多的单个中心进行了长期跟踪随访。

患者:诊断为直肠癌并接受长期新辅助化疗或放化疗,随后进行保肛根治性直肠切除术的患者。

主要结局指标:低位前切除综合征评分和造口状态的变化。

结果:首次随访时,有 220 例患者在术后中位数为 39 个月时进行了回复。在术后中位数为 83 个月时,有 178 例(占 80.9%)患者在第 2 次随访进行回复。在此期间,低位前切除综合征评分的平均值从 29.5(95%CI: 28.3~30.7)改善至 18.6(95%CI: 16.6~20.6)。56 例患者(31.5%)报告了从重度到无/轻度的改善,6 例患者(3.4%)由于严重的排便功能障碍而重做了造口。新辅助放疗与评分的改善呈独立负相关($P=0.016$)。

局限:在长期随访期间的患者失访。

结论:大多数患有低位前切除综合征的直肠癌患者在直肠切除术后 3 年仍可持续获得改善。新辅助放疗与低位前切除综合征的长期改善呈负相关。

使用改良德尔菲共识研究直肠脱垂结果的核心描述集

Brooke H. Gurland, Craig H. Olson, Madison S. McCarthy, Pelvic Floor Disorders Consortium Work Group, Liliana G. Bordeianou

翻译:李悠然 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:直肠脱垂治疗存在很大的差异。

目的:确定直肠脱垂的核心描述集,以改进结局相关研究。
设计:通过系统回顾和专家意见,生成直肠脱垂手术患者的描述词。通过名单服务和社交媒体在国际上招募相关人员。鼓励专家在治疗过程中尽可能使用最简洁的描述词,并将其描述词分组到核心描述集。具有 70% 以上一致性的描述词被定义为共识。

设置:调查共进行了三轮德尔菲过程,使用基于专家结果的 9 点李克特量表。最后一次互动会议使用了投票平台。

参与者:盆底疾病联合会跨学科小组。

主要结局指标:使用改良德尔菲方法对直肠脱垂的核心描述集达成专家共识。

结果:共有 206 人参与,调查回复率分别为 82% 和 88%。受访者来自北美 56%,欧洲 29%,拉丁美洲、亚洲、澳大利亚、新西兰和非洲 15%。91% 的人被认定为结直肠外科医生,80% 的人报告有 5 年以上的经验(35% > 15 年)。57 名与会者参加了最后一次会议,并对核心描述集进行了投票。93% 的参与者同意年龄、体质指数、虚弱、营养和美国麻醉学学会评分等指标与生理状态相关。100% 参与者同意将基线排便功能包括在内。100% 参与者有意向完成表格式手术记录。76% 参与者同意将术后 1、3、5 年作为复发和功能预后的随访时间节点。

局限:个体偏倚,专家的自我认同和对直肠脱垂相关知识的匮乏。

结论:这是迈向统一直肠脱垂的语言和数据收集的国际共识的第一步。

结局摘要 Outcomes Abstract

激光散斑对比成像及实时定量肠灌注在左半结肠微创切除术中的临床应用

Garrett C. Skinner, Yao Z. Liu, Alan E. Harzman, Syed G. Husain, Alessandra C. Gasior, Lisa A. Cunningham, Amber L. Traugott, Christopher J. McCulloh, Matthew F. Kalady, Peter C. Kim, Emily S. Huang

翻译:李文强 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:左半结直肠手术存在较高的吻合口漏发生率,这个结果被认为是组织缺血产生的影响。吲哚菁绿常用于灌注评估,但其是否能减少结直肠吻合口漏的证据仍不明确。激光散斑对比成像能够通过热灌注图像和实时定量,在不适用染料的情况下实现评估。

目的:本研究探讨了高级显像(吲哚菁绿与激光散斑对比成像)灌注评估的有效性,以及激光散斑灌注定量在确定局部缺血边界中的应用。

设计:使用高级可视化和案例匹配的前瞻性干预组和回顾性对照组。

单位:单个学院医疗中心。

患者:40 例接受选择性、微创、左侧结直肠手术的成人患者。
干预:术中 3 个时间点的白光成像和高级显像评估血流灌注:T1-近端结肠血管离断后、肠管切断前;T2-近端/远端结肠吻合前;T3-吻合后。

主要结局指标:切除前各成像方法下缺血分界线的术中特征、高级显像技术下手术决策的改变、术后结肠组织激光散斑灌注定量、术后 30 d 的结果。

结果:高级显像改变了 17.5% 病例的手术决策。对于外科医生改变决策的病例,白光成像和高级显像的分界线平均差异为 3.7 cm,而未改变决策的病例两者差异为 0.41 cm ($P=0.01$)。激光散斑法与吲哚菁绿法的缺血分界线差异无统计学意义($P=0.16$)。激光散斑量化了缺血分界线以外组织较低的灌注值,同时提示分界线外 1 cm 以内的组织存在血流灌注。干预组发生 1 例(2.5%)吻合口漏。

局限:该研究未能检测吻合口漏发生率的差异性。

结论:在左侧结直肠微创手术中,激光散斑和吲哚菁绿的高级显像提供了有价值的血流灌注信息,从而辅助手术决策。

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):池绍丞 樊文彬 吕耀宇 何思祺

蒋峰 金磊 柯嘉 赖思聪 李佳齐 李文强 李悠然

卢丹 孙伟鹏 唐彬 吴炯 徐贤绸 姚一博 俞旻皓

张木梓 张荣欣 张昭 张正国

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:炎性肠病回肠储袋的构建

每月精选文章:术中决策对局部复发直肠癌盆腔廓清术后切缘病理状态的影响

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.