

Dis Colon Rectum 2025 年 6 期摘要

新辅助治疗完成后测量的全身性炎症循环标志物与局部进展期直肠癌的治疗反应相关

Ross K. McMahon, Sean M. O'Cathail, Colin W. Steele, Harikrishnan S. Nair, Jonathan J. Platt, Donald C. McMillan, Paul G. Horgan, Campbell S. Roxburgh

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:新辅助治疗反应程度是局部进展期直肠癌的重要预后因素,但目前反应谱系广泛且缺乏可靠评估指标,宿主治疗反应机制尚未阐明。在可手术结直肠癌中,全身炎症标志物升高与不良预后相关。前期研究提示新辅助治疗前炎症标志物[如改良格拉斯哥预后评分(mGPS)和中性粒细胞/淋巴细胞比值(NLR)]升高可能预示较差治疗反应。

目的:本研究旨在全面评估新辅助治疗前后的血液学炎症指标。

设计:纵向队列研究

设置:单一医院的前瞻性维护的地区癌症数据库。

患者:2016年6月至2021年7月连续接受新辅助治疗+根治性手术的局部进展期直肠癌患者。

主要结局指标:新辅助治疗前后全身炎症反应标志物升高情况。

结果:共纳入 278 例患者(67.3% 为男性,中位年龄 65 岁)。27.34% 的患者达到完全缓解(包括临床或病理完全缓解),37.05% 的患者达到良好的肿瘤退缩(TRG 分级 0~1)。无任何新辅助前的炎症标志物与治疗反应或退缩相关。多因素分析显示,新辅助治疗后的 mGPS 评分升高(OR=2.8, 95%CI: 1.22~6.41, $P=0.015$)以及癌胚抗原升高(OR=4.09, 95%CI: 1.6~10.44, $P=0.003$)与不完全反应独立相关;而新辅助治疗后的 mGPS 评分升高(OR=2.14, 95%CI: 1.08~4.23, $P=0.029$)也在多因素分析与肿瘤退缩差独立相关。

局限性:研究为回顾性设计,新辅助治疗后血样采集时间存在轻微差异。

结论:我们发现新辅助治疗后的 mGPS 评分升高与较差的反应和肿瘤退缩相关,这可能表明放疗抵抗与促肿瘤炎症环境的形成相关。尚需进一步研究明确与治疗反应相关的局部肿瘤内过程,以及其与系统性炎症指标之间的相互关系。最终,联合放疗加抗炎治疗策略,或可作为优化治疗反应的一种潜在方向。

基于呼气挥发性有机化合物的结直肠癌预测模型的构建

Se-Jin Baek, Hosub Lim, Selim Oh, Seohee Lee, Yanghee Kim, Ji Eun Song, Jung Myun Kwak, Jin Kim, Seon-Hahn Kim, Dong Geun Sul

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:结直肠癌目前缺乏无创且高效的诊断标志物。近年来,呼气中的挥发性有机化合物已被提出可作为多种疾病的潜在诊断指标。

目的:本研究旨在构建包含呼气挥发性有机化合物的结直肠癌诊断预测模型。

设计:本研究为前瞻性比较研究。

设置:单中心学术医学机构。

患者:前瞻性收集 112 例结直肠癌患者和 51 名健康对照者的呼气样本。样本采集前对进食、吸烟等可能影响呼气的因素进行控制。

干预:采用热脱附-气相色谱/质谱联用技术分析呼气样本中的 53 种挥发性有机化合物。

主要结局指标:校正可能影响挥发性有机物的临床变量后,比较结直肠癌组与健康对照组中各化合物的浓度差异。

结果:构建了 4 种结合临床变量与挥发性有机物指标的预测模型,用于区分结直肠癌患者与健康人群。4 个模型均纳入了年龄、性别、室温、冷热环境、禁食时间、烧烤类食物摄入、肠道准备等临床变量,以及 8 种挥发性有机化合物的浓度:乙醇、癸醛、1-碘壬烷、十二烷、己醛、1-壬烯、(1S)-(-)- α -蒎烯和乙苯酮。4 个预测模型的灵敏度在 84.0%~98.2% 之间,特异度在 89.2%~93.8% 之间,ROC 曲线下面积为 92.1%~98.3%。

局限:本研究的限制包括两组参与者的社会学特征存在差异。

结论:结直肠癌患者呼气中的 8 种挥发性有机化合物与健康人群存在显著差异。本研究结果支持利用挥发性有机化合物联合特定临床变量构建预测模型以实现结直肠癌诊断。

最佳储袋培训方案研究:手术与非手术需求调查

Emily Steinhagen, Sharon L. Stein, Asya Ofshteyn, Karen Sherman, Jennifer Miller - Ocuin, Erin Fennern, Liliana Bordeianou

翻译:鲜振宇 中山大学附属第六医院

审校:吕耀宇 中山大学附属第六医院

背景:回肠贮袋肛管吻合术是结直肠癌外科培训的重要组成部分。然而,病例数量的减少使得学员获得相关知识和技能的机会也相应减少。

目的:本研究旨在明确教授结直肠癌住院医师回肠贮袋肛管吻合术辅助课程的组成部分和形式。更具体地说,本

研究旨在就课程的基本要素和独特要素达成专家共识,确定哪些替代策略是可以接受的,并确定评估课程有效性的方法。

设计:这是一项改良的德尔菲共识研究。采用专题分析的半结构式访谈,用于设计首轮调查问卷。

设置/参与者:邀请北美研究生医学教育认证委员会(North American Accreditation Council for Graduate Medical Education, ACGME)结直肠外科住院医师培训项目的教员参与电子调查,并邀请每轮调查的参与者参加后续轮次的调查。

结局指标:通过三轮调查,选出课程、教学策略和评估方法中优先级较高的项目。随后召开了一次共识会议,以明确优先次序和可接受的教学评估方案。来自第三轮调查的参与者以及结直肠外科住院医师培训项目的项目主任也受邀参加了共识会议。

结果:通过 12 次半结构化访谈,研究人员明确了结直肠外科住院医师的教育需求、替代性教学策略的适用性,以及关于将手术案例最低数量作为评估执业准备度的关注点。这些教育需求被划分为术前、术中和术后三个阶段,每个阶段均包含相应的知识要求与操作技能。第一轮、第二轮和第三轮调查中,分别有 85 名、43 名和 38 名结直肠外科医生完成了调查问卷。最终由 9 位专家组成的团队在共识会议上对调查结果进行汇总,并针对各项教育需求提出了具体的教学策略建议。

局限性:仅纳入参与培训项目的结直肠外科医生;调查对象存在偏倚;参与率较低。

结论:这种对结直肠外科住院医师教育需求的共识,包括知识、判断和技术技能,是开发回肠贮袋肛管吻合术教学课程的第一步。制定必要课程的合作工作正在进行中。

通过全自动深度学习算法量化内脏脂肪及其与憩室炎发生和复发风险的关系

Jane Ha, Christopher P. Bridge, Katherine P. Andriole, Avinash Kambadakone, Marissa J. Clark, Anvesh Narimitti, Michael H. Rosenthal, Florian J. Fintelmann, Randy L. Gollub, Edward L. Giovannucci, Lisa L. Strate, Wenjie Ma, Andrew T. Chan

翻译:徐海霞 广东省中医院

审校:吴耀宇 中山大学附属第六医院

背景:肥胖是憩室炎的危险因素。然而,目前尚不清楚内脏脂肪面积(腹部脂肪更精准的测量方式)是否和憩室炎有关。

目的:根据内脏脂肪面积估算憩室炎的发生和复发风险。

设计:一项回顾性队列研究。

设置:麻省总院-布里根生物库。

患者:6 654 例患者因临床指征接受腹部 CT 扫描,扫描前未诊断出憩室炎、炎性肠病或肿瘤。

主要结局指标:基于腹部 CT,应用深度学习模型对内脏脂肪面积、皮下脂肪面积、骨骼肌面积进行量化。主要暴露为身体成分指标的 z 分数,并根据年龄、性别和种族进行标准化。根据电子病历中初步诊断或入院诊断的 ICD 码筛选憩室炎病例。根据身体成分指标 z 分数的四分位数(Q_1, Q_3)估算憩室炎、复杂性憩室炎和需要住院的复发性憩室炎的风险。

结果:较高的内脏脂肪面积 z 分数与憩室炎(比较 Q_1 与 Q_3 的多因素 $HR=2.09$; $95\%CI: 1.48\sim 2.95$; 趋势 $P<0.0001$)、复杂性憩室炎($HR=2.56$; $95\%CI: 1.10\sim 5.99$; 趋势 $P=0.02$)以及需要住院治疗、复发性憩室炎($HR=2.76$; $95\%CI: 1.15\sim 6.62$; 趋势 $P=0.03$)的发病风险增加相关。体质指数差异分层后,内脏脂肪面积与憩室炎之间没有显著关联。憩室炎与皮下脂肪面积或骨骼肌面积无显著相关性。

局限:研究人群仅限于因医疗指征而接受 CT 扫描的个体。

结论:CT 提示较高内脏脂肪面积与憩室炎的发生和复发相关。我们的研究结果反映出憩室炎发生的潜在病理生理学因素,并可能对预防策略产生影响。

右半结肠癌择期与急诊切除手术预后比较:一项倾向性评分匹配分析

Bas A. J. Kertzman, Femke J. Amelung, Thijs A. Burghgraef, Esther C. J. Consten, Werner A. Draaisma

翻译:梅祖兵 上海中医药大学附属曙光医院

审校:赖思聪 中山大学附属第六医院

背景:既往研究表明右半结肠癌择期与急诊手术的并发症(包括吻合口漏)发生率相似,由此形成急诊切除手术实施一期吻合安全的共识。然而最新证据提示急诊术后并发症风险增高,提示过渡至择期手术的替代策略可能更具优势。

目的:评估右半结肠癌急诊切除手术是否较择期手术具有更高的并发症(特别是吻合口漏)发生率。

设计:基于 2010—2019 年荷兰结直肠癌登记数据的回顾性队列研究,采用倾向性评分 1:1 匹配。

设置:荷兰全国范围医疗机构数据。

患者:接受右半结肠癌切除术患者(急诊组 5056 例,经匹配后与择期组等量)。

主要结局指标:吻合口漏发生率、90 天并发症率及死亡率。

结果:匹配后基线特征差异无统计学意义。吻合口漏发生率组间差异无统计学意义,但急诊组病死率显著升高(9.4% vs. 4.2% , $P<0.001$),90 天并发症率亦更高(41.7% vs. 33.0% , $P<0.001$)。

局限性:采用多重填补法处理少量缺失数据。虽行倾向性评分匹配,未知混杂因素仍可能影响结果。急诊组纳入更多高危患者,或对结局产生偏倚。

结论:右半结肠癌急诊切除手术较择期手术并发症及死亡率显著升高。采用过渡性治疗策略将急诊病例转化为择期手术可能降低风险,该结论需进一步研究验证。

密歇根州提高直肠癌全直肠系膜切除术分级的多模式干预:一项随机对照试验

Joceline V. Vu, Arielle Kanters, Mariana Berho, Samantha Rivard, Brandy Sinco, Kushal Singh, Ashley Duby, Mousumi Banerjee, Samantha Hendren

翻译:黄鉴 昆明医科大学第一附属医院

审校:何思祺 中山大学附属第五医院

背景:全直肠系膜切除术与改善直肠癌患者的预后相关,且推荐对全直肠系膜切除标本进行分级。我们在密歇根外科质量协作组的医院中实施了一项多模式干预措施,旨在提高全直肠系膜切除术标本的分级率。

目的:比较研究早期和晚期接受干预的医院在全直肠系膜切除术质量分级率上的时间变化趋势。

设计:采用阶梯式随机对照试验,将医院随机分配在早期接受或一年后接受教育干预。我们使用广义线性混合模型比较两组之间全直肠系膜切除术分级率的动态差异,同时根据医院的特征进行校正。

设置:密歇根外科质量协作组内的 12 家医院。

患者:2014—2021 年接受全直肠系膜切除术治疗直肠癌的成年患者。

干预措施:一项多模式教育干预,包括关于全直肠系膜切除术分级的网络研讨会、网络研讨会前、会后的测验以及现场访问。

主要结果指标:各医院随时间变化的全直肠系膜切除术分级率。

结果:从 2014—2021 年,参与医院共有 560 例患者接受了全直肠系膜切除术,其中早期干预医院有 350 例,晚期干预医院有 210 例。早期干预始于 2018 年 8 月,晚期干预始于 2019 年 6 月。混合模型分析显示,早期干预医院的分级率从 8.1% 增加到研究结束时的 99.7% ($P < 0.001$)。在晚期干预组中,分级率从 47.8% 增加到 94.0% ($P < 0.001$)。值得注意的是,干预措施与两组中全直肠系膜切除术的分级变化无显著关联;而分级率的增加与 2016 年 12 月全州范围内关于该主题的协作展示相关联。

局限:存在选择偏倚,因为参与招募的医院已经在参与结直肠癌质量改进,可能反映了这些医院对高质量直肠癌诊疗具有更强的投入意愿。

结论:我们的研究结果显示,密歇根州 2014—2021 年期间全直肠系膜切除分级率有所增加,而这一增加发生在我们实施干预措施之前。该结果强调了在评估医疗质量改进干预措施效果时考虑长期趋势的重要性。

直肠癌腹会阴联合切除术和前切除术后持续性坐姿和行走困难的生活质量研究结果

Sergei Bedrikovetski, Nagendra N. Dudi - Venkata, Hidde M. Kroon, James W. Moore, Ronald A. Hunter, Tarik Sammour

翻译:张木梓 吉林市肿瘤医院,俞亮 福建医科大学附属协和医院

审校:唐彬 湖南省湘潭市中心医院,梁逸超 中国医科大学附属盛京医院

背景:直肠癌的主要手术切除方案分为两种,对于直肠中上段肿瘤选择前切除术,直肠下段肿瘤选择腹会阴联合切除术。先前的一项研究表明,腹会阴联合切除术后会出现长期持续的会阴症状和坐姿困难。

目的:比较腹会阴切除术与前切除术后坐姿和行走困难的发生率和程度。

设计:一项观察性、前瞻性、纵向、多中心、国际性的研究。

数据来源:数据收集自直肠癌生活质量研究的参与者。参与者在基线时间和诊断后 1 年和 2 年回答了有关身体功能、症状和生活质量的问卷。

患者:纳入新诊断的直肠癌患者,而无论其分期如何。该研究包括 1024 例患者,其中 64% 接受了前切除术,36% 接受了腹会阴联合切除术。

主要观察指标:主要目的是估计两个手术组(腹会阴切除术和前切除术)之间坐姿或行走困难的患病率和比值比。

结果:在接受腹会阴联合切除术的患者组中,29% 的患者在 2 年后出现坐姿困难,而接受前切除术的患者为 12% ($OR = 2.65$, 95%CI: 1.71~4.09, $P < 0.0001$)。腹会阴联合切除术后 2 年行走困难的发生率为 35%,而前切除术后为 24% ($OR = 1.50$, 95%CI: 1.02~2.22, $P = 0.04$)。

局限:该研究的观察性质可能被视为一种局限性。

结论:与前切除术相比,腹会阴联合切除术与直肠癌患者的坐姿和行走困难相关,其发生率显著高于前切除术。医疗人员应加以关注,通过加强康复来改善患者的情况。

在 ClinicalTrials.gov 注册(NCT01477229)。

免疫治疗时代前后肛门直肠黑色素瘤的外科治疗方法

James A. Pasch, Wendy Liu, Shahrir Kabir, Thomas Pennington

翻译:竺平 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:尽管免疫检查点抑制剂在皮肤黑色素瘤治疗中具有革命性进展,但其对肛门直肠黑色素瘤的疗效较弱。然而,此类疗法的出现及其改善预后的潜力,可能已改变了外科治疗模式。

目的:回顾免疫治疗时代前后肛门直肠黑色素瘤的外科治疗方法。

设计:基于澳大利亚黑色素瘤研究所研究数据库的回顾性队列研究。

设定:一家四级黑色素瘤转诊中心。

患者:纳入 1958 年至 2021 年诊断为肛门直肠黑色素瘤的患者。

干预:比较免疫治疗时代前后(自 2014 年首次应用)腹会阴联合切除术与局部扩大切除术的应用情况。

主要结局指标:手术类型随时间的变化及总生存期。

结果:共纳入 56 例患者,病变部位为肛门(57.1%)、肛管直肠(16.1%)及直肠(26.8%)。初始治疗方式包括腹会阴联合切除术(37.5%)、低位前切除术(3.6%)、局部扩大切除术(46.4%)以及针对转移性或不可切除病例的非手术治疗(12.5%)。自 2014 年起,21 例患者(37.5%)接受了免疫治疗及靶向治疗,但免疫治疗时代前后的手术方式选择无显著差异($P=0.134$)。全队列 5 年总生存率为 12.5%,局部扩大切除术与腹会阴联合切除术患者的生存率差异无统计学意义(15.4% vs. 14.3%, log rank $P=0.77$)。切缘阳性率在局部扩大切除术中显著更高(15.4% vs. 4.8%, $P=0.016$),但两组局部复发率相近(15.4% vs. 14.3%, $P=0.58$)。

局限:肛管直肠黑色素瘤罕见,因此本研究为跨越 80 年的小样本队列。早期检查点抑制剂临床试验排除了黏膜黑色素瘤患者,导致这类患者的相关数据有限。

结论:尽管免疫治疗已引入临床,外科手术仍是肛管直肠黑色素瘤治疗的核心。手术切除具有治愈潜力并能避免局部进展导致的并发症,但可能以生活质量下降为代价。建议在经验丰富的中心进行集中化管理,以实现最佳多学科协作治疗。

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):黄鉴 何思祺 赖思聪 梁逸超 梅祖兵 芮耀宇 孙伟鹏 唐彬 鲜振宇 徐海霞 俞亮 张荣欣 张木梓 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:常见造口并发症的诊断与处理

每月精选文章:直肠癌腹会阴联合切除术和前切除术后持续性坐姿和行走困难的生活质量研究结果

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