

胃癌肝转移行手术切除的临床分析

武志恒

作者单位: 459000 河南, 济源市卫生学校附属医院普外科

作者简介: 武志恒(1969-), 男, 大学本科, 医学学士, 副主任医师, 研究方向: 普外科相关疾病的诊治。E-mail: jypykys@163.com

[摘要] 目的 探讨肝转移灶切除在胃癌肝转移中的意义及不同的临床因素对其预后的影响。方法 该院2008-01~2013-01共有32例胃癌合并肝转移患者行肝转移灶切除。16例患者同时进行胃癌根治术和肝转移灶切除术, 其余16例先后完成胃癌根治术和肝转移灶切除术。通过临床及病理资料对患者的预后进行单因素及多因素分析。结果 32例患者1、3、5年的生存率分别为84%、50%、37%, 中位生存期为32个月。单因素分析显示, 原发胃癌侵犯浆膜、血管瘤栓、淋巴结转移和手术中输血与不良预后相关。多因素分析显示, 原发胃癌侵犯浆膜、血管瘤栓和肝转移灶直径 ≥ 5 cm者预后不良。结论 胃癌合并肝转移患者肝转移灶直径 < 5 cm, 原发胃癌未侵犯浆膜层及血管无瘤栓者肝转移灶切除后能取得较好的预后。

[关键词] 胃癌; 肝切除术; 预后

[中图分类号] R 735.2 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1674-3806(2015)03-0236-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2015.03.13

Clinical analysis of hepatectomy for hepatic metastasis in gastric cancer patients WU Zhi-heng. Department of General Surgery, the Affiliated Hospital of Jiyuan Health School, Henan 459000, China

[Abstract] **Objective** To evaluate hepatectomy for liver metastasis in patients with gastric cancer. **Methods** Thirty-two patients with gastric cancer had undergone hepatectomy for hepatic metastatic tumor from January 2008 to January 2013 in our hospital. Of them, 16 patients underwent radical gastrectomy and synchronous hepatectomy for liver metastasis, the other 16 patients underwent radical resection of gastric cancer and liver resection heterochronously. The relationship between prognosis and clinicopathology was analyzed. **Results** The overall survival rates at 1 year, 3 years and 5 years were 84%, 50% and 37%, respectively. The median survival time was 32 months. The single factor analysis showed that gastric cancer invasion depth, intravascular tumor thrombi, lymphatic metastasis and intraoperative blood transfusion were related to poor prognosis while the multiple factors analysis showed that gastric serosal invasion, tumor thrombus and liver metastasis tumor ≥ 5 cm were related to poor prognosis. **Conclusion** Gastric cancer patients with liver metastasis who underwent hepatic resection can achieve good prognosis if hepatic metastatic tumor < 5 cm or the primary gastric cancer does not invade the serosa and without tumor thrombus.

[Key words] Gastric cancer; Hepatectomy; Prognosis

胃癌合并肝转移发病率较高^[1], 但手术疗效报道不一^[2,3], 多种预后因素因此被推断^[4-6]。我们总结近年来的经验, 对胃癌肝转移的病理特点、手术治疗及预后关系进行分析, 以期对胃癌肝转移的手术治疗方法提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料 我院2008-01~2013-01共行胃癌肝转移手术患者32例, 手术的适应证包括原发胃癌能根治性切除及肝脏转移灶少于3个, 胃癌直接侵犯肝脏的患者不包括在内。其中男25例, 女7例; 年龄32~75岁, 中位年龄63岁; 同步性切除16例,

异时性切除16例, 切除间隔时间1~60个月, 平均15个月; 其中6例同步切除后肝转移复发再次手术切除, 被计入异时性切除。术前肝脏Child-Pugh评分均为A级, 术后胃癌肝转移均得到病理证实。随访时间为5~168个月, 平均36个月, 生存期为6~168个月, 中位生存期为32个月。

1.2 方法 收集32例患者的临床及病理资料, 术后每3个月进行一次电话随访, 所有患者均获随访。依据年龄、性别、原发性胃癌的浸润深度、胃癌的病理分型、淋巴结转移、血管瘤栓、肿瘤抗原(CEA)、肝转移灶数目及大小、肝转移灶的切除方式、肿瘤残

余、手术失血量及术中是否输血等临床病理因素进行分析。

1.3 统计学方法 应用 SPSS18.0 统计软件进行分析,应用 Kaplan-Meier 法绘制生存曲线,应用 Log-rank 检验及 Cox 风险比例模型分别对胃癌肝转移的临床病理因素与预后的关系进行单因素和多因素分析, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 患者术后生存情况及并发症 原发性胃癌其中 12 例行全胃切除术,16 例行远端胃癌根治术,4 例行近段胃癌根治术。肝转移灶中 7 例行三叶及以上肝切除,6 例行半肝切除,其余行肝部分切除术。术后每 3~6 个月定期复查腹部 CT 及 CEA。全组病例均获得随访,随访资料的截止时间为 2014-06,1、3、5 年随访率分别为 100%、87% 及 81%,随访终点为死亡患者。1、3、5 年的生存率分别是 84%、50%、37%,首次手术后开始统计生存期时间,中位生存期为 32 个月,胃癌肝转移肝切除治疗患者的生存率曲线见图 1。术后无手术相关病死率,9 例出现术后并发症,包括术后腹腔出血 2 例,胰瘘 1 例,胆汁瘘 2 例,胸腔积液 2 例,腹腔脓肿 2 例,经合理的治疗均好转。

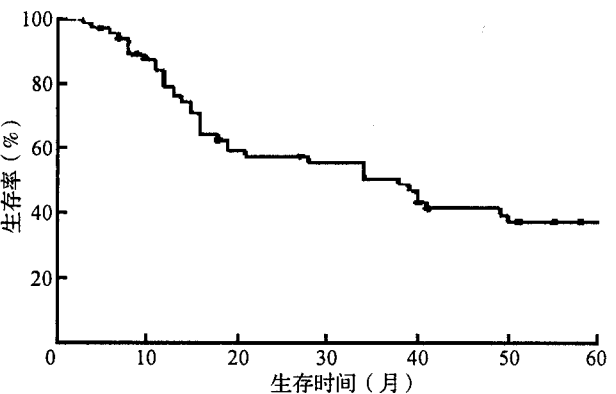


图 1 胃癌肝转移肝切除治疗患者的生存率曲线

2.2 预后相关因素 胃癌肝转移的影响因素与赋值见表 1;胃癌肝转移临床病理因素与预后关系的单因素分析显示,原发性胃癌侵犯浆膜、淋巴结转移、血管瘤栓和术中输血者预后不良,见表 1;多因素分析显示,原发性胃癌侵犯浆膜、血管瘤栓和肝转移灶直径 ≥ 5 cm 者预后不良,见表 3。

表 1 胃癌肝转移的影响因素与赋值

因素	变量名	赋值说明
年龄(岁)	X1	$< 65 = 0, \geq 65 = 1$
性别	X2	女 = 0, 男 = 1

续表 1

因素	变量名	赋值说明
胃癌病理分型	X3	中低分化 = 0, 高分化 = 1
切除时机	X4	同时 = 0, 异时 = 1
术前 CEA(ng/ml)	X5	$< 5 = 0, \geq 5 = 1$
肝转移灶数目	X6	单发 = 0, 多发 = 1
肝切除方式	X7	$< \text{半肝} = 0, \geq \text{半肝} = 1$
手术根治程度	X8	RO = 0, RI = 1
术中失血量(ml)	X9	$< 1000 = 0, \geq 1000 = 1$
术中输血	X10	无 = 0, 有 = 1
原发性胃癌侵犯浆膜	X11	无 = 0, 有 = 1
淋巴结转移	X12	无 = 0, 有 = 1
肝转移灶直径(cm)	X13	$< 5 = 0, \geq 5 = 1$
血管瘤栓	X14	无 = 0, 有 = 1

表 2 胃癌肝转移临床病理因素与预后关系的单因素分析

临床病理因素	例数	中位生存时间(月)	χ^2	P
年龄(岁)				
≥ 65	18	32	1.022	0.913
< 65	14	36		
性别				
男	25	38	1.062	0.892
女	7	26		
胃癌病理分型				
中低分化	11	19	1.299	0.433
高分化	21	46		
切除时机				
同时	16	32	1.021	0.689
异时	16	36		
术前 CEA(ng/ml)				
< 5	17	45	1.597	0.122
≥ 5	15	21		
肝转移灶数目				
单发	19	40	1.250	0.351
多发	13	28		
肝切除方式				
$< \text{半肝}$	19	38	1.152	0.833
$\geq \text{半肝}$	13	34		
手术根治程度				
RO	27	43	1.856	0.138
RI	5	26		
术中失血量(ml)				
$< 1\,000$	8	38	1.623	0.124
$\geq 1\,000$	24	16		
术中输血				
无	11	12	1.922	0.044
有	21	40		
原发性胃癌侵犯浆膜				
无	11	12	1.922	0.044
有	21	40		
淋巴结转移				
无	11	41	1.960	0.040
有	21	26		
肝转移灶直径(cm)				
< 5	7	12	1.882	0.077
≥ 5	25	40		
血管瘤栓				
无	11	41	2.667	0.011
有	21	14		

表3 胃癌肝转移临床病理因素与预后关系的多因素分析

临床病理因素	b_j	S_{b_j}	Wald χ^2	RR (95% CI)	P
原发性胃癌侵犯浆膜	1.680	0.467	2.650	2.99 (1.47 ~ 6.06)	0.002
肝转移灶直径	0.924	0.477	3.767	0.74 (0.17 ~ 1.17)	0.035
血管瘤栓	1.144	0.720	2.444	1.69 (1.40 ~ 5.24)	0.012

3 讨论

3.1 我国早期胃癌检出率较低^[7],胃癌患者一经诊断大多处于进展期,肝转移是胃癌远处转移的主要部位之一,与结直肠癌肝转移相比胃癌肝转移具有发生率较低(6%~11%)、肝内多发转移率高、常同时伴有其他多器官转移的特点,生物学行为特点决定了其手术切除率低,治疗效果差^[8]。本研究显示,32例胃癌肝转移灶切除术后1、3及5年的生存率分别为84%、50%及37%,中位生存期为32个月,总体上比既往资料报道的5年的生存率70%、36%及20%稍好^[9],可能与选择较合适的手术适应证患者有关。

3.2 近年来,结直肠癌肝转移及术后复发发生率为17%~29%,手术率为17%~46%^[10]。而鉴于合并远处器官及淋巴结转移及肝切除的标准等因素,胃癌肝转移的发生率和手术率仅为3.5%~11.1%、1.4%~21.1%^[11]。相对于结直肠癌肝转移的治疗来说,胃癌肝转移的手术适应证选择尚未非常明确而导致手术率较低。对于影响胃癌肝转移外科治疗的预后因素,目前无统一结论,原发性胃癌侵犯浆膜层、淋巴结转移、血管瘤栓、肝转移灶的数目及大小等被普遍认为是预后不佳的因素^[12]。本研究单因素分析原发性胃癌侵犯浆膜、淋巴结转移、血管瘤栓和术中输血显示预后不良,而多因素分析则显示原发性胃癌侵犯浆膜、血管瘤栓和肝转移灶直径 ≥ 5 cm则显示预后不良。因此,通过研究我们推断:原发性胃癌未侵犯浆膜、肝转移灶直径 < 5 cm及血管无瘤栓是胃癌肝转移的最佳手术适应证。

总而言之,虽然胃癌肝转移外科治疗总的效果有待提高,但严格地选择手术适应证进行手术治疗是安全有效的。同时我们也应该认识到,胃癌特殊的不良生物学行为特点决定了目前的外科治疗作用是有限的,强调以手术治疗为主要方式的综合治疗可能会进一步提高治疗的效果。

参考文献

- 1 Jemal A, Siegel R, Ward E, et al. Cancer statistics, 2009[J]. CA Cancer J Clin, 2009, 59(4): 225-249.
- 2 Kanda T, Yajima K, Kosugi S, et al. Gastrectomy as a secondary surgery for stage IV gastric cancer patients who underwent S-1-based chemotherapy: a multi-institute retrospective study[J]. Gastric Cancer, 2012, 15(3): 235-244.
- 3 Cheon SH, Rha SY, Jeung HC, et al. Survival benefit of combined curative resection of the stomach (D2 resection) and liver in gastric cancer patients with liver metastases[J]. Ann Oncol, 2008, 19(6): 1146-1153.
- 4 Ueda K, Iwahashi M, Nakamori M, et al. Analysis of the prognostic factors and evaluation of surgical treatment for synchronous liver metastases from gastric cancer[J]. Langenbecks Arch Surg, 2009, 394(4): 647-653.
- 5 Lordick F. To resect or not resect in metastatic gastric cancer: that is the question! [J]. Gastric Cancer, 2012, 15(3): 229-231.
- 6 Cunningham D, Okines AF, Ashley S. Capecitabine and oxaliplatin for advanced esophagogastric cancer[J]. N Engl J Med, 2010, 362(9): 858-859.
- 7 陆锐明,宁俭,谭毅. 早期胃癌内镜诊断现状及进展[J]. 中国临床新医学, 2011, 4(12): 1208-1211.
- 8 周健国,赵东兵,赵建军,等. 胃癌肝转移的肝切除治疗及预后分析[J]. 中华普通外科杂志, 2010, 25(10): 785-788.
- 9 Hwang SE, Yang DH, Kim CY. Prognostic factors for survival in patients with hepatic recurrence after curative resection of gastric cancer[J]. World J Surg, 2009, 33(7): 1468-1472.
- 10 郑志强,王向昱,林胜璋,等. 结肠癌局限性肝转移的治疗研究[J]. 中华普通外科杂志, 2005, 20(2): 102-103.
- 11 Tiberio GA, Coniglio A, Marchet A, et al. Metachronous hepatic metastases from gastric carcinoma: a multicentric survey[J]. Eur J Surg Oncol, 2009, 35(5): 486-491.
- 12 Okuno K. Surgical treatment for digestive cancer. Current issues-colon cancer[J]. Dig Surg, 2007, 24(2): 108-114.

[收稿日期 2014-09-09][本文编辑 韦所苏]