

贲门癌根治术后的早期复发因素分析

——附310例报告

解放军95医院 王明元 吴和康

【摘要】本文报告310例贲门癌行根治术后早期复发(两年内)94例。早期复发率31.9%。通过影响早期复发诸因素分析,发现肿瘤直径、肿瘤外侵粘连、膈肌受侵、淋巴结转移、肿瘤浸润深度及病理类型等对早期复发有重要关系,对如何减少早期复发进行了探讨,提出早期诊断、合理切除范围及综合治疗是预防早期复发的关键。

关键词:贲门肿瘤;根治性切除;早期复发

我院1983年5月至1990年4月共行贲门癌根治切除310例,早期复发94例,早期复发率为31.9%。贲门癌根治术后早期复发是影响长期生存的主要原因,我们对贲门癌根治术后的早期复发有关因素进行分析,探讨如何减少早期复发,提高远期生存率。

材料与方法

本组收集我院1983年5月至1990年4月贲门癌手术根治性切除(术中未见肿瘤残存)病例,去除资料不全及住院死亡病例,共310例。本组男性219例,女性91例。年龄21~76岁。

早期复发(手术后两年内)为94例,早期复发率为31.9%,其中一年内复发72例(占76.6%)。复发部位:残胃、食管23例,锁骨上淋巴结16例,腹膜14例,肝11例,肺胸膜10例,骨6例,脑5例,胸壁2例,部位不明7例。

本文将术后早期复发同有关因素的关系进行对照分析,并作卡方(χ^2)分析。

本组根治术后为凡术中肉眼见全部癌组织切除干净,包括部分肝脾切除病理报告为转移者。

早期复发包括术后两年内任何部位发现的癌再生长(包括转移)。

淋巴结分站按1987年国际抗癌联盟TNM分期规定: N_1 为距肿瘤边缘3cm以内胃周淋巴结, N_2 为距肿瘤边缘3cm以外胃周淋巴结或胃左淋巴结。侵犯深度可能因离体标本未注明病理将部分 T_4 报为 T_3 。肿瘤最大径为切除后标本最大直径。

结 果

一、术前有关因素(表1)

表1. 术前有关因素同早期复发关系

因素	分级	例数	早期复发数	早期复发率(%)	P值
性别	男	219	70	32.1	>0.3
	女	91	24	26.4	
	<40	15	7	46.7	
年龄(岁)	40~60	212	62	29.2	>0.1
	>60	83	25	30.1	
	<3	147	38	26.6	
病史(月)	>3	167	56	33.5	>0.05
	>12	156	44	28.2	
	9~12	132	40	30.3	
血红蛋白(g)	<9	22	10	40.5	>0.05
	<3	27	5	18.5	
X线示肿瘤长度(cm)	3~7	181	43	23.8	>0.5
	>7	102	46	45.1	

二、术中有关因素(表2)

表2. 术中有关因素同早期复发关系

因素	分级	例数	早期复发数	早期复发率(%)	P值
肿瘤最大径(cm)	<7	197	42	21.3	<0.001
	>7	113	52	40.0	
手术径路	左胸	217	64	29.5	>0.7
	左胸腹	21	8	38.1	
切除方式	上腹	72	22	30.6	>0.9
	胃部分	285	81	28.4	
肿瘤外侵	全胃	25	13	52.0	<0.05
	无	168	24	14.3	
粘连	有	142	0	49.3	<0.001
	无	109	16	14.7	
术中淋巴	无	109	16	14.7	<0.001
	结肿大	201	78	38.8	

三、病理有关因素 (表3)

表3. 病理有关因素同早期复发关系

因素	分级	例数	早期复 发数	早期复发 率(%)	P值
	T ₁ T ₂	172	33	19.2	
侵犯深度	T ₃	108	49	44.4	<0.001
	T ₄	30	19	63.3	<0.001*
淋巴结 转移	N ₀	144	24	16.7	
	N ₁	113	41	36.3	<0.001
	N ₂	53	29	54.7	<0.001**
病理类型	分化好	223	60	26.9	
	分化差	73	26	36.6	>0.1
	未分化	14	8	57.1	<0.05***

• 同T₁T₂比较, 如同T₃比较 $P>0.05$

• • 同N₀比较, 如同N₁比较 $P<0.05$

• • • 同分化好比较, 分化差比较均 <0.05

讨 论

贲门癌目前最有效的方法仍是外科手术切除, 远期效果仍不十分理想, 五年生存率仅为19.0~24.3%^[1], 在手术径路、术式、切除范围等方面存在着争论。贲门癌根治术后早期复发尚未见单独报告, 我们从胃癌早期复发可得到一个间接认识, 胃癌^[2]早期复发(术后二年内)占总复发人数的72.1%, 因而早期复发是影响贲门癌术后长期生存的主要因素。

X线检查示肿瘤长度大于7cm早期复发率明显高于7cm以下($P<0.001$), 而7cm以下之间无明显差异($P>0.05$)。年龄40岁以下早期复发率为46.7%, 血红蛋白9g以下早期复发率为45.5%, 高于同组其它病例, 但无统计学意义($P>0.05$)。是否病例太少有待进一步探讨。除X线表现术前很难判断贲门癌的预后, 只要能耐受手术, 均应争取切除。

对于贲门癌手术径路没有统一标准, 影响手术径路因素也很多, 如食管受侵情况、切除范围及性质、病人肺功能等, 术者习惯也不一致, 我院胸外科均经左胸或左胸腹切口, 普外科行上腹正中切口。开胸可保证食管切除长度, 彻底清除胸腹淋巴结, 单纯经腹损伤小、恢复好但操作困难, 应根据具体情况决定。本组病例早期复发同手术径路无明显差异($P>0.05$)。

贲门癌行全胃切除(包括部分食管、十二指肠球部、大小网膜或脾)早期复发率为28.4%, 两者之间有明显差异($P<0.05$), 可能与病期有关, 如贲门癌侵及胃体需作全胃切除绝大多数已有淋巴结转移, Kaibara等报告^[3]贲门癌部分切除与全胃切除5年生存率无差别, 而且全胃术后远期并发症多。

贲门癌有肿瘤外侵粒连、膈肌受侵时根治术后的早期复发率明显高于非肿瘤外侵粒连、膈肌未受侵组($P<0.001$)shiu^[4]认为当肿瘤浸润或穿透浆膜时由于局部反应或肿瘤外侵, 常发生与周围器官粘连, 肉眼不可能判断是否为肿瘤侵及所致, 因而肿瘤与邻近脏器粘连或有膈肌受侵时手术切除范围、方式有待进一步探讨。

术中有淋巴结肿大者早期复发率明显高于非淋巴结肿大组($P<0.001$), 因而术中见肿大淋巴结, 考虑有转移之可能者, 应尽量清扫干净, 彻底、合理范围淋巴结切除是防止术后淋巴结早期转移的关键, 淋巴结转移随站别越高早期复发率越高, 第二站转移早期复发率明显高于只有第一站转移($P<0.05$), 因此根治术的淋巴结清扫范围至关重要。

肿瘤侵及浆膜层(T₃)侵透浆膜层(T₄)早期复发率明显高于侵及粘膜或粘膜下(T₁)及肌层(T₂)($P<0.001$)。张文范^[5]等对影响胃癌预后因素分析, 肿瘤浸润深度在预后中起最重要作用, 癌一旦侵出浆膜层预后较差。本组一例I期(T₁N₀M₀)患者根治术后仅四个月发生弥漫肝转移, 说明部分贲门癌早期即有转移。

本组分化好腺癌早期复发率26.9%, 分化差腺癌早期复发率36.6%, 未分化癌早期复发率为57.1%, 未分化癌明显高于分化好腺癌及分化差腺癌($P<0.001$)。癌细胞分化愈差, 早期复发率愈高, 因而未分化癌手术后必须进一步综合治疗。

本组发生2例胸壁伤口处早期复发, 是否同手术播植有关。手术直接播植是否是早期复发的一个重要因素, 需进一步研究。术中一定要操作轻柔, 避免挤压肿瘤, 严格遵守无瘤原则。

贲门癌根治术后早期复发因素很多, 主要同肿瘤直径、肿瘤外侵粘连、膈肌受侵、淋巴结转移、病理类型有重要关系。如何提高贲门癌早期诊断, 进一步探讨切除范围及术后如何进行综合治疗, 是预防早期复发的关键。也是提高贲门癌长期生存率的重要途径。

参 考 文 献

1. 邵令方, 张毓德主编. 食管外科学. 第1版. 石家庄, 河北科学技术出版社, 1987, 452
2. Meyer, H. Patterns of recurrence in relation to therapeutic strategy in gastric cancer. Scand. J. Gastroenterol, 1987, 22(suppl 133): 45
3. Kaibara, et al. PriXimal gastrectomy as Surgical Procedure of Choice for upper gastric carcinoma. J. Surg. Oncol, 1987, 36: 110
4. Shiu, M. The importance of the extent of resection for prognosis of stomach cancer patients Scand. J. Gastroenterol, 1987, 22 (Suppl 133): 54
5. 张文范, 等. 影响胃癌根治术后长期生存电子计算机的多因素分析. 中华肿瘤杂志, 1987, 9: 442