

·DCR 专区·

Dis Colon Rectum 2025 年 3 期摘要

威斯康星州乡村的结肠镜检查质量评估障碍

Jessica R. Schumacher, Jennifer M. Weiss, Jill S. Ties, Nicholas J. Kitowski, Jeremy P. Levin, Matthew Gigot, Jeanette C. May, Daniel R. Pung, Elise H. Lawson

翻译:张景 南京中医药大学

审校:薛雅红 南京中医药大学附属南京中医院,孙伟鹏 郑州大学第一附属医院

背景:乡村地区的患者接受结肠镜检查的机会较少,而结肠镜检查对于预防结直肠癌至关重要。在乡村地区,普外科医生承担了大部分结肠镜检查的工作。威斯康星州乡村特别工作组的外科协作组织将结肠镜检查确定为一项高度优先的举措,原因在于结肠镜检查量大,且缺乏用以评估和提高检查成效所必需的质量衡量途径。

目的:评估威斯康星州乡村医院结肠镜检查质量衡量与改进方面的能力。

设计:在 2019 年 10 月至 2020 年 1 月期间,威斯康星州外科协作组织、威斯康星州乡村医疗合作组织和威斯康星州医疗质量协作组织共同合作,设计并向 44 家威斯康星州乡村医疗合作组织旗下的医院发放了一份调查问卷(其中 25 家医院完成了问卷,回复率为 57%)。通过描述性统计对调查问卷中的项目进行了汇总。6 家乡村医院的外科医生都参加了利益相关者访谈。

设置:威斯康星州乡村卫生合作医院。

主要结局指标:结肠镜检查实施人员,检查操作量/服务能力,信息学及质量衡量基础设施,质量衡量和改进的障碍。

结果:乡村医院结肠镜检查实施人员以外科医生(占 66.3%)居多,其次是家庭医生/内科医生(占 20.0%)以及胃肠病专科医生(占 13.8%)。医院平均每周的结肠镜检查量为 19.9 例(标准差=13.4)。据医院报告,其运营能力达到了约 75%。退镜时间是最常被追踪的指标(占 44.0%),其次是腺瘤检出率(占 36.0%)以及盲肠插管率(占 28.0%)。大约 1/3 的医院(占 36.0%)使用了操作报告软件。大多数医院(占 80.0%)无法在院内进行病理检查。外科医生反馈了在质量衡量/改进方面存在障碍,包括基于电子病历报告的资源不足,以及需要无须出差的、有针对性的教育培训机会。

局限:单个州;可能不能代表所有乡村医院的情况。

结论:缺乏获取结肠镜检查质量衡量指标的途径,这表明有必要制定一种灵活的方法,该方法会考虑报告软件的可获取性以及电子病历方面的差异。改善获取质量指标的途径以及提供教育/培训机会,或许能够提高威斯康星州乡村地区患者获得高质量结肠镜检查的可能性。

右半结肠切除术中幽门下淋巴结清扫对肝曲结肠癌的意义:一项基于倾向评分匹配的多中心分析

Tao Pan, Xian-wen Liang, Jing Wen, Hui Yang, Yang-chun

Zheng, Jin Yan, Chao Liu, Hai Hu

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:关于肝曲结肠癌患者在进行右半结肠切除术时是否需要同时清扫幽门下淋巴结,目前尚存在争议。

目的:评估肝曲结肠癌患者发生幽门下淋巴结转移的风险因素,并探讨幽门下淋巴结清扫的预后效果,以确定哪些患者可能从中受益。

设计:回顾性多中心倾向得分匹配研究,旨在最小化组间异质性。

设置:本研究在三个医疗中心开展。

患者:共有 531 例接受根治性切除术的肝曲结肠癌患者被纳入本研究。

主要结局指标及分析方式:通过 Logistic 回归评估幽门下淋巴结转移的风险因素, Kaplan-Meier 分析评估总体生存率。

结果:在进行幽门下淋巴结清扫术的患者群体中,幽门下淋巴结的转移率达到了 11.8%(26/221)。通过 Cox 多变量分析,在倾向评分匹配后,幽门下淋巴结清扫术被证实是一个独立的预后因素(风险比 0.60, 95% 置信区间:0.38 ~ 0.84; $P = 0.007$)。本研究依据术前因素,制定了一套幽门下淋巴结清扫术的流程图。根据该流程图,术前血清癌胚抗原(CEA)水平 >5.0 ng/ml 的患者,以及术前血清 CEA 水平 ≤ 5.0 ng/ml 但合并 cN+ 及肿瘤大小 ≥ 5 cm 的患者,被归入幽门下淋巴结清扫高优先级组。在高优先级组中,幽门下淋巴结的转移率为 16.0%(20/125)。进一步分析显示,在高优先级组中,接受幽门下淋巴结清扫术的患者相较于未接受该手术的患者,其生存结果更为理想($P = 0.005$)。

局限:回顾性研究。

结论:本研究表明,在特定的肝曲结肠癌患者中应进行幽门下淋巴结清扫。

人工智能盆腔自主神经识别系统在直肠全系膜切除术中的应用

Fanghai Han, Guangyu Zhong, Shilin Zhi, Naiqian Han, Yongjun Jiang, Jia'nan Tan, Lin Zhong, Shengning Zhou

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:在直肠全系膜切除术中,保护盆腔自主神经仍然是一项挑战。腹腔镜的应用使得可视化的精细解剖成为可能,但术后泌尿生殖功能障碍的发生率仍然较高。

目的:建立一种人工智能神经识别系统,以实现在直肠全系膜切除术中进行神经识别。

设计:本研究为回顾性研究。

设置:本研究为单中心研究。

患者:回顾性收集了于 2016 年 1 月至 2023 年 12 月期间,在中山大学附属孙逸仙纪念医院胃肠外科行手术治疗的直肠癌患者的术中图像或视频截图。

主要结局指标:模型的平均交并比、精确率、召回率和 F1 值。

结果:共有 1424 张高质量术中图像被纳入训练组。经过 700 次迭代后,获得了所提模型。平均交并比(IoU)为 0.75,并随着训练时间的增加缓慢上升。神经类别的精确率和召回率分别为 0.7494 和 0.6587, F1 值为 0.7011。通过视频预测可以观察到,该模型具有较高的准确率,可实现有效的神经识别。

局限:本研究为单中心研究。

结论:中国首次成功建立了直肠全系膜切除术中实时神经识别的人工智能模型。更准确的自主神经识别有助于更好地保护泌尿生殖功能,但仍需要进一步研究来验证其效果。

等待观察期间直肠癌新辅助治疗的临床反应分级与肿瘤预后之间的相关性

Roni Rosen, Aron Bercz, Dana Omer, Floris S. Verheij, Hannah Williams, Parisa Malekzadeh, Danielle Kong, Felipe F. Quezada - Diaz, Iris Wei, Maria Widmar, Georgios Karagkounis, Diana Roth O'Brien, Carla Hajj, Christopher Crane, Ping Gu, Neil H. Segal, Marina Shcherba, Karuna Ganesh, Rona Yaeger, Emmanouil Pappou, Paul B. Romesser, Garrett M. Nash, Leonard B. Saltz, Andrea Cercek, Martin R. Weiser, Mithat Gonen, Philip B. Paty, Julio Garcia-Aguilar, J. Joshua Smith

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:等待观察策略为新辅助治疗后达到临床完全缓解的直肠癌患者提供了非手术治疗的机会。但对于仅达到接近完全缓解的患者接受观察和等待的处理是否合理仍存在争议。

目的:我们根据对新辅助治疗的临床反应,评估了接受观察-等待疗法与直肠全系膜切除术患者的肿瘤预后。

设计:回顾性队列研究

设置:纽约综合癌症中心。

患者:2006 年 1 月至 2020 年 12 月期间确诊的直肠腺癌患者。

干预措施:如果患者获得了临床完全缓解,则对其采取严密随访的观察和等待策略。对有局部再生长的等待观察患者采取挽救性手术。不完全缓解患者则接受全直肠系膜切除术。

主要结局指标:局部再生率、器官保留率、无病生存率和总生存率。

结果:直肠腺癌患者($n = 1\,230$)被分为三个反应组—不完全缓解组($n = 646$)、接近完全缓解组($n = 189$)和完全缓解组($n = 395$)。81 例(43%)接近完全缓解组患者和 351 例(89%)完全反应组患者进入等待观察期。接近完全缓解组和完全缓解组的三年局部再生长率分别为 40% 和 24%。近完全缓

解者的五年器官保存率为 53%,完全缓解者为 73%。新辅助治疗的临床反应越好,5 年无病生存率越高,近完全缓解组患者的 5 年无病生存率为 73%,完全缓解组患者为 82%,不完全缓解组患者为 68%。三组患者的 5 年总生存率相似(完全 90%、接近完全 86% 和不完全 85%)。

局限性:回顾性。

结论:对新辅助治疗的临床反应越好,肿瘤预后则越好。与临床完全缓解的患者相比,接近完全缓解患者可避免手术,并仍能达到较高的器官保留率,但局部再生率更高。正在进行的前瞻性研究,通过采用统一标准确定完全缓解后能够接受等待观察策略的患者,这将有助于主治医生更好地选择能接受主动严密随访的患者进行等待观察治疗策略。

全程新辅助治疗后接受侧方盆腔淋巴结清扫的患者侧方盆腔淋巴结病理受累相关特征

Tatsuki Noguchi, Takashi Akiyoshi, Takashi Sakamoto, Shimpei Matsui, Toshiki Mukai, Tomohiro Yamaguchi, Masamichi Koyama, Senzo Taguchi, Eiji Shinozaki, Hiroshi Kawachi, Yosuke Fukunaga

翻译:周易明 复旦大学附属华山医院,梁逸超 中国医科大学附属盛京医院

审校:唐彬 湘潭市中心医院

背景:对于直肠癌患者伴侧方盆腔淋巴结受累,治疗策略尚未达成共识。

目的:本研究旨在评估接受全程新辅助治疗及侧方盆腔淋巴结清扫术的患者中,与侧方盆腔淋巴结病理转移相关的临床及磁共振成像(MRI)特征。

研究设计:本研究为回顾性研究。

研究场所:研究在单一综合性癌症中心进行。

研究对象:纳入 107 例确诊为低位进展期直肠癌且治疗前存在肿大侧方盆腔淋巴结(长轴 ≥ 7 mm)的患者。所有患者接受长程放疗化疗的新辅助治疗后,进行全直肠系膜切除术(TME)及侧方盆腔淋巴结清扫术。

主要结局指标:侧方盆腔淋巴结病理转移及患者生存情况。

结果:在 107 例患者中,治疗前短轴直径 < 7 mm 的侧方淋巴结患者有 48 例,而短轴直径 ≥ 7 mm 的有 59 例。短轴直径 ≥ 7 mm 组的侧方盆腔淋巴结病理转移率显著更高(44.1% vs. 2.1%; $P < 0.0001$)。在短轴直径 ≥ 7 mm 组中,病理转移的独立相关因素包括治疗前恶性特征及治疗后短轴直径 ≥ 4 mm。治疗后侧方淋巴结短轴直径 ≥ 4 mm 患者的 5 年无复发生存率显著低于 < 4 mm 患者(71.1% vs. 86.2%; $P = 0.0364$)。病理侧方盆腔淋巴结转移患者的总生存率、无复发生存率及无局部复发生存率均显著较低。

局限性:作为回顾性分析,本研究可能存在选择偏倚。

结论:对于治疗前短轴直径 < 7 mm 的患者,侧方盆腔淋巴结病理转移较为罕见。而对于短轴直径 ≥ 7 mm 的患者,治疗前的恶性特征及治疗后的短轴直径均与侧方盆腔淋巴结病理转移相关。在全程新辅助治疗后决定是否进行侧方盆腔淋巴结清扫术时,应综合考虑这些因素。

盆腔黏膜黑色素瘤患者接受盆腔脏器切除术后的生存结果:澳大利亚单中心回顾性研究

Tae - Jun Kim, Elan Novis, Peter J. M. Lee, Sascha Karunaratne, Mollie Cahill, Kirk K.S. Austin, Christopher M. Byrne, Michael J. Solomon

翻译:陈文平 西安大兴医院

审校:吕耀宇 中山大学附属第六医院

背景:盆腔黏膜黑色素瘤(包括肛门直肠和泌尿生殖系统黑色素瘤)是一种罕见且具有侵袭性的肿瘤,其中位总生存期约为 20 个月。盆腔黏膜黑色素瘤的肿瘤学行为与皮肤黑色素瘤不同,通常局部一旦出现即为晚期,以致盆腔脏器切除术成为其唯一的治愈性手术选择。

目的:本研究旨在评估在皇家阿尔弗雷德王子医院进行盆腔脏器切除术后盆腔黏膜黑色素瘤的生存结果。

设计:回顾性病例队列,数据来源于 1994 年 10 月至 2023 年 11 月期间前瞻性收集的盆腔脏器切除术患者数据库。

设置:皇家阿尔弗雷德王子医院(四级机构),位于澳大利亚新南威尔士州坎珀敦。

患者:7 例因盆腔黏膜黑色素瘤接受盆腔脏器切除术的患者。

主要结局指标:总生存期、无病生存期和并发症发生率。

结果:7 例患者中,多数为女性($n = 5, 71.4\%$),中位年龄为 65 岁(范围:36~79 岁)。5 例患者(71.4%)因原发性盆腔黏膜黑色素瘤接受盆腔脏器切除术,其中 3 例为肛门直肠黑色素瘤,2 例为阴道黑色素瘤。2 例患者(28.6%)因复发性肛门直肠黑色素瘤接受盆腔脏器切除术,并在一期局部扩大切除后接受了新辅助放疗。3 例患者(42.9%)进行了全盆腔脏器切除术,2 例患者进行了中盆腔脏器切除术(28.6%)。其余手术包括中盆和侧盆淋巴清扫术,以及前盆、中盆和侧盆淋巴清扫术。中位住院天数为 19.7 d。5 例患者出现术后并发症,其中一例为重大并发症(Clavien-Dindo IIIa 级)。在研究完成时,有 4 例患者死亡。平均生存期为 23.6 个月(范围:2~100 个月),复发率为 83%。尽管有 6 例患者(85.7%)接受了 R₀ 切除,复发的中位时间为 3 个月。最常见的远处转移发生在骨、肺和肝脏。

局限:由于该疾病的罕见性,研究样本量较小,限制了结果的普遍适用性。

结论:对于盆腔黏膜黑色素瘤,盆腔切除术似乎仅有助于控制局部肿瘤,因为其复发主要为远处和区域性。

新辅助化放疗后肿瘤间质性反应在进展期直肠癌中的预后意义

Shuhei Sano, Takashi Akiyoshi, Noriko Yamamoto, Tatsuki Noguchi, Takashi Sakamoto, Shimpei Matsui, Toshiki Mukai, Tomohiro Yamaguchi, Akinobu Taketomi, Yosuke Fukunaga, Naoki Miyazaki, Hiroshi Kawachi

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, 吕耀宇 中山大学附属第六医院

背景:肿瘤间质性反应(desmoplastic reaction, DR)被认为是结直肠癌的预后因素。然而,其在局部晚期直肠癌接受新辅助放疗后的预后意义尚未得到充分探索。

目的:评估新辅助放疗后晚期直肠癌患者手术标本中肿瘤间质性反应的预后价值。

设计:这是一项回顾性研究。

设定:该研究在单一综合癌症中心进行。

患者:研究包括 255 例接受氟尿嘧啶类新辅助放疗后进行全直肠系膜切除的局部晚期直肠癌患者,时间跨度为 2005 年至 2014 年。肿瘤间质性反应根据组织学分析被分类为成熟、中间和未成熟型。

主要结局指标:主要结果为无复发生存率和总生存率。

结果:肿瘤间质性反应被分类为成熟(69.0%)、中间(5.5%)或未成熟(25.5%)。与中间(0%)和未成熟(4.6%)组相比,成熟组(34.1%)有较高比例的良好反应者组相比($P < 0.0001$)。成熟组与更好的预后相关,5 年无复发生存率(85.4%)和总生存率(93.0%)高于中间(分别为 45.1% 和 76.2%)和未成熟(分别为 65.8% 和 88.8%)组。多变量分析表明,中间/未成熟肿瘤间质性反应与较差的无复发生存率显著相关($P = 0.03$)。在反应差的患者中,中间/未成熟肿瘤间质性反应与较差的无复发生存率相关($P = 0.03$)。辅助化疗对于成熟组的 5 年无复发生存率没有显著改善(辅助化疗 vs. 无化疗:86.4% vs. 84.8%; $P = 0.64$),在中间/未成熟组合组观察到更差的生存趋势(辅助化疗 vs. 无化疗:55.9% vs. 69.4%, $P = 0.27$)。

局限:研究限制包括肿瘤间质性反应评估的主观性和研究的回顾性设计。

结论:新辅助放疗后手术标本中的肿瘤间质性反应与对放疗的反应相关,且是局部晚期直肠癌的重要预后因素,特别是对于那些对放疗反应差的患者。

在结直肠手术中使用加速康复方案是否增加了术后出血并发症?

Eyal Aviran, Dan Assaf, Karen Zaghiyan, Phillip Fleshner

翻译:黄锦 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;赖思聪 中山大学附属第六医院

背景:加速康复外科方案是多模式围手术期管理路径,被证实可以改善术后并发症及缩短术后住院时间。加速康复外科方案的核心之一是应用非甾体抗炎药和 COX-2 抑制剂的多模式非阿片类药物镇痛。

目的:比较接受和未接受加速康复外科治疗的术后胃肠道出血发生率。

设计:对前瞻性维护的结直肠注册登记数据库进行回顾性综述。

设置:大型结直肠转诊中心。

患者:需进行吻合术的择期结直肠手术患者。

干预:标准化的加速康复方案包括塞来昔布和酮咯酸。

主要结局指标:术后结局指标包括出血(+/-后遗症)、术后血细胞比容减少、出血干预(输血、内窥镜检查或手术)、住院时间和再入院。

结果:除手术指征外,加速康复外科组($n=630$)和非加速康复外科组($n=739$)的基线临床特征相当,加速康复外科组炎性肠病较多,恶性病变较少。微创手术在加速康复外科组中更常应用。与非加速康复外科组相比,加速康复外科组有后遗症的出血($P<0.0001$)和无后遗症的出血($P=0.0004$)均显著更多。此外,加速康复外科组术后血细胞比容下降幅度显著更大($P<0.0001$)。然而,输血和出血干预需求在两组间并没有显著差异。与出血相关的因素是加速康复外科方案($OR=2.96, 95\%CI: 1.57\sim 5.58; P<0.001$)和进行小大肠的吻合术($OR=2.68, 95\%CI: 1.49\sim 4.81; P<0.001$)。

局限性:回顾性观察设计和无法明确加速康复外科方案的哪个组成部分导致了出血。

结论:在接受吻合术的结直肠手术患者中,使用加速康复外科方案与出血发生率增加相关,而输血或出血干预需求没有显著差异。

对可切除直肠癌但不可手术患者群体的观察

Ilze Ose, Adile Orhan, Sule Eraslan, Enise Gögenur, Christina Alexandersen, Angelina Astrid Righult, Emine Ceren Ayhan, Amalie Thomsen Nielsen, Ida Kolukisa Saqi, Ismail Gögenur

翻译:秦誉宁 重庆医科大学

审校:樊文彬 重庆中医药学院;赖思聪 中山大学附属第六医院

背景:结直肠癌的发病率预计将增加,尤其是在伴有显著虚弱和合并症的患者中。这些患者中的一部分由于术后并发症和死亡风险较高,可能不适合手术治疗。

目的:本研究旨在描述因合并症和(或)虚弱被认为不可手术的患者临床结局、治疗管理、社会状况及生存情况。

设计:本研究为回顾性队列研究。

设置:采用Kaplan-Meier方法估计总体生存率。Cox比例风险模型用于估算死亡率相关可修改危险因素的风险比及其95%置信区间。

患者:本研究纳入了2020年1月1日至2024年4月30日期间,诊断为可切除结直肠癌但经多学科团队评估认为因合并症和/或虚弱而无法手术的患者。

主要结局指标:主要结果为描述当前人群的特征,调查死亡率,并探索当前人群与死亡相关的风险因素。

结果:在研究期间,1667例患者中有69例为潜在可切除直肠

癌但因合并症和(或)虚弱被认为不可手术的患者,纳入了研究。90天和1年病死率分别为20%和52%。诊断后3年,12%的患者仍然存活。在确诊时,73%的女性患者和71%的男性患者合并贫血。此外,77%的患者存在低蛋白血症。较低的血清白蛋白水平与较差的生存预后相关,死亡风险比为0.92(95%置信区间:0.88~0.98, $P=0.007$)。

局限:由于研究是回顾性且样本量较小,研究结果的普适性受到限制。

结论:当前人群的死亡率较高。然而,我们的研究结果突出了在管理这些患者时有待改进的潜在领域。

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 池绍丞 樊文彬 吕耀宇 何思祺 黄锦 金磊 赖思聪 梁逸超 秦誉宁 孙伟鹏 唐彬 吴炯 薛雅红 姚一博 张昭 张景 张木梓 张荣欣 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:盆腔放疗后的性功能障碍

每月精选文章:全程新辅助治疗后接受侧方盆腔淋巴结清扫的患者侧方盆腔淋巴结病理受累相关特征

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.