本版编辑：窦洁
美编：林丽
电话：010-58302828-6857
E-mail：ysbdoujie@163.com
医师报 2017年5月11日

陈海泉教授国际刊文

食管鳞癌手术：经右胸入路更佳

▲ 本报记者 窦洁

4月26日，复旦大学附属肿瘤医院陈海泉教授于《外科学年鉴》发表一项研究，旨在探究中下段食管鳞癌患者经左胸入路或右胸入路手术后的生存差异。研究表明，经右胸入路手术患者3年无病生存（DFS）和总生存（OS）均显著优于经左胸入路手术的患者，尤其是对于伴有淋巴结转移和（或）未能行根治性切除的患者。（Ann Surg.4月26日在线版）

陈海泉 教授

研究简介

该研究是一项单中心、随机对照研究，对比了食管鳞癌患者接受右胸入路手术（广泛全纵隔淋巴结清扫）和左胸入路手术（局限性中下纵膈淋巴结清扫）的长期生存。该研究的主要终点为DFS，次要终点为OS，复发包括局部复发（包括吻合区和术野）或远处复发（包括远处器官和锁骨上淋巴结）。

研究表明，右胸入路手术组DFS累积概率高于左胸入路手术组（HR=0.709，95% CI，0.65~0.995，P=0.047）。右胸入路手术组1年、2年和3年累积DFS率分别为84%、68%和62%，左胸入路手术组分别为73%、59%和52%（图1）。中位随访时间为55.9个月（95%CI，53.1~58.6）。：

113例（39.5%）患者死亡。右胸入路手术组OS累积概率高于左胸入路手术组（HR=0.663，95% CI，0.457~0.961，P=0.029）。右胸入路手术组1年、2年和3年累积OS率分别为92%、85%和74%，左胸入路手术组分别为86%、73%和60%（图2）。

300例食管肿瘤患者按1∶1随机分配至左胸入路手术组或右胸入路手术组。据术后病理，最终纳入286例研究对象。

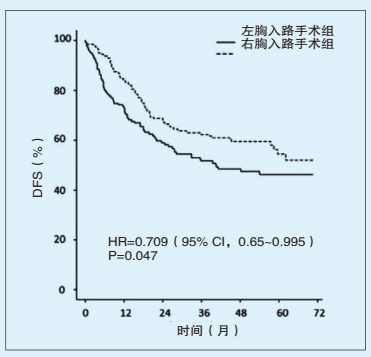


图1 主要终点3年无病生存结果

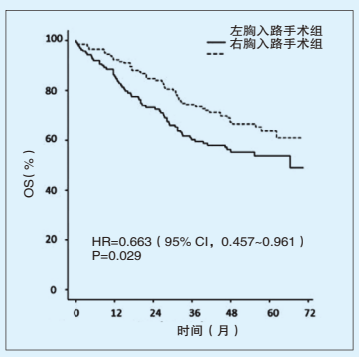


图2 次要终点总生存结果

研究者说

右胸入路手术的潜在益处有解析

食管癌根治术是可切除食管癌的首选治疗手段。目前，我国主要采取经胸入路的食管癌切除术，但对于手术入路的选择仍存在争议。左胸入路手术（Sweet术式）为单个切口，能充分暴露食管裂孔，但由于解剖限制而清扫上纵膈淋巴结困难。右胸入路手术（Ivor Lewis术式）便于食管暴露，便于气管食管沟喉返神经旁淋巴结的清扫，以改善患者预后。早在数年前，中国抗癌协会就已经形成共识，推荐采用右胸入路手术。但既往来自全国的调查显示，中国食管癌切除术采用右胸入路手术的仅占27.8%，而采用左胸入路手术的比例高达69.6%。

目前，右胸食管切除术在淋巴结清扫中的优势得到广泛认可。然而，由于缺乏前瞻性证据，根治性淋巴结清扫术是否能使患者真正受益仍备受争议。来自瑞典和英国的两项研究表明，更广泛的淋巴结清除可能不会改善患者的生存。

然而，一项包括9个国际中心、2303名患者的研究建议至少应清除23个区域淋巴结以最大限度地提高生存获益。Rizk等使用全球食管癌协作数据库（4627例）的研究也证实了进展期肿瘤患者能从扩大的淋巴结清扫中获得生存获益。此外，来自荷兰的随机对照研究发现，虽然通过不开胸经膈肌裂空食管切除和经胸食管切除两种术式之间没有生存差异，但扩大的淋巴结清扫显示出改善患者生存的趋势，尤其对于伴有淋巴结转移的患者，经胸扩大淋巴结清扫使其获益明显。

这些结果与本次研究结果一致。左胸食管切除术的局限在于纵膈淋巴结清扫范围不足。因此，可以合理推测，右胸入路手术对于食管肿瘤患者生存的改善得益于更加广泛和彻底的淋巴结清扫。

近日，《胃癌腹膜转移防治中国专家共识》发布。该共识由中国抗癌协会胃癌专委会制定，北京大学肿瘤医院院长季加孚教授担任组长，北京大学肿瘤医院副院长沈琳教授、中国医科大学附属第一医院徐惠绵教授、中山大学肿瘤防治中心院长徐瑞华教授、上海交通大学医学院附属瑞金医院朱正纲教授担任副组长。共识以循证证据和临床现实为基础、以规范中国胃癌腹膜转移患者诊疗现状为出发点、以综合国内胃癌领域专家认知为原则而撰写。适用有腹膜转移风险因素或确诊腹膜转移的胃癌患者。（中国医学前沿杂志.第5期在线版）

胃癌腹膜转移防治中国专家共识出炉

▲ 本报记者 窦洁

多种检查手段综合判定

共识中指出，各项检查手段各有优劣，影像学和血清学检查欠缺敏感性，腹腔镜和病理学检查虽可确诊，但亦有一定的局限性。因此，临床中需要结合多种检查手段综合判定，必要时需要腹腔镜等有创检查手段进行明确。

1 **影像诊断** 推荐CT作为胃癌腹膜转移的主要影像学检查手段。CT诊断胃癌腹膜转移的敏感度和特异度优于超声和PET检查。

2 **血清标志物检测** 癌胚抗原、癌抗原125、癌抗原19-9、癌抗原724是胃癌常用的肿瘤标志物。血清标志物检测仅可作为辅助诊断，不作为腹膜转移诊断的依据。

3 **诊断性腹腔镜检查** 诊断性腹腔镜检查是有创检查，可以评估腹腔内的转移情况，了解腹膜转移的分布和大小，并获得明确的组织学及细胞学证据，用于指导制订临床治疗策略，进而评估治疗疗效及监测疾病进展。

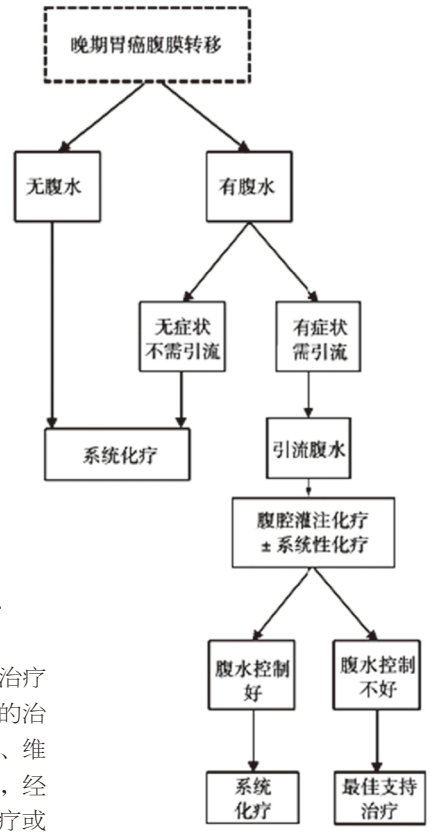
4 **腹腔游离癌细胞检查** 腹水或腹腔灌洗液细胞学检查是目前诊断腹腔内游离癌细胞的金标准，虽然其敏感性较低，但有助于发现肉眼无法识别的微转移。

晚期胃癌患者的治疗

1 **全身系统化疗** 全身系统化疗是晚期胃癌的一种有效治疗方式，优于最佳支持治疗。目前，临床常用的氟尿嘧啶类联合铂类的两药方案疗效优于单药方案，毒性小于3药方案。

2 **腹腔灌注化疗** 腹腔灌注化疗可以提高局部药物浓度，降低全身不良反应。全身系统化疗仍为核心治疗方案，腹腔灌注化疗为补充。

3 **手术** 对于确诊为腹膜转移的初治患者，现有证据显示，手术联合化疗较单纯化疗没有显示生存优势，不推荐手术治疗。对于化疗后出现明确腹膜转移缓解（CY0P0）的患者，如一般状况较好，经过MDT讨论后，可以考虑手术治疗。



初诊伴有腹膜转移者治疗流程图

胃癌腹膜转移相关并发症的处理

针对胃癌腹膜转移患者并发症，目前分为对症治疗和抗肿瘤治疗两部分。对症治疗是以缓解症状为主的治疗，如腹水引流、利尿剂、低钠饮食、改善肠梗阻、维持营养状况等。抗肿瘤治疗是根据患者并发症的程度，经MDT讨论后，个体化地选择系统化疗、局部灌注治疗或最佳支持治疗。