

腹腔镜直肠癌根治术规范

杨 烈

四川大学华西医院.胃肠外科中心

丨 提纲

01

腹腔镜直肠癌根治术研究现状

02

直肠癌围手术期的诊疗规范

03

腹腔镜直肠癌手术的禁忌证

04

腹腔镜直肠癌手术的肿瘤根治原则

05

腹腔镜直肠癌手术的功能保护原则

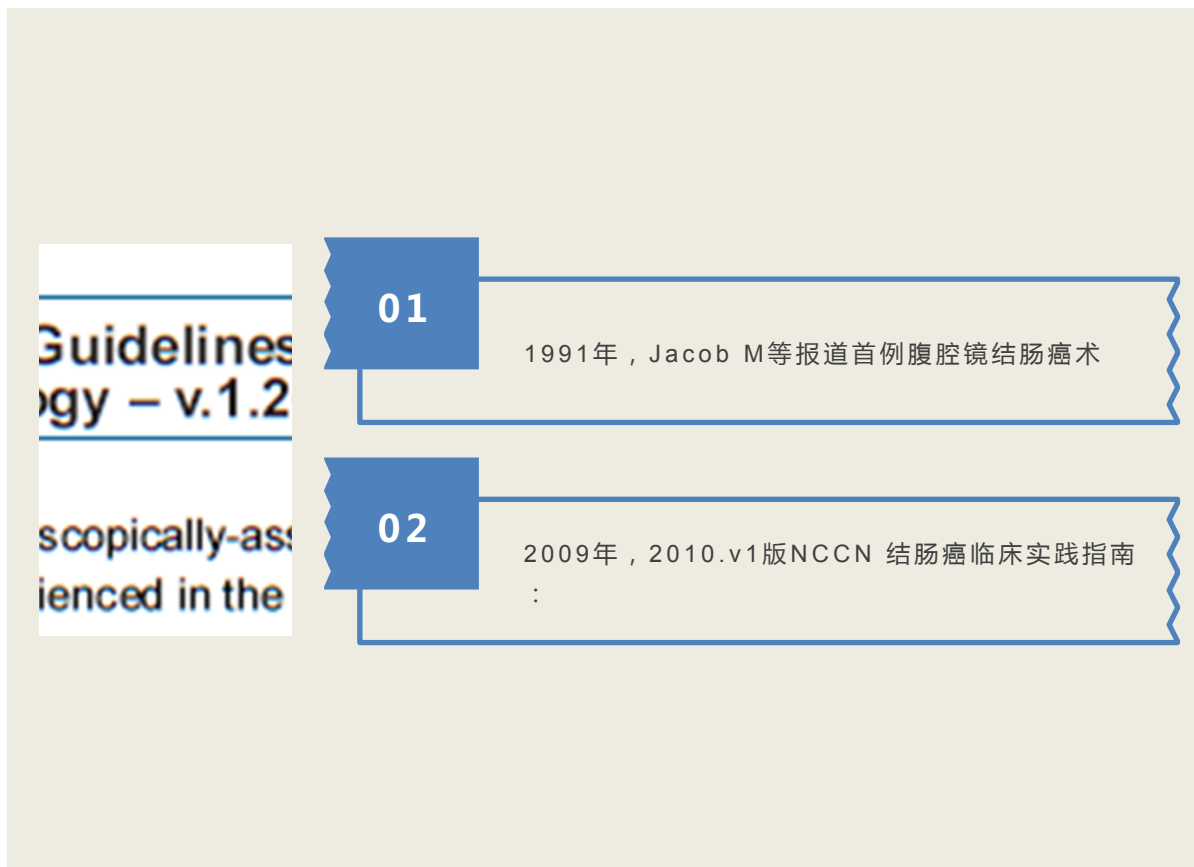
06

腹腔镜直肠癌手术的解剖要点

07

腹腔镜直肠癌手术的步骤及要点

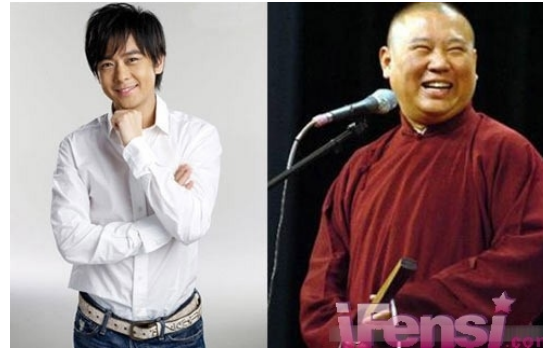
腹腔镜直肠癌根治术研究现状



- <30% circumference of bowel
 - <3 cm in size
 - Margin clear (>3 mm)
 - Mobile, nonfixed
 - Within 8 cm of anal verge
 - T1 only
 - Endoscopically removed polyp with cancer or indeterminate pathology
 - No lymphovascular invasion or PNI
 - Well to moderately differentiated
 - No evidence of lymphadenopathy on pretreatment imaging
 - When the lesion can be adequately identified in the rectum, transanal endoscopic microsurgery (TEM) may be used. TEM for more proximal lesions may be technically feasible.
- Transabdominal Resection: Abdominoperineal resection or low anterior resection or colanal anastomosis using total mesorectal

- Extend 4-5 cm below distal edge of tumors for an adequate mesorectal excision. In distal rectal cancers (ie, <5 cm from anal verge), negative distal bowel wall margin of 1-2 cm may be acceptable; this must be confirmed to be tumor free by frozen section.
- Full rectal mobilization allows for a negative distal margin and adequate mesorectal excision.
- Lymph node dissection^{3,4}
 - Biopsy or remove clinically suspicious nodes beyond the field of resection if possible.
 - Extended resection is not indicated in the absence of clinically suspected nodes.

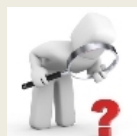
- 1991年，Leroy J等完成首例腹腔镜直肠癌TME
- 2016年，2016.v2版NCCN 直肠癌临床实践指南：
 - Laparoscopic surgery is preferred in the setting of a clinical trial



都是同一年生的，差距怎么就这么大尼？

原因

手术难度和要求更高？



■ 盆腔解剖 →
空间狭小、
解剖复杂

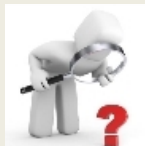
■ 手术要求 →
足够的切缘、
TME、CRM

■ → 功能保留
(排尿、排
便及性功能
)

..... this doubt is based solely on unfavourable comments regarding laparoscopic surgery, rather than on randomized studies.....

J.Lujan, et al. Surg
Endosc (2013)
27:295-302.

原因



- 大量循证学研究已显示了腹腔镜直肠癌手术与开放手术相同的近远期疗效

前瞻性多中心随机对照研究
研究报道相对较少！

- 短期 (short-term) → 安全性、有效性
- 远期 (long-term) → 生存率？复发率？



- 直肠癌国际/国内诊疗指南：
- 美国NCCN指南 欧洲ESMO指南
- 我国《结直肠癌诊疗规范》(卫生部, 2010)
- 基于多学科综合治疗(MDT)
- 制定个体化诊疗方案



直肠癌围手术期的诊疗规范

直肠癌围手术期的诊疗规范

1

准确的术前分期是制定个体化治疗方案的前提：

2

胸腹部及盆腔增强CT、经直肠腔内超声

3

高分辨直肠MRI 检查最为准确！

4

T3cd /CRM +或任何TN1-2：新辅助放化疗+手术

5

cT3abN0 /CRM-：结合患者意愿及术者技术综合考虑是否新辅助治疗

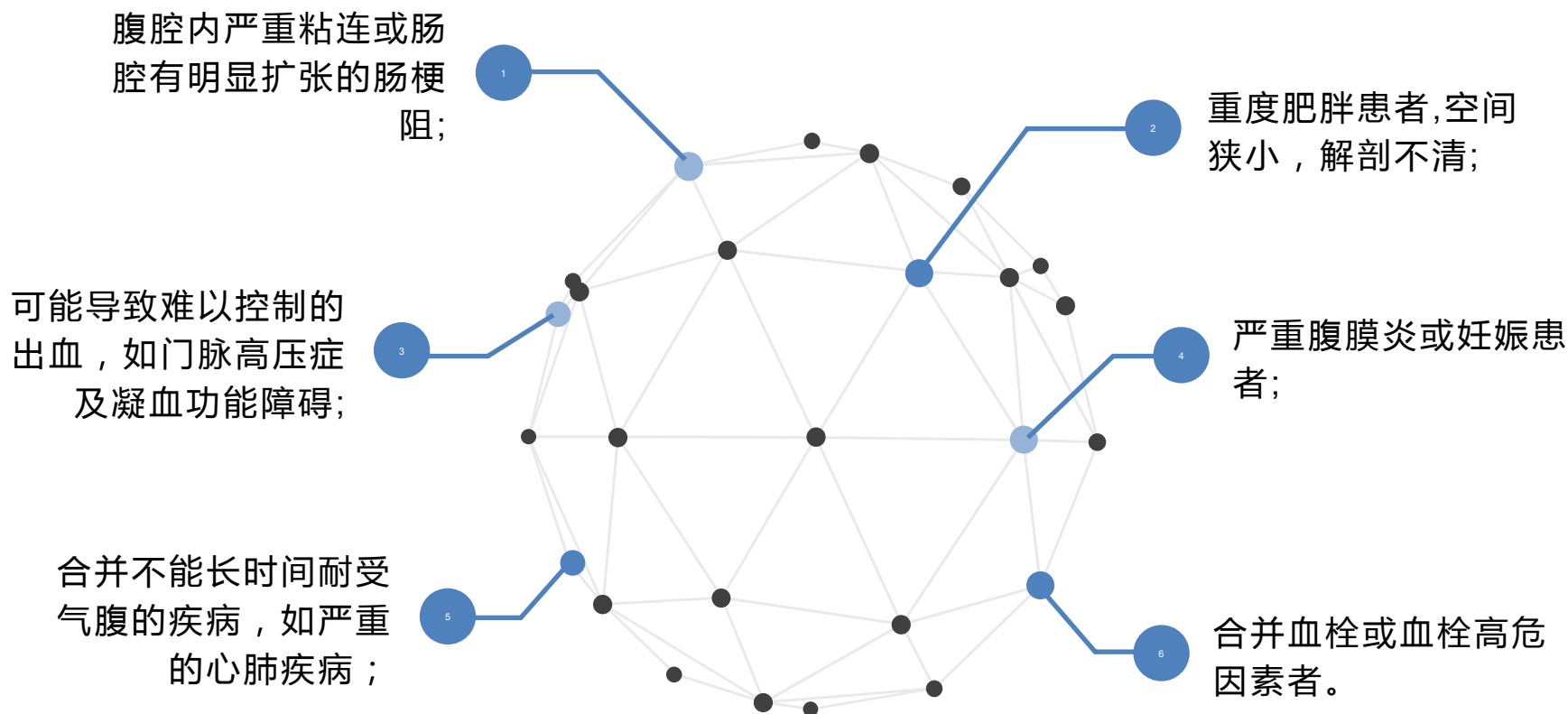
6

分化良好的cTis 及仅黏膜下浅层受累(sm1-2) 的早期直肠癌：

7

可考虑行经肛局部切除或行TEM 手术

腹腔镜直肠癌手术的禁忌证



腹腔镜直肠癌的肿瘤根治原则



腹腔镜直肠癌的肿瘤根治原则

全直肠系膜切除术原则(TME)：

直肠系膜内有多量癌灶分布，包括癌转移淋巴结，癌结节，神经、血管及淋巴结浸润，以及常规病理检查难于发现的肿瘤微转移，

这些微转移癌灶潜在分布于直肠系膜；

因而，腹腔镜手术应在直肠固有筋膜及壁层盆筋膜间的疏松间隙内解剖游离，原位切除肿瘤及相应的直肠系膜，即整块切除(TME)！

腹腔镜直肠癌的肿瘤根治原则

切口与戳孔的无瘤防范措施:

- 腹腔镜小切口与戳孔癌种植一度高达21%，目前，小切口癌转移率下降至与开腹手术切口癌转移率相当，
- 但每个医生必须遵守严格的防范措施，包括：
 1. 使用防滑的Trocar，拔除Trocar 前应尽量排尽腹腔内气体；
 2. 塑料保护套保护切口，避免将肿瘤从无保护的腹壁切口拖出；
 3. 氟尿嘧啶液或灭菌蒸馏水等对腹腔、戳孔与切口行常规冲洗。

腹腔镜直肠癌手术的功能保护原则

- 泌尿、性功能保护:

直肠癌TME手术标准提出前, 直肠癌手术泌尿性功能障碍率高达50% ~ 95%!

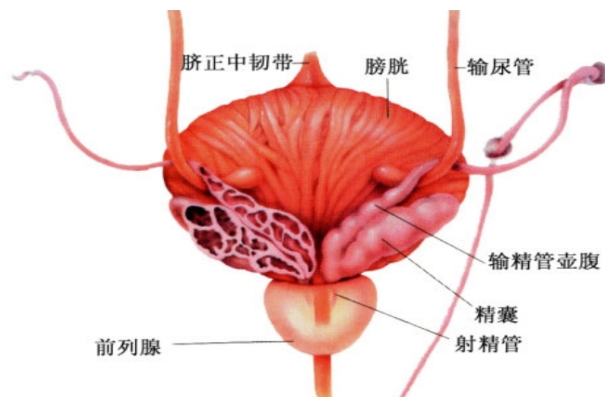
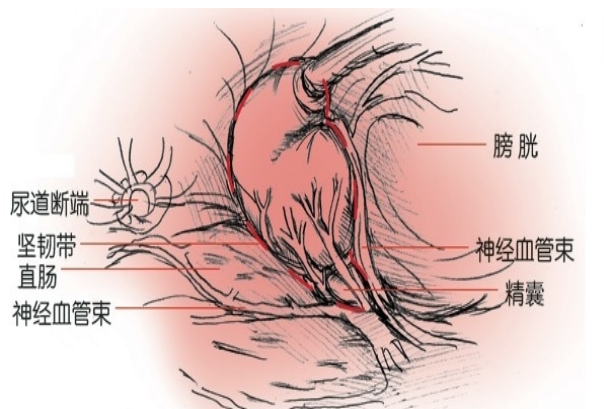
① 离断肠系膜下动脉时, 过高位结扎血管, 易损伤肠系膜下神经丛、上腹下丛, 宜距离动脉根部1.5 ~ 2.5 cm 处理该血管, 或将血管与神经分离后再于根部处理血管;

② 分离直肠后间隙时层面偏向后方, 甚或进入了壁层筋膜外的骶前间隙时, 易损伤腹下神经, 手术时宜紧贴直肠固有筋膜进行操作;

③ 分离侧韧带时, 平面偏外易损伤S2-4副交感神经主干或盆丛。

腹腔镜直肠癌手术的功能保护原则

泌尿、性功能保护:



4 确切保护前列腺外侧后方易损伤神经血管束

- 宜在精囊腺下缘结束前切断Denovilliers筋膜，否则，易导致在筋膜前方向两侧及直肠远端过度游离，损伤两侧神经血管束的起始部及位于前列腺精囊腺交界后方的交通神经；

腹腔镜直肠癌手术的功能保护原则

- **排便功能保护:**

低位直肠前切除术后前切除综合征(LARS)发生率高达30% ~ 50%，预防措施包括:

- ① 对肛门功能减弱和高龄体弱患者，应慎重考虑是否行低位或超低前切除甚至是内括约肌切除术(ISR)等保肛术式;
- ② 术中注意保护盆丛神经, 避免对无指征的患者行常规的侧方淋巴结清扫术;
- ③ 避免肿瘤远端直肠的过度切除, 肿瘤远端直肠的过度切除屡屡发生。

研究表明直肠癌远端肠壁内的浸润距离有限，很少超过2 cm。

NCCN 指南也提出在保证切缘阴性的条件下1.5 cm 的肿瘤远端直肠切除距离可以接受，成熟的直肠专科医师应视末段直肠“寸厘寸金”，对局限型的低位直肠癌应避免远端肠管切除超过2 cm!

腹腔镜直肠癌手术的功能保护原则

排便功能保护:

01

注意用于吻合的近端肠管张力及顺应性，当乙状结肠张力高且细小时，可考虑采用乙状结肠上段或降结肠进行吻合；▲

02

预防、及时处理吻合口漏；▲

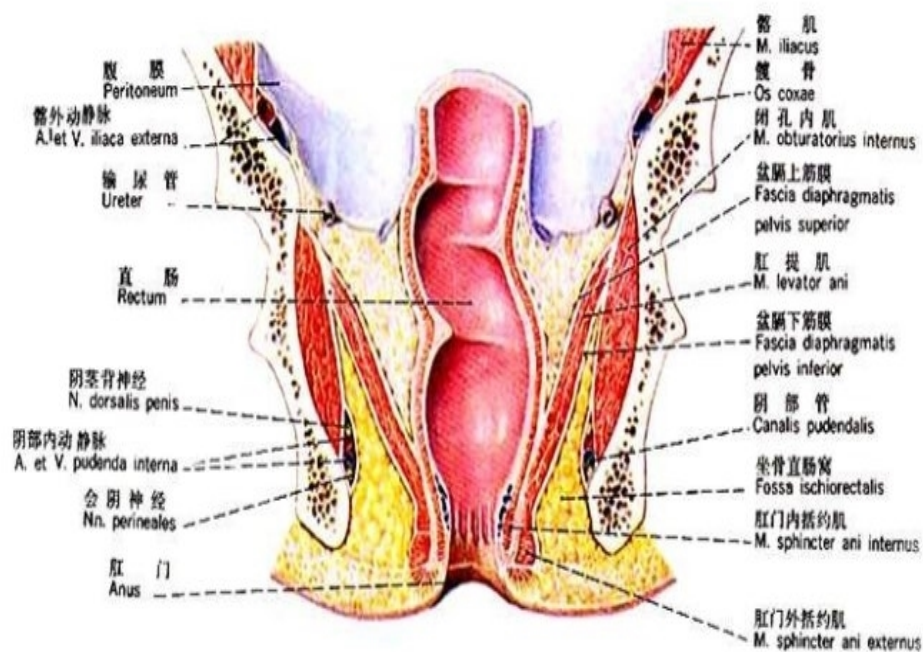
03

J型储袋、端侧吻合等术式可能有利于改善术后排便；▲

04

规范开展术前新辅助放疗，严格术前分期，避免对cT1-2N0的早期患者施行放射治疗。▲

腹腔镜直肠癌手术的相关解剖



- 直肠长度12-15cm
- 分为上、中、下段
- 腹膜反折以下：
 - 距肛约7-8cm
 - 低位直肠癌

■ 直肠的血供：



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/356124203232011011>