

(上接第 14 版)

亮点三： 疫苗接种让肛门上皮内瘤变者受益

肛门上皮内瘤变 (AIN) 是肛门黏膜的一种癌前病变, 是肛门癌的前兆。在美国尽管肛门癌十分罕见, 但这种恶性肿瘤的发生率也在持续上升, 在某些高危人群中, 肛门癌的发生率可能会超过大肠癌。AIN 和大肠癌的高危因素包括临床因素、人类乳头瘤病毒 (HPV) 感染和持续感染的相关途径的行为。而 HPV 感染最强的相关危险因素是人类免疫缺陷病毒 (HIV) 感染、肛交和高危性行为。由 HPV 介导的生殖器官癌症的研究历史表明, 感染 HPV 病毒株是导致 AIN / 肛门癌的另一种高危因素。因此在本次 ASCRS 年会上, 针对 HPV 和 AIN 的关系也成为了一大讨论热点。会议主要从 HPV 研究中的问题、病理学和细胞学研究、AIN 诊断等方面进行了研讨。

高危人群应常规筛查

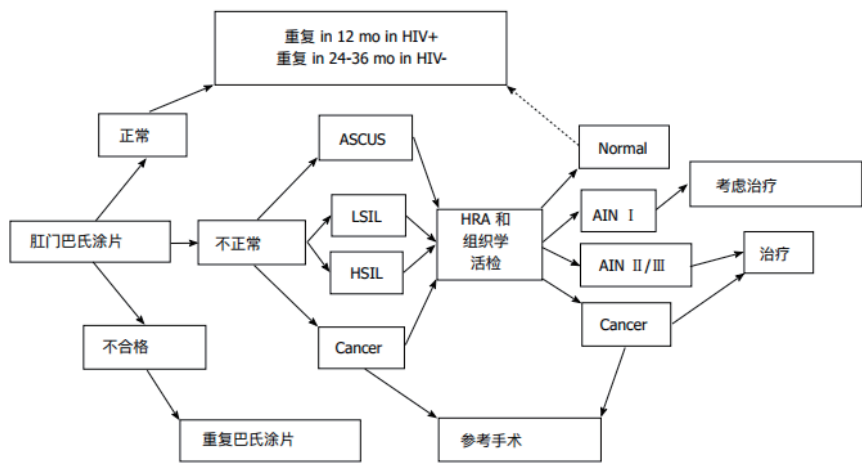
AIN 进展为肛门癌发生在一些个体身上已经有多年。对 AIN 和肛门癌的筛查以及对晚期 AIN 病变的治疗,在某些高危人群中是很合理的。尽管缺乏筛查和治疗结果的随机对照试验,但专家仍支持对高危人群进行常规筛查。通过肛门细胞学的检查进行筛查,类似于在宫颈癌筛查项目中进行的检查,以及通过高分辨率肛门镜(HRA)进行评估和直接组织学活检。AIN 可以通过使用咪喹莫特、5-氟尿嘧啶和三氯乙酸

等进行局部治疗,也可以选择电灼烧、激光等消融治疗。有研究表明,在高危人群接种疫苗来预防 HPV 病毒的研究中,AIN 和肛门癌的发生率下降。

专家建议在高危人群中应考虑对 AIN 和早期肛门癌的筛查,以及对这些相关病变的治疗。通过肛门细胞学活检及 HRA 进行筛查,治疗包括局部治疗和消融治疗。而 HPV 疫苗的接种在一定程度上似乎降低了 AIN 和肛门癌的发病率。

AIN 是肛门鳞状细胞癌的癌前病变。尽管认为 AIN 在一部分患者中进展为 SCC，但进展的风险仍不清楚。

有证据表明,某些高危人群的进展风险升高,包括:(1)持续感染高危型 HPV 病毒株的患者;(2) HIV 阳性的患者,特别是 CD4 计数低者;(3)与男性发生性关系的男性(MSM);(4)HPV 感染引起的生殖器官癌症(特别是宫颈癌)。这些群体将可能受益于加入正式的 AIN 筛查项目。



肛门上皮内瘤变的诊断、治疗和监测的程序

专家共识至关重要

AIN 对诊断和治疗可能具有挑战性, 因此可转诊至能够解释细胞学和病理学、进行 HRA 和治疗 AIN 的专家中心是至关重要的。最佳的治疗方式和时间间隔目前尚未确定, 而且建议主要基于专家共识, 并由当地专家推动。无论治疗方式如何, 高级别 AIN 的复发率都很高, 建议对有 AIN

病史的患者进行持续的监测。新的成像技术可以不需要组织学活检就能识别高危病变。

共聚焦激光显微镜 (CLSM) 已被证明至少与组织学活检一样有效, 用于检测食管表面的鳞状细胞癌, 可能对 AIN 的检测和分级同样有效。还需要进一步研究来确定 CLSM 在 AIN 中治疗

的作用和功效。

综上所述，AIN 是一种临床上重要的病变，许多临床医生经常不予以重视。虽然肛门癌仍然相对少见，但这种恶性肿瘤的发病率正在增加。随着有效的 HPV 疫苗普及，临床医生必须了解 AIN，特别是在高危人群中，他们可能在接种疫苗中获益最多。

亮点四： 成人先天性巨结肠 腹腔镜辅助手术显优势

成人先天性巨结肠症 (AHD) 系小儿先天性巨结肠症 (HD) 的迁延和缓发, 是一种少见疾病。约占先天性巨结肠症的 4%~5%。多数患者在幼儿时期即有慢性便秘或腹胀, 但症状较轻, 未予诊治, 随年龄的增长, 症状渐重。成年后多因肠梗阻入院治疗。Alessandra Gasior 教授对这一疾病进行了详细阐述。AHD 必须明确诊断, 否则手术处理会出现问题。

六大问题值得注意

- 1 如能追问到胎粪排出延迟病史，对诊断有参考价值；长期便秘是 AHD 的主诉，可追诉到幼年时；因此，在便秘病因不能解释时应考虑 AHD。
 - 2 长期便秘突然发生结肠梗阻并腹部触及粪石着，不应只行肠切开取粪石，而应寻找引起梗阻的病因。
 - 3 在外院诊断 HD 并行根治手术者，如术后仍严重便秘，应详细询问及查阅手术记录，可能没有达到 HD 根治性手术；如无神经节细胞的直肠留得过长，甚至根本没有切除，拖出的近端结肠可能是移行段甚至痉挛段，也可能是吻合口狭窄。
 - 4 钡剂灌肠结肠造影是诊断 ADH 的常用方法，摄片应包括全部骶椎和肛门标记。ADH 短段型多见，如果骶椎和肛门标记未显示，则无法对 HD 进行分型甚至漏诊。
 - 5 肛门直肠测压是诊断 AHD 的重要方法，其特征性改变是直肠肛门抑制反射消失，同时可评价术后便秘的其他原因。
 - 6 诊断困难的患者可做直肠黏膜肌层活检和乙酰胆碱酯酶测定。

外科术式需个体化

AHD 的治疗分为保守内科治疗和外科手术治疗,但是 AHD 患者往往是因内科保守治疗无效就诊。AHD 手术治疗的术式主要有:

Swenson 术式：经腹游离直肠至齿状线上 2 cm，切除无神经节细胞的肠管后端端吻合；此手术可能会引起尿失禁、大便失禁和性功能障碍。

Duhamel 术式：仅切除腹腔内病变肠段，完整保留直肠，在直肠和骶骨间分离出一腔隙，拖出肠管与直肠侧侧吻合，但是由于保留了部分无神经节细胞的直肠，术后出现特有的闸门综合征和反复发作的小肠结肠炎。

Soave 术式: 是做直肠黏膜层面的分离,保留直肠袖状肌层,减少对直肠周围组织的影响,但是由于 Soave 术式保留无神经节细胞的直肠肌鞘,术后会出现残留肌鞘导致的功能性梗阻和排空障碍。

腹腔镜辅助 Swenson-like 手术：前壁保留 1.5~2 cm，后壁保留 1 cm，其优势是：（1）可以充分游离结肠，确保无

张力吻合；（2）能够完整保留拖下肠管的边缘血管弓，保证吻合口血运良好；（3）尽量紧贴肠管的游离，最大限度减少对周围组织的影响，而且能够游离到接近齿状线上 1 cm 水平，翻出并切开结肠，仍然是紧贴肠壁游离，不仅能够减少对周围组织的影响，而且保证肠壁切缘精准和完整；（4）全层对全层吻合，保证良好的

对合；(5)吻合口呈斜行椭圆，吻合口狭窄发生率降低；(6)吻合口暴露良好，直视下精准缝合；(7)避免 Soave 手术肌鞘和 Duhamel 闸门相关并发症。

总之,成人 HD 根治手术的术式选择首要的是患者结肠的病理状况,术式选择需个体化,手术者个人的临床经验也很重要。

