

· 病例报告 ·

残胃代食管法治疗残胃食管癌3例报告

张 臻,徐克平*

南京医科大学附属淮安第一医院胸心外科,江苏 淮安 223300

[关键词] 残胃食管癌;远端胃大部切除术后;残胃代食管

[中图分类号] R734.2

[文献标志码] B

[文章编号] 1007-4368(2020)12-1894-03

doi:10.7655/NYDXBNS20201231

临床中残胃食管癌较少见,其主要治疗方式为外科手术重建消化道,所用新代食管物为结肠、残胃、空肠,其中结肠代食管应用相对较多。自2009年1月—2019年6月,南京医科大学附属淮安第一医院胸外科共收治残胃食管癌患者11例,其中对6例采用结肠代食管,2例患者采用空肠代食管,3例采用残胃代食管。对比发现,结肠、空肠代食管手术均操作复杂且术后并发症多,生活质量一般;而残胃代食管手术损伤小,术后并发症相对较少,生活质量也较高。在某些极端病例中,患者因前次手术腹腔粘连严重致无法充分游离结肠、空肠,采用残胃代食管优势明显。现结合3例采用残胃代食管患者的临床资料进行分析,报道如下。

1 病例资料

2009年1月—2019年6月间,本院收治3例远端胃大部切除术后合并食管中下段癌并行残胃代食管术式患者,均为男性,年龄分别为65岁、58岁、71岁;距第1次手术时间分别是6年、12年、10年;其中病例1、3先前行Billroth II式,例2患者行Billroth I式。首次病变分别为十二指肠球部溃疡、胃溃疡、胃窦癌;所有患者本次确诊前均有进食困难、营养不良等临床表现;3例术前均行胃镜、钡餐、增强CT等检查:肿瘤分别位于距门齿38 cm、40 cm、35 cm。术前活检病理类型均为鳞癌。

术时患者全麻,右侧卧位,经左胸后外侧切口由第6或7肋间进胸,了解患者心、肺功能状况及肿瘤情况,判断肿瘤是否能有效切除。切开膈肌入腹探查腹腔各脏器状况,确认手术术式。病例1、3行残胃代食管并将脾、胰体、尾移入左胸腔术式(图1)。游离残胃,切断胃左动脉,保留胃短动脉。游离脾,胰体、尾并保留脾动、静脉。食管向下断于贲门口,向上游离至肿瘤上端约5 cm,清扫周围淋巴结,切下肿瘤标本后送检。将残胃提入胸腔,与食管于主动脉弓上行无张力吻合。脾及胰尾固定于左胸壁,胰体固定于膈肌。病例2术中未将腹腔脏器移入胸腔,充分评估原吻合口血供能满足残胃需要,离断胃左动脉、胃网膜左动脉、胃短动脉后将残胃提拉至胸腔,清扫周围淋巴结后与食管于弓下吻合。吻合后检查吻合口血供,用大网膜、纵隔胸膜包裹吻合口避免吻合口瘘。放入胸腔引流管,逐层关胸,术毕。

3例术后均恢复良好,未发生术后吻合口瘘、大

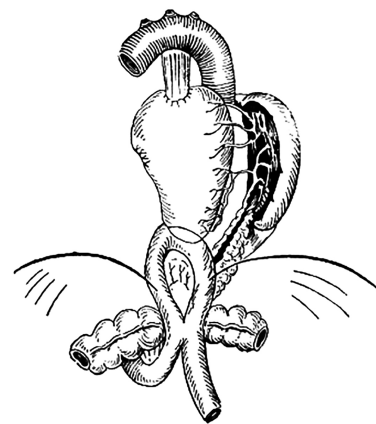


图1 残胃代食管并将脾、胰体、尾移入左胸腔的手术示意图

[基金项目] 淮安市精准医学科技创新公共服务平台建设(HAP201910)

*通信作者(Corresponding author), E-mail: doctorxukeping@126.com

出血等严重并发症。病例1术后因并发肺部感染送至ICU予抗感染治疗后痊愈;另2例无其他并发症发生。术后病理报告均为鳞癌,局部淋巴结均无转移,肿瘤分期均为pT₁N₀M₀。3例患者出院后随访1~10年,患者均未出现反流、饮食不畅等状况,无活动后胸闷、气急。胃镜复查吻合口光滑。CT复查未见胸、腹腔淋巴结肿大等情况。

2 讨 论

残胃食管癌指胃或十二指肠因良性病变行远端胃大部切除术(以下简称胃大切)或因早期胃癌行根治术后5年以上在食管黏膜发生的原发恶性肿瘤^[1]。其发病机制目前尚未完全清楚,目前认为可能与胃大切后胆汁、胰液反流,且缺乏胃酸保护致胃内细菌增生致食管黏膜破坏、癌变有关,但与原胃切除部的病变性质、先前接受的胃大切术式(Billroth I、II)无关^[2]。因缺少有效的化疗方案与靶向药物治疗方案,目前临床治疗残胃食管癌仍多采用外科手术^[3]。下面是笔者根据临床实际操作经验并结合文献总结的残胃代食管法手术要点。

2.1 残胃代食管手术操作要点

术前充分了解患者的病史,如距上次胃大切手术的时间。做充分术前检查,明确肿瘤位置、分期(N₀/N₁)、残胃大小及功能等。残胃食管中下段癌、肿瘤无远处转移、残胃容量较大且功能较好可行此术式^[4-5]。术前早期加强营养,行肠道准备,提高患者对手术的耐受^[6-7]。如先前手术使患者腹腔内粘连,术时仔细分离各脏器,其中重点保护脾胃韧带和脾脏。残胃移入胸腔后放入食管床减少对肺的压迫,固定时远离膈肌,防止患者术后因腹式呼吸时膈肌下降牵拉吻合口^[8]。将脾、胰体、尾并移入胸腔,能有效将残胃上提15~25 cm,满足残胃-食管无张力吻合。而后将脾及胰体、尾分别固定于胸壁、膈肌,既能防止其因重力牵拉吻合口,也能防止移入胸腔脏器发生扭转。术中时刻关注残胃血供。先前行Billroth II式患者的原吻合口活动度大,残胃上提高度较高,新吻合口吻合于弓上(病例1)。如术中发现原吻合口输入襻过短使残胃无法充分上提,可离断输入襻与输出襻侧端吻合(Roux-Y吻合),确保新吻合口无张力(病例3,图2)。而先前行Billroth I式患者,因其原吻合口位置较固定,残胃提拉高度有限,新吻合口一般吻合于弓下。术后胸片即使示左肋膈角变钝也慎行胸穿,否则易刺破脾脏致大出血^[9]。

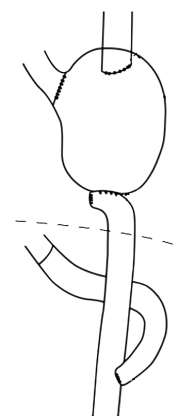


图2 空肠输入襻过短行空肠Roux-Y吻合使残胃能够提拉足够高度满足残胃-食管吻合

2.2 残胃代食管后残胃血供

残胃主要由胃左动脉,胃网膜左动脉和胃短动脉和原吻合口新生血管供血。如距离上次胃大切手术时间较短,此次行残胃代食管并将脾、胰体、尾移入左胸腔后需保留2~4根胃短动脉满足残胃血供^[8,10]。如果距离上次手术时间较长(如10年以上),可先评估原吻合口血供能否满足残胃需要,试用Bulldog血管夹夹闭残胃周围供血血管(包括胃短动脉),观察30 min后如残胃颜色、温度并无明显变化,再离断已夹闭血管。将残胃提至胸腔行残胃-食管吻合,此时残胃的血供完全由原吻合口新生血管提供,此操作中尽量减少残胃与周围结缔组织分离以免过大损伤影响残胃血供(病例2)^[11]。操作时忌思维僵化,具体手术方式、血管的离断与保留视术中实际情况而定。

2.3 残胃代食管的特点

残胃代食管能保留残胃功能,维持消化道的连续性。手术相对操作简单、时间短、术中出血量少、切口和吻合口少、术中骨骼肌切除率低、术后并发症少,因此适合空肠或结肠难以利用或者高龄体弱、不能耐受大手术者^[12-13]。手术亦能清扫食管旁、支气管隆突旁和上、下纵隔淋巴结。结肠代食管一般用于残胃上中段食管癌,但此手术步骤繁琐,术中极易污染,术后并发症较多,生活质量一般,国内一般将其作为残胃或空肠代食管不能进行时的备选^[13]。而空肠代食管,空肠营养血管细小且血管弓离肠管较远,高位移植易牵拉血管致末端肠管缺血坏死;空肠容量小且抗酸性差,术后易出现反流性食管炎、吻合口溃疡^[14]。极端情况时,当新吻合口靠近颈部,移入胸腔的空肠、结肠都会因吻合口较高而代食管供血血管长度不够致供血不足,此时残

胃代食管成为唯一的手术方式^[15]。

2.4 残胃代食管的限制

国外学者认为先前胃大切会改变术后食管末梢淋巴结走向,且在低位食管癌中,胃周的淋巴结转移率又较高,因此国外会在将残胃移入胸腔前切除残胃小弯,但此次术中腹腔淋巴结清扫难度仍然较大^[16-17]。本文认为术前严格按照肿瘤分期,术中仔细操作,精确解剖,仍可较准确清扫腹腔淋巴结。术后移入胸腔的脏器会压迫肺脏导致患者胸闷、心悸、气喘,故需加强术后呼吸道管理,鼓励患者积极主动锻炼呼吸功能,减轻呼吸道并发症。部分患者术后反酸,需规律饮食、少食多餐,辅以制酸剂,恢复亦良好。

本文通过结合案例对残胃代食管治疗残胃食管癌的手术操作方法,注意要点和术式的特点、限制进行讨论分析。在残胃仍有功能且容量较大的食管中下段癌,残胃代食管有一定的优势,可将其作为一种手术方式,至少是临床特殊病例的一种可选手术方式。当然其仍有限制,并不能完全替代结肠、空肠代食管。具体术式选择与术中操作仍需视具体情况而定。

[参考文献]

[1] SHIMADA H, OKAZUMI S, MATSUBARA H, et al. Is the surgical stress associated with worse survival in patients with esophageal cancer?-Analysis of colon substitution for 37 patients with remnant stomach[J]. *Hepatogastroenterology*, 2007, 54(75):791-795

[2] 杨林,张大为.胃大部切除术后食管癌的外科治疗:一种新方法的尝试[J]. *中华肿瘤杂志*, 1992, 14(5):371-374

[3] 马腾,赵晔,邵永丰. LncRNA-HOTTIP对食管鳞癌细胞增殖和侵袭的影响[J]. *南京医科大学学报(自然科学版)*, 2016, 36(8):947-951

[4] YOU B, HOU S C, LI H, et al. Esophagogastric reconstruction using remnant stomach with a single vessel pedicle: technique and outcomes[J]. *Thorac Cancer*, 2014, 5(2):192-196

[5] 袁方良,张庆震,许林.余胃代食管治疗残胃食管、贲门癌的疗效观察[J]. *中国医药*, 2008, 3(3):176-177

[6] 吴显宁,徐美清,徐世斌,等.胃大部切除术后食管癌患

者消化道重建[J]. *临床外科杂志*, 2015, 23(9):691-693

[7] 李俊,黄陈军,赵飞,等.食管癌Ivor-Lewis术中两种鼻肠管放置方法的比较[J]. *南京医科大学学报(自然科学版)*, 2017, 37(6):741-744

[8] 杨荣华,田凯华,矫文捷,等.残胃代食管治疗胃大部切除术后食管中下段癌14例[J]. *中国胸心血管外科临床杂志*, 2016, 23(1):92-94

[9] 施润,夏文杰,毛启星,等.残胃联合脾脏移植胸腔治疗远端胃大部切除术后食管癌[J]. *中华实验外科杂志*, 2015, 32(8):2031

[10] 赵建强,徐克平,赵铭.脾胰尾移入左胸内在胃大部切除术后食管癌手术中的应用[J]. *中华胸心血管外科杂志*, 2008, 24(5):329

[11] XIE S P, FAN G H, KANG G J, et al. Esophageal reconstruction with remnant stomach: A case report and review of literature [J]. *World J Gastroenterol*, 2013, 19(20):3169-3172

[12] NAKANISHI K, DAIKO H, KATO F, et al. Efficacy of preserving the residual stomach in esophageal cancer patients with previous gastrectomy [J]. *Gen Thorac Cardiovasc Surg*, 2019, 67(5):470-478

[13] WANG J, WEN W, WU W B, et al. Clinical outcome of using gastric remnant or jejunum or colon conduit in surgery for esophageal carcinoma with previous gastrectomy [J]. *J Surg Oncol*, 2017, 115(6):729-737

[14] 骆金华,王俊,张憬,等.残胃合并食管癌消化道重建手术方式探讨[J]. *中华胃肠外科杂志*, 2014, 17(9):933-934

[15] LU S J, CHEN B X. Operative technique for carcinoma of the oesophagus after distal subtotal gastrectomy: a new method using the residual stomach to reconstruct the alimentary tract[J]. *Aust N Z J Surg*, 1990, 60(9):719-722

[16] DIONIGI G, DIONIGI R, ROVERA F, et al. Reconstruction after esophagectomy in patients with [partial] gastric resection. Case report and review of the literature of the use of remnant stomach[J]. *Int Semin Surg Oncol*, 2006, 3(1):10

[17] SHIRYAJEV Y N, KOKHANENKO N Y. Esophagoplasty using previously resected stomach proposed by A.A.Rusanov: history and the current state [J]. *Int J Surg*, 2011, 9(1):36-38

[收稿日期] 2020-03-27