食管癌外科一些新理念

Some New Conceptions of Esophageal Cancer Surgery
DAI Jian-hua, LI Guo-ren

戴建华 综述, 李国仁 审校
(连云港市第一人民医院 徐州医学院附属医院, 江苏 连云港 222002)

摘要:随着临床医学模式的变化,食管癌外科面临许多新理念、新方法和高新技术的挑战,需要不断更新理念,使食管癌的外科治疗提高到一个新水平。

关键词:食管癌;外科;分期;综合治疗

中图分类号:R735.1 **文献标识码:**A **文章编号:**1004-02421(2012)04-0434-03

食管癌是危害人类生命和健康的最常见恶性肿瘤,1999年WHO资料显示中国食管癌占世界总数的46.6%。自1940年吴英恺教授成功地施行首例食管癌切除胸内食管胃吻合术,奠定了我国食管癌外科的基石。我国食管癌外科经历半个多世纪,由于基础和临床研究的进展,食管癌的手术切除率不断提高,并发症手术死亡率逐渐下降,术后生存率相应提高。然而,近30年食管癌外科处于相对平台期,进展迟缓。进入新世纪,外科也从传统外科向后现代外科转变,外科领域不断拓展,产生许多新理念、新方法和新技术。

1 手术评估理念与精确 TNM 分期

食管癌外科治疗的选择依据肿瘤 TNM 分期、切除的可能性和患者的全身情况而综合评估^[1]。准确临床和病理 TNM 分期对于最佳治疗方案选择、淋巴结清扫的合理范围、治疗效果的评价及病人预后的评估具有十分重要的作用^[2]。

食管癌分期,在我国绝大多数医院一般限于体检、食管造影、内镜、体表超声、胸部 X 线片及 CT 扫描等无创检查的结果进行经验分期,准确率约 40%^[3]。其中对 T 与 M 分期相对比较准确,而对 N 分期,尤其

纵隔淋巴结判定的准确性相对较差。随着高新技术的发展和运用,尤其是影像技术,如 MRI、PDG-PET、PET/CT 以及超声内镜(EUS)等,提高了食管癌浸润深度、淋巴结和远处转移的准确度,较准确地预测食管癌切除的可能性^[4,5]。目前,CT 和 EUS 是食管癌术前分期的主要手段。胸腔镜、纵隔镜或食管超声穿刺活检术(EUS-FNA)等微创外科可以提供更为准确的分期^[6,7]。近 10 年来,应用支气管内超声实时引导针吸活检术(EBUS-TBNA)检查显示在纵隔淋巴结分期中具有较高的敏感度、特异性和准确率,分别为 89%~99%、100%和 92%~99%,是一种安全的微创诊断方法,必要时可考虑联合 EUS-FNA 及胸腔镜技术全面评价纵隔淋巴结状况^[7]。

食管癌的病理分期是 TNM 分期的金标准,但用分子生物学方法对淋巴结进行检查发现有不少组织学阴性的淋巴结有微转移现象,导致 TNM 分期的低估^[2]。

目前,我国食管癌分期基本上仍按 AJCC/UICC 1997 年(第 5 版)和 2002 年(第 6 版)制定的方案,是根据疾病的解剖范围,按程度、逻辑理论性分组进行 TNM 分期,已广泛应用于临床,但尚不能充分反映食管癌的临床生物学特性^[8]。最近 AJCC/UICC 推出 2009 年修订的第 7 版食管癌 TNM 分期,在原有的基础上纳入淋巴结数目及组织分化分级等因素,将 TNM 分期扩展为 TNM₁ 分期^[8]。但其仍有局限

收稿日期:2011-07-20;修回日期:2012-01-05
E-mail: Liguor2011@163.com

性,尤其N分期状况,即转移的区/野、数、度,脉管癌栓以及微转移等因素尚需细化。

2 微创理念与腔镜外科开展和推广

21世纪,外科手术在微创理念指导下使手术微创化,即微创外科(MIS)^[9,10]。目前,食管癌微创外科包括各类胸壁小切口手术,腔镜手术和内镜手术,其中腔镜手术是主要的微创技术。1992年Pellegrini等首次将电视胸腔镜用于食管疾病手术。国内1996年曲家骥首先报道食管癌胸腔镜手术切除。目前,国内报道的微创腔镜食管癌手术是根据手术目的和适应证,使用电视胸腔镜(VATS)、纵隔镜(VAMS)或腹腔镜(VAES)手术。VATS包括单纯胸腔镜下食管癌切除术、手辅助胸腔镜下食管癌切除术、胸腔镜辅助胸部小切口食管癌切除术、或采用二镜或三镜联合食管癌切除术^[9,11]。VATS尚无统一的手术指征和手术方式,通常指征为无邻近组织的直接侵犯,无大块淋巴结转移,术中能耐受左侧单肺通气的食管癌^[12]。

我国微创腔镜食管癌手术经过10多年的发展已成为食管癌外科临床中的重要组成部分,但受技术条件和设备的限制,尚未广泛开展,使用率不到5%,其安全性和根治性仍存在争议,还需前瞻性大样本病例对照研究。随着设备和手术器械的完善和发展,学习曲线的强化,腔镜食管癌切除术的适应证将不断扩大。

近年来,随着内镜技术和器械的发展,内镜外科(VAES)介入治疗早期食管癌已被人们所接受,其中内镜食管黏膜切除术(EMR)和黏膜剥离术(ESD)国内已逐步开展^[14]。NCCN食管癌治疗指南2010版把内镜治疗作为T_{is}和T_{1a}早期食管癌的标准治疗方法之一。

总之,微创理念应贯穿于食管癌外科的全过程,无论开放性还是腔镜手术,都要遵循“损伤控制处理”的理念和原则。

3 个体化理念与手术径路和重建方法的合理选择

目前,我国对于T₁₋₃、N₀₋₁、M₀期食管癌采取以手术为主的综合治疗。剖胸食管癌切除、区域淋巴结

清扫及消化道重建仍是治疗食管癌的主要术式,其中手术径路和重建器官的选择存在一定争议^[1,13]。

食管癌手术径路多种多样,目前,常用的手术径路概括为:①左胸径路,是我国经典的,也是主要的手术径路,约占93%。②右胸径路,其中Ivor-Lewis经右胸、腹二切口,是西方国家治疗中下段食管癌的首选方法^[8];Mekeown经右后胸、腹、颈三切口和经右前胸、腹、颈三切口都是Ivor-Lewis的改良术式。③非开胸经腹、左颈二切口的经膈肌裂孔食管钝性剥脱术(THE)和食管内翻拔脱术。④电视胸腔镜或纵隔镜微创食管癌切除术。

目前,胸段食管癌发生于气管隆突以下的部分中段和下段癌,多采用左胸径路,位于气管隆突以上的中上段癌,多采用右胸径路^[13]。近10年来,由于食管癌切除长度和淋巴结清扫范围扩大,对胸段食管癌选择右胸径路手术具有诸多优点,术后5年生存率可提高10%~20%,并取得某些共识^[14,15],但尚需进一步前瞻性随机对照研究证实。

提高食管癌切除食管胃吻合患者术后生活质量备受关注。食管癌切除以全胃行消化道重建是最佳食管替代物,约占>99%^[16],重建术后相关并发症的发生率明显降低^[17]。但是,术后排空障碍和胃食管反流,是影响患者生活质量的主要因素^[16,17]。现有的胃食管重建和吻合方法均不能替代原有生理性抗反流结构和功能。因此,寻求一种安全、简单,符合生理的重建方法,仍是讨论的热点问题之一。

目前,国内外相继报道采用“管状胃”重建,其最大限度地切除了胃的泌酸面积,减少胃的容积和胃液潴留,减轻对纵隔和心肺压迫,改善肺功能,同时降低胃排空不良的发生,减轻胸胃食管反流,比较符合人体的解剖生理状况等优点,可改善患者术后生活质量^[18]。

食管癌根治性手术的围手术期监护和处理一直为胸外科重视^[17,18]。20世纪90年代,国际上提出快速康复外科(fast track surgery, FTS)^[19],这是一种新的外科治疗模式和理念,是对传统外科学的重要补充与完善。目前,FTS理念及其措施已在食管癌外科的围术期得到应用并取得较好效果。食管癌外科围术期应依照循证医学的依据,结合病人和医疗单位的实际情况,掌握适应证,制定完备的快速康复外科的临床路径和指南,以加速患者的术后康复过程和改善预后^[20]。

食管癌的手术治疗主要是对 Tis 或 T₁、T₂N₀ 患者的标准治疗,而 70%~80% 的患者属局部晚期(T₃、T₄ 或 N₁),为提高 II b 期和 III 期患者的生存率,应采用综合治疗。近年来,由于新的更有效的化疗药物的不断问世、放射治疗技术的进步及设备的更新、外科治疗技术的提高、分子生物学和其他治疗方法的进展,中、晚期食管癌的多学科综合治疗得到迅速的发展,术前新辅助放、化疗(neoadjuvant or induction chemo-radiation therapy, CRT)的综合治疗,是欧美国家治疗研究方面最活跃的领域,其可改善局部控制,预防远处转移,降低术前分期,从而提高生存率^[21]。对于有可能手术切除的局部晚期食管癌,是新辅助治疗的主要适应证。但有人认为对国人的疗效和安全性尚需仔细评价,谨慎使用^[22]。目前提倡食管癌的多学科综合治疗已成共识。根据肿瘤分期、手术方式和全身情况合理采用术前新辅助治疗和/或术后后续治疗,已成为食管癌治疗的公认模式,但尚无统一、规范、综合治疗方案,还需进一步探索和研究。

参考文献:

- [1] 黄国俊. 半个世纪以来我国食管癌外科治疗的基本经验 [J]. 中华肿瘤杂志, 2007, 29(10): 795-797.
- [2] 李国仁, 戴建华. 食管癌淋巴结转移研究状况及其治疗策略[J]. 中国肿瘤, 2007, 16(11): 915-919.
- [3] 陈文虎. 胸外科特色治疗技术[M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2004. 297.
- [4] Swisher SG, Maish M, Erasmus JJ, et al. Utility of PET, CT and EUS to identify pathologic responders in esophageal cancer [J]. Ann Thorac Surg, 2004, 78(4): 1152-1160.
- [5] Rice TW. Clinical staging of esophageal carcinoma CT, EUS and PET[J]. Chest Surg Clin N Am, 2000, 10(3): 471-485.
- [6] Krasna MJ, Keed CE, Nedzwicki D, et al. CALGB 9380: a prospective trial of the feasibility of thoracopy/laparoscopy in staging esophageal cancer [J]. Ann Thorac Surg, 2001, 71(4): 1073-1079.
- [7] 赵辉, 王俊, 李剑锋, 等. 支气管内超声引导针吸活检术在肺癌分期中的应用 [J]. 中华胸心血管外科杂志, 2011, 27(2): 105-107.
- [8] 陈龙奇. 食管癌国际 TNM 分期第 7 版解读与评价[J]. 中华肿瘤杂志, 2010, 32(4): 237-240.
- [9] Pierre AF, Luketich JD. Technique and role minimally invasive esophagectomy for premalignant and malignant disease of the esophagus [J]. Surg Oncol Clin N Am, 2002, 11(2): 337-350.
- [10] 姜宏景. 微创食管癌切除术进展 [J]. 中国肿瘤临床, 2010, 37(14): 834-836.
- [11] 吴彬, 徐志飞. 腔镜在食管癌根治术中的应用现状[J]. 第二军医大学学报, 2006, 27(9): 133-136.
- [12] 毛友生, 赫捷, 程贵余. 我国食管癌外科治疗的现状与未来对策[J]. 中华肿瘤杂志, 2010, 32(6): 401-404.
- [13] Shen KR, Narrison-Phipps KM, Cassivi SD, et al. Esophagectomy after anti-reflux surgery [J]. J Thorac Cardiovasc Surg, 2010, 139(4): 969-975.
- [14] Siewert JR, von Rahden BH, Stein HJ. Current status of esophagus cancer-West versus East: the European point of view[J]. Esophagus, 2004, 1(4): 147-159.
- [15] 李辉. 我国食管外科现状分析[J]. 中华外科杂志, 2007, 45(10): 654-656.
- [16] 李辉. 管状胃技术在食管重建中的应用[J]. 中国胸心血管外科临床杂志, 2010, 17(2): 89-91.
- [17] 李国仁, 戴建华. 食管癌贲门癌切除术后胃食管反流研究的国内文献荟萃[J]. 中华胸心血管外科杂志, 2006, 22(2): 143-144.
- [18] 王文凭. 食管癌外科治疗的现状与展望[J]. 中国胸心血管外科临床杂志, 2011, 18(1): 58-65.
- [19] Wilmore DW, Kehlet H. Management of patients in fast track surgery[J]. BMJ, 2001, 322(7284): 477-479.
- [20] 李宁. 胃肠外科围手术期新理念的整合与应用[J]. 中华胃肠外科杂志, 2010, 13(1): 13-15.
- [21] Fiorica F, Di Bona D, Schepis F, et al. Preoperative chemoradiotherapy for oesophageal cancer: a systematic review and meta-analysis[J]. Gut, 2004, 53(7): 925-930.
- [22] 傅剑华. 食管癌术前新辅助治疗[J]. 中华胃肠外科杂志, 2009, 12(1): 4-6.