

中国结直肠癌肝转移诊疗和综合治疗指南（）



结直肠癌肝转移

- 肝脏是结直肠癌血行转移最主要靶器官
- 有 15% ~ 25% 结直肠癌患者在确诊时即合并有肝转移。
- 另 15% ~ 25% 患者将在结直肠癌原发灶根治术后发生肝转移。
- 其中绝大多数（80% ~ 90%）肝转移灶初始无法取得根治性切除。

- 未经治疗肝转移患者中位生存时间仅 6.9 个月，无法切

结直肠癌肝转移预后

- 肝转移灶能完全切除 [或能够到达无疾病证据 (n o e

结直肠癌肝转移分类

- 同时性肝转移（synchronous liver metastases）是指结直肠癌确诊前或确诊时发觉肝转移。
- 结直肠癌根治术后发生肝转移称为异时性肝转移（metachronous liver metastases）。

结直肠癌确诊时肝转移诊疗常规

- 对已确诊结直肠癌患者，除血清 C E A、C A 19-9 检验、病理学分期评定外，应常规进行肝脏超声和增强腹部 C T 等影像学检验筛选及诊疗肝脏转移瘤。对于超声或 C T 影像学检验高度怀疑但不能确诊患者可加行血清 A F P、肝脏超声造影和肝脏 M R I 平扫及增强检验（1 a 类证据，A 级推荐）。
- 临床有需要时可行肝脏细胞特异性造影剂增强 M R I 检验。
- P E T / C T 检验不作为常规推荐，可在病情需要时酌情应用（2 a 类证据，B 级推荐）。

结直肠癌确诊时肝转移诊疗常规

- 肝转移灶经皮针穿刺活组织检验仅限于病情需要时应用。
- 结直肠癌手术中必须常规探查肝脏以深入排除肝转移可能，对可疑肝脏结节可考虑术中活组织检验（3 a 类证据，B 级推荐）。

结直肠癌根治术后肝转移监测

- （1）每 3 ~ 6 个月进行 1 次病史问询、体格检验和肝脏超声检验，连续 2 年，以后每 6 个月 1 次直至满 5 年，5 年后每年 1 次。
- （2）每 3 ~ 6 个月检测 1 次血清 C E A、C A 1 9 - 9 等适当肿瘤标志物，连续 2 年，以后每 6 个月 1 次直至满 5 年（1 a 类证据，A 级推荐），5 年后每年 1 次。

结直肠癌根治术后肝转移监测

- (3) II期和III期结直肠癌患者，提议每年进行1次胸、腹、盆腔增强CT扫描，共3~5年（1b类证据，A级推荐），以后每1~2年1次。对于超声或CT影像学检验高度怀疑肝转移瘤但不能确诊患者应加行肝脏MRI等检验，并提议在随访过程保持影像学检验方法一致性。PET/CT扫描检验不作常规推荐。

结直肠癌根治术后肝转移监测

- （4）术后 1 年内应进行电子结肠镜检查，若发觉异常，需在 1 年内复查；不然术后第 3 年复查，以后每 5 年 1 次。假如患者发病年纪 < 50 岁则应适当增加电子结肠镜检查频度。对于结直肠癌根治术前因梗阻等原因无法行全结肠镜检查患者，应在术后 3 ~ 6 个月内完成首次电子结肠镜检查（1 a 类证据，A 级推荐）。

结直肠癌及其肝转移相关基因检测

- R A S 检测
- B R A F 检测
- 错配修复基因 (m i s m a t c h r e p a i r g e n e , M M R) / 微卫星不稳定性 (m i c r o s a t e l l i t e i n s t a b i l i t y , M S I) 检测
- U G T 1 A 1 检测
- 结直肠癌原发灶和肝转移灶基因状态大多无差异，对于无法获取肿瘤组织进行检测时可考虑液态活组织检验技术。

- # 结直肠癌肝转移预防
1. 根治性手术是迄今为止结直肠癌最有效治愈方法，也是预防肝转移。
 - (1) 结肠癌根治性手术范围包含肿瘤全部及其两端足够肠段和周围淋巴结。
 - (2) 直肠癌根治性手术范围应包含肿瘤全部及其两端足够肠段、周围淋巴结及直肠系膜。
 - (3) 术中发觉存在切除范围外可疑淋巴结，应进行术中活组织检查。

2. 结直肠癌确诊时无肝转移（及其它远处转移）新辅助治疗

- 2.1 中低位直肠癌新辅助治疗
结直肠癌肝转移预防 癌即肿瘤下缘距肛缘 >
- (1) 联合放化疗或放疗：提议术前诊疗为 T3 期及以上。或任何

• ①联合放化疗：总剂量 450 ~ 504 Gy 放疗，采

中低位直肠癌新辅助治疗

中低位直肠癌新辅助治疗

- ②单纯短程放疗：也可考虑直肠癌肿瘤部位及淋巴引流区短程（5 d）总剂量 250 Gy 放疗，并于放疗后 1 周内行根治性手术。短程放疗较联合放化疗更少出现急性不良反应。但短程放疗不能使肿瘤降期，更适合于可手术切除 II 期或 III 期直肠癌。短程放疗后再手术晚期并发症发生率较高，应给予重视（2 b 类证据，B 级推荐）。

中低位直肠癌新辅助治疗

- （2）肝动脉和肿瘤区域动脉联合灌注化疗：对于术前分期为III期，且不伴有出血、梗阻症状或无穿孔患者，在有条件单位可考虑应用。5-FU（或其前体药品）并可联合奥沙利铂，经肝动脉、肿瘤区域动脉分别灌注，化疗后7~10d施行根治性切除术。当前临床研究结果表明：该方案虽不能使肿瘤显著降期，但对III期结直肠癌患者有预防肝转移作用。提议在有条件单位开展，不作为常规推荐。

结直肠癌确诊时无肝转移（及其它远处转移）新辅助治疗

- 2.2 结肠癌新辅助治疗：结肠癌新辅助治疗尚无明确循证医学证据，对于术前判断为III期患者可考虑肝动脉和肿瘤区域动脉联合灌注化疗，以降低肝转移发生，不作常规推荐。

3. 无转移结直肠癌患者术中门静脉化疗、腹腔化疗：

- 对于无转移结直肠癌患者术前门静脉化疗、腹腔化疗

4. 非转移性结直肠癌患者根治术后辅助治疗

- (1) 术后辅助化疗对于III期结肠癌，能延终年无病生存率及总体

结直肠癌肝转移预防

非转移性结直肠癌患者根治术后 辅助治疗

(2) II期不存在非转移性结直肠癌患者根治术后 辅助治疗

转移高危原因结直肠癌患者，术后两药联合辅助化疗在许多临床研究中未见到显著效果，故提议接收临床观察和随访（1 b 类证据，A 级推荐），或提议氟尿嘧啶单药治疗（MSI-H 患者除外）。但对于高危II期患者 [T 4 期、组织分化差（MSI-H 患者除外）、肿瘤周围淋巴管神经侵犯、肠梗阻、或 T 3 期伴有局部穿孔、切缘不确定或阳性、淋巴结活组织检验数目 < 12 枚] 应给予辅助化疗，方案参考III期患者（2 a 类证据，B 级推荐）。

非转移性结直肠癌患者根治术后 辅助治疗

- （2） T 3 期及以上和任何 T 分期但淋巴结阳性中低位直肠癌患者如术前没有进行放化疗，术后辅助化疗和放化疗能提升 3 年无病生存率及降低局部复发率。但对于能否降低直肠癌肝转移方面研究有限，和辅助化疗结合方式也需更多临床试验验证。术前接收过放疗或联合放化疗患者，术后也应接收辅助治疗，但尚无充分循证医学证据。

M D T 在结直肠癌肝转移诊疗与治疗中作用

- 对于肿瘤性疾病，M D T 治疗模式是有效伎俩。所以，提议结直肠癌肝转移患者进入 M D T 治疗模式（1 a 类证据，A 级推荐）。结直肠癌 M D T 以患者为中心，组员应包含结直肠外科、肝外科、肿瘤内科、放疗科、放射和超声影像科及其它相关专业有一定资质医师。

M D T 在结直肠癌肝转移诊疗与治疗中作用

- M D T 能够降低个体医师做出不完善决议，其主要作用还包含：
 - （1）更准确疾病分期。
 - （2）较少治疗混乱和延误。
 - （3）更个性化评定体系和治疗。
 - （4）更加好治疗衔接。
 - （5）更高生命质量。
 - （6）最正确临床和生存获益。

1. 手术治疗

• 手术完全切除是结直肠癌肝转移最正

手术适应证和禁忌证

- （ 1 ） 适应证：是否适合手术切除标准一直在演变，但主要应从以下 3 方面来判断（ 2 a 类证据， B 级推荐）：
 - ①结直肠癌原发灶能够或已经根治性切除。
 - ②依据肝脏解剖学基础和病灶范围，肝转移灶可完全（ R 0 ）切除，且要求保留足够功效性肝组织（剩下肝脏容积 $\geq 30\% \sim 40\%$ ，采取三维 C T、 3 D 数字成像技术等有利于评定剩下肝脏体积）。
 - ③患者全身情况允许，没有不可切除或毁损肝外转移病变，或仅为肺部结节性病灶，但不影响肝转移灶切除决议患者。

手术适应证和禁忌证

- 伴随技术进步，肝转移灶大小、数目、部位、分布等已不再是影响判断结直肠癌肝转移患者是否适宜手术单一决定原因。
- 另外，当前文件资料已将切缘不足 1 c m 、可切除肝门淋巴结转移、可切除肝外转移病灶（包含肺、腹腔）等也纳入了适宜手术切除范围（4类证据，C级推荐）。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/276011153223010201>