

克罗恩病的外科治疗策略

兰平, 何小文

兰平, 何小文, 中山大学附属第六医院结直肠肛门外科 广东省广州市 510655
国家自然科学基金资助项目, No. 30872461
广东省自然科学基金资助项目, No. 8151008901000107
作者贡献分布: 兰平为本文的主要撰写者; 何小文负责相关文献的检索与收集整理。
通讯作者: 兰平, 教授, 510655, 广东省广州市天河区员村二横路26号, 中山大学附属第六医院结直肠肛门外科. lpzm@yahoo.com
电话: 020-38254052
收稿日期: 2010-03-11 修回日期: 2010-09-19
接受日期: 2010-10-17 在线出版日期: 2010-10-18

Surgical strategies for Crohn's disease

Ping Lan, Xiao-Wen He

Ping Lan, Xiao-Wen He, Department of Colorectal & Anal Surgery, the Sixth Affiliated Hospital of Sun Yat-sen University, Guangzhou 510655, Guangdong Province, China
Supported by: National Natural Science Foundation of China, No. 30872461; and the Natural Science Foundation of Guangdong Province, No. 8151008901000107
Correspondence to: Professor Ping Lan, Department of Colorectal & Anal Surgery, the Sixth Affiliated Hospital of Sun Yat-sen University, 26 Yuanchun Erheng Road, Guangzhou 510655, Guangdong Province, China. lpzm@yahoo.com
Received: 2010-03-11 Revised: 2010-09-19
Accepted: 2010-10-17 Published online: 2010-10-18

Abstract

Crohn's disease (CD) is a chronic relapsing inflammatory disease of the intestine that may affect the entire digestive tract and present with various types of manifestations, including obstruction, internal or external fistula, abdominal abscess, bleeding, and perforation. Currently, neither medical therapy nor surgery can cure this chronic disease. Optimum management of CD patients requires an interactive partnership among gastroenterologist, surgeon and patient. It is estimated that approximately 80% of CD patients will require surgery at some point during their lifetime. This article reviews the surgical management strategies for CD, including indications for surgery and choice of procedures.

Key Words: Crohn's disease; Surgery; Therapy; Indication

Lan P, He XW. Surgical strategies for Crohn's disease. *Shijie Huaren Xiaohua Zazhi* 2010; 18(29): 3121-3124

摘要

克罗恩病是一种慢性复发肠道炎性疾病, 可累及全消化系, 其临床表现多样, 包括梗阻、内/外瘻、腹腔脓肿、出血、穿孔等。目前, 无论药物还是手术治疗均难以治愈这类疾病, 通常需要胃肠病专家、外科医生及患者来共同参与制定最佳的治疗方案。约80%的患者在病程中至少接受1次手术治疗。本文系统地阐述了克罗恩病的外科治疗策略, 包括手术指征及术式选择。

关键词: 克罗恩病; 外科; 治疗; 适应证

兰平, 何小文. 克罗恩病的外科治疗策略. 世界华人消化杂志 2010; 18(29): 3121-3124
<http://www.wjgnet.com/1009-3079/18/3121.asp>

0 引言

克罗恩病(Crohn's disease, CD)是一种病因尚不十分明确的消化系慢性炎性肉芽肿性疾病, 由纽约Mount Sinai医院的Burrill和Crohn于1932年首次报告, 与溃疡性结肠炎(ulcerative colitis, UC)同为炎症性肠病。CD多见于美国、西欧、北欧和东欧, 我国等亚洲国家相对少见, 但近年来有逐渐增多的趋势, 日本目前的发病率已经接近欧美, 可以预见其将成为我国消化系统较常见疾病之一。

CD可发生于从口腔至肛门的消化系任何部位, 其中以回盲部最多见, 呈透壁性、节段性、非对称性分布, 易发生瘻管及脓肿。多数患者病情呈长期反复发作, 且患者多为青壮年, 严重影响个人生活质量甚至危及患者生命。CD在一定程度上被认为是一种难以治愈的终身性疾病, 通常需要胃肠病专家、外科医生及患者共同参与来制定最佳的治疗方案。Fazio等^[1]总结CD的三大特征为: 大多数患者在某时需手术治疗; 永远有再次手术的可能; 始发病变的类型不同时, 其预后和复发也不同。据文献报道约80%的患者在病程中需至少接受1次手术治疗。通过外科干预, 常可缓解症状、改善病情、提高患者的生活质量, 但术后有较高的复发率及再手术率。外

■背景资料

克罗恩病(CD)是一种病因尚不十分明确的消化系慢性炎性肉芽肿性疾病, 由纽约Mount Sinai医院的Burrill和Crohn于1932年首次报告, 与溃疡性结肠炎(UC)同为炎症性肠病。

■同行评议者

杨柏霖, 副主任医师, 南京中医药大学附属医院结直肠外科

■相关报道

Gutierrez等对66例非手术治疗的并发腹腔脓肿的CD患者进行了1年随访,发现约1/3患者最终需要外科干预。

科医生应与消化科等多学科的医生展开协助,在充分了解患者病情的情况下,准确掌握手术适应证并选择应用合理有效的手术方式。

1 手术适应证

CD虽以药物治疗为主,但常涉及外科治疗。手术时机和适应证的准确把握是关键,亦是难点,外科医生在诊治过程中,应与内科医生紧密合作,并充分考虑到患者本人的意愿。根据相关文献^[2,3]及我们的实践经验,我们认为出现以下情况应考虑手术干预: (1)药物治疗失败: 药物治疗难以控制或病情继续进展、不能耐受药物治疗的副作用、不能坚持服药; (2)严重并发症: 肠梗阻、腹腔脓肿、肠痿、游离性肠穿孔、大出血、癌肿形成、中毒性巨结肠、药物治疗无效的肛周疾病; (3)其他: 儿童生长发育迟缓及严重的肠外表现(药物治疗不能缓解)等。外科治疗的目的多是解决并发症给患者带来的症状,提高生活质量,这些并发症都是在患病后一段时间发生、患者的全身情况常处于较差的状态,因此充分的术前准备是必要的,如感染控制、营养支持,除伴有大量出血外,一般不宜施行急诊手术。

2 手术方式

应根据CD病变部位(小肠或结肠)、严重程度、内科治疗情况、患者全身状况及患者意愿,来选择相应的手术方式,主要包括: 病变肠段切除术、狭窄成形术和肠旁路手术等。

2.1 病变肠段切除术 病变小肠肠段切除术是CD手术治疗的传统术式之一,由于其效果较肯定而被大多数外科医生所接受。传统观点认为,为减少术后复发,切除肠管两端应距肉眼病变10 cm以上。然而CD有累及全消化系的特性,且术后复发率高,常需要再次手术,容易导致短肠综合征。90年代后很少学者坚持传统“扩大切除”的观点,目前主张较保守的切除范围。Fazio等^[4]将131例拟行小肠肠段切除治疗的CD患者随机分成两组,其中肠管切除范围限于肉眼病变肠管两侧2 cm组75例、切除范围达肉眼病变肠管两侧12 cm组56例,对这两组患者进行随访,结果发现虽然“扩大切除”组的术后复发率稍低,但其差异并无统计学意义(25% vs 18%)。也有学者提出,为减少术后复发,应采取术中快速冰冻切片确定切除范围,但是, Fazio等^[4]的研究结果同样证实了,术中快速冰冻切片检查对术后复发率和再手术率并无影响。因此,我们在手

术切除CD小肠病变时应遵循“节省肠管”的原则,建议根据肉眼下判断的病变范围切除肠管。

对于结肠CD患者,根据病变为局限性或弥漫性,可相应采用单纯回肠造口、结肠节段切除、次全结肠切除加回肠造口、全结肠切除加回直肠吻合以及结直肠切除加回肠造口。对结肠节段性病变的手术切除范围,意见尚未统一。Tekkis等^[5]进行的一项Meta分析认为,结肠节段性切除术(segmental colectomy, SC)与全结肠切除回肠直肠吻合术(ileorectal anastomosis, IRA)两种术式的术后复发率及并发症发生率并无差异,但行IRA者术后复发的平均时间较前者推迟约4.4年。亦有研究表明, SC和IRA这两种术式的术后复发率相似,但行SC者术后功能优于IRA者。我们认为,节段结肠切除可保留结肠长度,适用于结肠病变局限者;若CD患者有2段或更多节段的结肠受累,则可行全结肠切除回肠直肠吻合术;而对于弥漫性结直肠炎的患者,可考虑行全结直肠切除、回肠造口术。

2.2 狭窄成形术 对小肠CD施行再次手术或广泛切除的危险之一是发生短肠综合征,采用狭窄成形术通过松解和扩大狭窄部位,避免了肠切除,已成为确定性手术方法。该术式可治疗梗阻性CD,特别是多处较短纤维化狭窄、多次空肠回肠狭窄以及已行广泛多次手术有短肠综合征危险的患者。其手术禁忌为: (1)伴有痿、穿孔、出血等并发症者; (2)较短肠管(<20 cm)内多处狭窄; (3)临近肠切除吻合口处的狭窄。同时对于初次手术者,也不建议行狭窄成形术。对于7 cm以内的狭窄,可行Heineke-Mikulicz狭窄成形术; 7-10 cm之间的狭窄,宜用Finney狭窄成形术; 狭窄段>15 cm或一段肠管多处狭窄其长度达到30 cm,宜行Michelassi等^[6]设计的顺蠕动肠侧侧吻合狭窄成形术,可预防憩室形成。实际工作中,我们应根据狭窄的数目及特点,做1个或多个狭窄成形术,也可在肠切除的同时行狭窄成形术。对于孤立、短段的轻至中度狭窄病变,在内镜能到达的情况下,亦可考虑内镜下扩张治疗^[7]。

Cleveland临床中心完成了一项大宗病例研究,他们对162例患者施行了698次狭窄成形术,与肠切除后再手术率相似,报道的狭窄成形术后5年累计再手术率约为28%,其中因原位再狭窄而需要手术的仅为5%^[8]。Fearnhead等^[9]对100例患者共479次狭窄成形术进行随访,平均随访时间是85 mo,总的并发症发生率是22.6%,其中感染综合征(吻合口漏、脓肿、痿)发生率

为11.3%, 出血发生率3.8%, 梗阻复发率4.4%, 围手术期死亡率为0.6%。最近, 一项荟萃分析系统回顾了1975-2005年发表的CD狭窄成形术及效果的相关文献, 其结果显示: 共1 112例患者接受狭窄成形术3 259次(Heineke-Mikulicz术占81%, Finney术占10%, isoperistaltic侧侧吻合术占5%); 狭窄成形术部位为空肠或回肠(94%)、以前的吻合口部位(4%)、十二指肠(1%)、结肠(1%); 空肠回肠狭窄成形术(包括回肠结肠狭窄成形术)术后感染并发症(瘘、脓肿)发生率4%, 总的手术复发率23%; 采用荟萃分析, 狭窄成形术后5年复发率为28%, 其中, 90%患者在非狭窄成形部位复发, 2例患者在之前行空肠回肠狭窄成形部位发生腺癌, 而十二指肠和结肠狭窄成形术则经验有限^[10]。可见, 对于选择性的CD病例, 狭窄成形术是一种安全、有效的手术方式, 需要注意的是在行狭窄成形术之前, 应行快速冰冻切片检查, 以排出恶变可能。

2.3 肠旁路手术 通过分流肠内容物, 使病变肠段得到“休息”, 从而使病变处于静止状态, 但该术式不能使病变痊愈且有发生盲襻综合征及局部癌变的可能, 目前应用较少, 主要适于药物难治性的胃/十二指肠病变(胃空肠吻合/十二指肠空肠吻合术), 或用于暂时性缓解梗阻。

2.4 回肠储袋肛管吻合术 CD患者行回肠储袋肛管吻合术的主要原因是术前诊断不明确或被误诊为UC。由于CD患者术后发生储袋失败、储袋切除、大便失禁及储袋炎等并发症的比例远较UC为高, CD患者一般不推荐行回肠储袋肛管吻合术。当然, 如果CD患者无小肠、肛管、肛周病变, 且患者又可以接受其并发症及一期吻合失败的可能, 行回肠储袋肛管吻合术替代全结肠直肠切除加回肠末端造口亦是可行的^[11,12]。

3 肛周病变的处理

肛周病变在欧美国家发生率高, 我国较低。主要表现为肛周脓肿、肛瘘、肛门狭窄及肛管直肠阴道瘘等。一般认为, 若病变未累及结肠, 可通过药物或局部手术治疗, 无需永久性造口。单纯性肛周脓肿宜早期切开引流, 且切口尽量靠近肛缘, 减少肛瘘发生。低位肛瘘通过切开或切除术可获得良好的疗效; 高位肛瘘应行挂线治疗, 以保护括约肌的功能。对于直肠内病变严重的复杂瘘、肛门失禁及肛门明显狭窄等, 在药物治疗和局部处理失败后, 应及时行直肠切除、永久性结肠造口或小肠造口, 以解除患者的痛

苦, 提高患者的生活质量。

4 CD并发症的处理

4.1 出血 CD患者便血的发生率约为31%, 合并大出血少见, 另外有13%的患者大便潜血阳性, 以结肠病变者为多。合并大出血时, 若保守治疗不能奏效, 应积极进行手术。手术前应行血管造影检查, 如考虑为结肠病变出血, 可行纤维结肠镜检查, 明确出血部位、病变严重程度。

4.2 穿孔 游离穿孔合并弥漫性腹膜炎约占CD患者的1%-2%。90%发生在末端回肠, 最常见于系膜对侧缘; 10%发生在空肠。CD游离穿孔较少发生气腹, 一旦确诊, 必须急症切除病变肠段, 近端外置作回肠造口。亦有行病变肠段切除一期吻合的报道, 主要是根据患者的全身情况、腹腔污染情况以及病变的程度和范围而定。穿孔单纯修补术的病死率和并发症发生率高, 不宜施行。

4.3 腹腔脓肿 CD患者腹腔脓肿的发生率约为25%。对于较小的腹腔脓肿可采取保守治疗或行腹腔脓肿引流术, 如B超或CT引导下的经皮穿刺置管引流等; 如治疗失败或脓肿中含有肠内容物则需要剖腹探查行病变肠段切除术。Gutierrez等^[13]对66例非手术治疗的并发腹腔脓肿的CD患者进行了1年随访, 发现约1/3患者最终需要外科干预。

4.4 肠瘘 肠瘘合并腹腔脓肿或者梗阻是CD患者的手术指征。内瘘是最常见的形式, 发生率约为30%-40%, 为CD向邻近的小肠、结肠、膀胱等器官穿透形成。由于CD并不向穿透的组织扩散和侵袭, 因此手术只需切除病变肠段, 而被穿透无病变的组织器官清创单纯修补即可。需要注意的是, 回肠乙状结肠瘘单纯将乙状结肠清创缝合会有较高的吻合口瘘发生率, 故需要部分切除乙状结肠。外瘘的发生率较低, 但是其对机体的影响较大, 一旦发生, 早期积极引流和抗感染治疗。待病情稳定、局部炎症消退、CD非活动期时可行病变肠段切除术吻合、皮肤窦道切除术。若腹壁缺损不大可直接缝合, 如果腹壁缺损较大则可选用适当的材料进行修补。

5 腹腔镜的应用

施行腹腔镜手术亦是CD患者的选择之一, 腹腔镜不仅可以帮助确定诊断CD, 还可以同时进行治疗, 且认为是安全和有效的^[14]。腹腔镜手术具有伤口美观、住院时间短、术后疼痛轻、肠道

■应用要点

本文系统地阐述了克罗恩病的外科治疗策略, 包括手术指征及术式选择。

■同行评价

本文科学性和可读性较好,对指导临床工作有较为重要的意义。

功能恢复快等优点;另外,CD患者可能需要多次手术,对同一个患者坚持腹腔镜手术有两个好处:其一,再次腹腔镜手术具有等同第1次腹腔镜手术的优点,如伤口美观、肠道功能早期恢复等。其二,腹腔镜手术减少粘连,从而减少术后梗阻症状的出现,第1次手术时只要情况允许就选择腹腔镜路径,这对患者有长期的益处。值得注意的是,由于出血、炎性包块、瘘等难以处理的原因,部分腹腔镜手术需中转开腹。

6 结论

术后易复发以及须再次手术是CD的一个重要特性,CD患者一生之中可能需要多次手术,在接受第1次手术后的10年内约有50%的复发者需要再次手术^[15]。外科医生必须认识到,与UC不同,CD手术只是针对其并发症而施行,而不能达到治愈,过度的切除性手术治疗可能导致短肠综合征等灾难性的后果。手术时应遵循“节省肠管”的保守原则,全面探查肠管,了解病变范围,需要手术处理的只是那些有明显并发症的部位。同时,为取得满意的治疗效果,外科医生在术前、术后应与内科医生及患者密切配合,制定合理有效的治疗方案,包括坚持内科药物治疗、鼓励患者戒烟等,以保证患者能够获得最佳的生活质量。

7 参考文献

- 1 Fazio VW, Wu JS. Surgical therapy for Crohn's disease of the colon and rectum. *Surg Clin North Am* 1997; 77: 197-210
- 2 Alós R, Hinojosa J. Timing of surgery in Crohn's disease: a key issue in the management. *World J Gastroenterol* 2008; 14: 5532-5539
- 3 Hyman NH. Crohn's disease: drug therapy or surgery? *Expert Rev Gastroenterol Hepatol* 2007; 1: 187-192
- 4 Fazio VW, Marchetti F, Church M, Goldblum JR,

- Lavery C, Hull TL, Milsom JW, Strong SA, Oakley JR, Secic M. Effect of resection margins on the recurrence of Crohn's disease in the small bowel. A randomized controlled trial. *Ann Surg* 1996; 224: 563-571; discussion 571-573
- 5 Tekkis PP, Purkayastha S, Lanitis S, Athanasiou T, Heriot AG, Orchard TR, Nicholls RJ, Darzi AW. A comparison of segmental vs subtotal/total colectomy for colonic Crohn's disease: a meta-analysis. *Colorectal Dis* 2006; 8: 82-90
- 6 Michelassi F, Upadhyay GA. Side-to-side isoperistaltic strictureplasty in the treatment of extensive Crohn's disease. *J Surg Res* 2004; 117: 71-78
- 7 Ferlitsch A, Reinisch W, Püspök A, Dejaco C, Schillinger M, Schöfl R, Pötzi R, Gangl A, Vogelsang H. Safety and efficacy of endoscopic balloon dilation for treatment of Crohn's disease strictures. *Endoscopy* 2006; 38: 483-487
- 8 Ozuner G, Fazio VW, Lavery IC, Church JM, Hull TL. How safe is strictureplasty in the management of Crohn's disease? *Am J Surg* 1996; 171: 57-60; discussion 60-61
- 9 Fearnhead NS, Chowdhury R, Box B, George BD, Jewell DP, Mortensen NJ. Long-term follow-up of strictureplasty for Crohn's disease. *Br J Surg* 2006; 93: 475-482
- 10 Yamamoto T, Fazio VW, Tekkis PP. Safety and efficacy of strictureplasty for Crohn's disease: a systematic review and meta-analysis. *Dis Colon Rectum* 2007; 50: 1968-1986
- 11 兰平, 何晓生. 克罗恩病的外科治疗. *医学新知杂志* 2007; 17: 3-5
- 12 Joyce MR, Fazio VW. Can ileal pouch anal anastomosis be used in Crohn's disease? *Adv Surg* 2009; 43: 111-137
- 13 Gutierrez A, Lee H, Sands BE. Outcome of surgical versus percutaneous drainage of abdominal and pelvic abscesses in Crohn's disease. *Am J Gastroenterol* 2006; 101: 2283-2289
- 14 Fichera A, Peng SL, Elisseou NM, Rubin MA, Hurst RD. Laparoscopy or conventional open surgery for patients with ileocolonic Crohn's disease? A prospective study. *Surgery* 2007; 142: 566-571; discussion 571.e1
- 15 Bernell O, Lapidus A, Hellers G. Risk factors for surgery and recurrence in 907 patients with primary ileocaecal Crohn's disease. *Br J Surg* 2000; 87: 1697-1701

编辑 曹丽鸥 电编 何基才