

- mimicking a malignaneoplasm: clinical manifestations, diagnosis, and treatment [J]. Mayo Clin Proc, 1998, 73 (4): 342-345
- [3] 黎培员,王南下,田德安.食管黏膜表层剥脱症1例[J].世界华人消化杂志,2008,16(13):1476-1478.
- [4] 刘润,刘培茄,胡静,等.食管巨大血肿1例[J].临床合理用药,2013,6(35):163.
- [5] 丁雪丽,荆雪,于亚男,等.食管黏膜下巨大血肿2例并文献复习[J].胃肠病学,2017,22(2):126-128.
- [6] 王天锡,张俊,崔莉红.食管黏膜下巨大血肿伴破裂出血1例[J].中国中西医结合外科杂志,2018,24(3):351-353.
- [7] MARKS IJ, KEET AD. Intraluminal rupture of the esophagus [J]. Br Med J, 1968, 3:536-537.
- [8] 高金才,王鹏.进食致食管壁内巨大血肿1例[J].河北医科大学学报,2010,31(11):1395.
- [9] 王慧卿.食管黏膜下血肿误诊为急性心肌梗死1例[J].河北医药,2008,30(9):1417.
- [10] 谢昀强,罗继琼,尤俊刚.食管下段血肿一例误诊[J].临床误诊误治,2007,20(3):80.
- [11] 雍军,孙绪荣,陈晓飞,等.误服过氧乙酸致腐蚀性胃食管灼伤2例报告[J].新疆医科大学学报,2007,30(1):74-75.
- [12] 孙人杰,陈定陶,孙丽萍.食管烫伤(附7例报告)[J].镇江医学院学报,1995,4(5):310-311.
- [13] 朱国玲,王巍峰,范开春,等.胃镜联合超声胃镜诊断食管、胃底黏膜下血肿1例及文献复习[J].军医进修学院学报,2012,33(8):897-899.
- [14] MEININGER M, BAINS M, YUSUF S, et al. Esophageal intramural hematoma: a painful condition that may mimic an esophageal mass[J]. Gastrointest Endosc, 2002, 56(5):767-770.
- [15] 朱华波.食管血肿的临床表现及胃镜特征分析[J].医学临床研究,2014,31(7):1393-1395.
- [16] HAGEL J, BICKNELLSG, HANIAK W. Imaging management of spontaneous gigantesophageal intramural hematoma [J]. Can Assoc Radiol J, 2007, 58(2):76-78.
- [17] LUKASHOK HP, ROBLES-MEDRANDA C, SANTANA MDE A, et al. Intramural esophageal hematoma after elective injection sclerotherapy [J]. Arq Gastroenterol, 2009, 46 (4): 279-283.
- [18] DAGLI SU, BEYAZIT Y, KURT M, et al. Esophageal hematoma mimicking downhill varices: resolution after esomeprazole therapy [J]. Gastroenterol Nurs, 2010,33(33):236-237.

(收稿日期:2019-09-09,修回日期:2019-09-29)

引用本文:范伟超,刘爱国.食管胃结合部腺癌122例Siewert分型及临床病理特征和预后分析[J].安徽医药,2021,25(4):750-754.DOI:10.3969/j.issn.1009-6469.2021.04.029.

◇临床医学◇



食管胃结合部腺癌122例Siewert分型及临床病理特征和预后分析

范伟超,刘爱国

作者单位:安徽济民肿瘤医院肿瘤外科,安徽 合肥 230012

通信作者:刘爱国,男,主任医师,研究方向为肿瘤外科疾病,Email:13805512862@139.com

摘要: **目的** 分析食管胃结合部腺癌病人的Siewert分型及临床病理特征和预后,为食管胃结合部腺癌的临床干预提供参考依据。**方法** 回顾性研究安徽济民肿瘤医院自2014年9月至2016年4月收治的122例食管胃结合部腺癌病人,将符合标准的食管胃结合部腺癌病人按Siewert分型分组,其中Ⅰ型15例、Ⅱ型32例、Ⅲ型75例;比较三组临床病理特征、治疗情况,绘制Kaplan-Meier生存曲线分析三组生存率;并分别采用单因素、多因素Cox分析食管胃结合部腺癌病人预后的影响因素。**结果** SiewertⅡ型、SiewertⅢ型中体质量指数(BMI) > 22.7 kg/m² 比例为56.25%(18/32)、58.67%(44/75),显著高于SiewertⅠ型的20.00%(3/15);软组织浸润比例分别为18.75%(6/32)、24.00%(18/75),显著高于SiewertⅠ型的6.67%(1/15);SiewertⅢ型病人累积生存率为24.1%,显著低于SiewertⅠ型(75.0%)、SiewertⅡ型(59.5%)($P < 0.05$);单因素分析及多因素COX分析显示,肿瘤最大直径[$HR(95\%CI):0.551(0.307\sim0.990)$]、肿瘤分化程度[$HR(95\%CI):2.152(1.057\sim5.841)$]、肿瘤T分期[$HR(95\%CI):3.086(1.048\sim9.088)$]、肿瘤TNM分期[$HR(95\%CI):1.069(0.577\sim1.983)$]、淋巴结转移度[$HR(95\%CI):2.399(1.043\sim5.518)$]、术后辅助化疗[$HR(95\%CI):4.354(1.294\sim14.647)$]是食管胃结合部腺癌病人预后的独立影响因素($P < 0.05$)。**结论** 不同Siewert分型的食管胃结合部腺癌病人临床病理也正存在一定差异,生存率可随分型的位置下移而下降,且预后与肿瘤最大直径、肿瘤分化程度、肿瘤分期、淋巴结转移度、术后辅助化疗密切相关,值得临床重视。

关键词: 食管肿瘤; Siewert分型; 病理状态; 体征和症状; 肿瘤分期; 存活率; 危险因素; 预后

Siewert classification, clinicopathological features and prognosis of adenocarcinoma of esophagogastric junction: a report of 122 cases

FAN Weichao, LIU Aiguo

Author Affiliation: Department of Surgical Oncology, Anhui Jimin Cancer Hospital, Hefei, Anhui 230012, China

Abstract: Objective To analyze the Siewert classification, clinicopathological features and prognosis of patients with adenocarcinoma of the esophagogastric junction, so as to provide reference for clinical intervention of the disease. **Methods** A total of 122 patients with adenocarcinoma of the esophagogastric junction who were admitted to Anhui Jimin Cancer Hospital between September 2014 and April 2016 were enrolled in the retrospective study. Patients who met the criteria were grouped according to Siewert classification, including 15 cases with type I, 32 cases with type II and 75 cases with type III. The clinicopathological features and treatment were compared among the three groups. Kaplan-Meier survival curves were used to analyze the survival rates of the three groups. Factors influencing the prognosis of patients with adenocarcinoma of the esophagogastric junction were screened by univariate analysis and multivariate Cox analysis. **Results** The proportions of body mass index (BMI) higher than 22.7kg/m² in patients with Siewert type II and type III were 56.25% (18/32) and 58.67% (44/75), significantly higher than 20.00% (3/15) in patients with Siewert type I. The proportions of soft tissue infiltration in patients with Siewert type II and type III were 18.75% (6/32) and 24.00% (18/75), significantly higher than 6.67% (1/15) in patients with Siewert type I. The cumulative survival rate of patients with Siewert type III was 24.1%, significantly lower than 75.0% of Siewert type I and 59.5% of Siewert type II ($P<0.05$). Univariate analysis and multivariate COX analysis results showed that the maximum tumor diameter [HR (95%CI): 0.551 (0.307-0.990)], tumor differentiation degree [HR (95%CI): 2.152 (1.057-5.841)], T stage [HR (95%CI): 3.086 (1.048-9.088)], TNM stage [HR (95%CI): 1.069 (0.577-1.983)], lymph node metastasis [HR (95%CI): 2.399 (1.043-5.518)] and postoperative adjuvant chemotherapy [HR (95%CI): 4.354 (1.294-14.647)] were independent influencing factors of the prognosis of patients with adenocarcinoma of the esophagogastric junction ($P<0.05$). **Conclusions** There are differences in clinicopathological features among patients with different Siewert types of adenocarcinoma of the esophagogastric junction. The survival rate decreases with the type. The prognosis is closely related to the maximum tumor diameter, tumor differentiation degree, T stage, TNM stage, lymph node metastasis and postoperative adjuvant chemotherapy.

Key words: Esophageal neoplasms; Siewert classification; Pathological conditions, signs and symptoms; Neoplasm staging; Survival rate; Risk factor; Prognosis

食管胃结合部腺癌(Adenocarcinoma of the esophagogastric junction, AEG)是指肿瘤中心处于食管胃结合部上下5 cm范围内的腺癌,并跨越或接触食管胃结合部的一类独立性疾病,基于世界卫生组织(WHO)的这一定义,也包括以往被称为“贲门癌”^[1-2]。对AEG病人,有效的临床分期是制定外科治疗方案的关键, Siewert分型以肿瘤中心与食管胃结合部的距离将AEG分I、II、III三型,这一分型虽仍存在一定争议,但在反映AEG部分生物学特性、特殊解剖学定位上意义显著,也是当前国际范围内现行的AEG分型方案之一^[3-4]。本研究拟通过回顾性分析方式探究AEG病人的Siewert分型及临床病理特征和预后差异,以期对AEG病人的临床干预提供参考依据,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性研究安徽济民肿瘤医院2014年9月至2016年4月收治的122例AEG病人。纳入标准:(1)行AEG根治性切除术(R0,镜下无肿瘤),并经术后病理学检查确诊为AEG;(2)均为首程治疗;(3)无恶性肿瘤病史;(4)研究资料完整。排除标准:(1)R0切除术后病理证实为非腺癌或镜下有残留病灶;(2)合并远处转移;(3)行联合器官切除病人。最终纳入122例,其中男102例,女20例,年龄范围24~85岁,年龄(57.25 ± 14.25)岁;按Siewert分型^[5]分组,其中Siewert I型(远端食管癌,病灶位于食管胃结合部上1~5 cm处)15例、Siewert II型(贲门癌,病灶位于食管胃结合部上1 cm至下2 cm处)32例、Siewert III型(贲门下癌,病灶位于食管胃结合部下2~5 cm处)75例。本研究符合《世界

医学协会赫尔辛基宣言》相关要求。

1.2 方法 所有病人均开展手术治疗,手术方式由医者依据病人病情、家属、医院等综合制定,包括术后是否行辅助化疗、辅助化疗周期等,术毕(手术日)应用门诊复查、电话随访的方式进行术后随访,随访截止时间为2019年4月,随访终点事件为死亡或失访,记录总生存时间(手术之日至死亡或末次随访时间)。

1.3 观察指标 查阅临床资料、手术资料、随访资料等统计以下指标水平:(1)三组病人一般临床特征,包括性别、年龄、体质量指数(BMI)、肿瘤最大直径、脉管癌栓、肿瘤分化程度、Borrmann分型、肿瘤T分期、肿瘤N分期、肿瘤TNM分期、是否存在软组织浸润及淋巴结转移度[(病理证实有淋巴结转移数/清扫淋巴结总数) $\times 100.00\%$];(2)治疗情况:包括手术方式、术中淋巴结清扫数目、术后辅助化疗周期数等资料;(3)预后情况:统计三组生存情况,并绘制Kaplan-Meier生存曲线比较三组生存情况;(4)AEG病人预后的单因素分析:将临床病理特征、治疗情况等因素纳入单因素Kaplan-Meier分析;(4)AEG病人预后的多因素COX分析:将临床病理特征、治疗情况等因素纳入多因素COX分析模型,明确AEG病人预后。

1.4 统计学方法 采用SPSS 19.0软件,符合正态分布的计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 描述,否则采用中位数(下、上四分位数)描述,符合正态分布且方差齐的计量资料采用单因素方差分析,否则采用非参数秩和检验;计数资料用例(%)描述, χ^2 检验、连续校正 χ^2 检验或Fisher确切概率法,其中三组等级资料采用Kruskal Wallis检

验;生存率采用 Kalpan-Meier 生存分析,生存率的比较采用 log-rank 检验;预后独立影响因素采用多因素 Cox 回归分析; $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床病理特征 三组性别、年龄、肿瘤直径、脉管癌栓、肿瘤分化程度、Borrmann 分型、肿瘤 T 分期、肿瘤 N 分期、肿瘤 TNM 分期比较差异无统计学意义 ($P>0.05$);但 BMI、肿瘤 N 分期、软组织浸润情况比较差异有统计学意义;其中 Siewert II 型、Siewert III 型中 BMI $>22.7\text{ kg/m}^2$ 比例显著高于 Siewert I 型;软组织浸润显著高于 Siewert I 型 ($P<0.05$)。见表 1。

2.2 三组治疗情况 三组手术方式、淋巴结清扫数目、术后辅助化疗比例、术后辅助化疗周期等治疗情况比较差异无统计学意义 ($P>0.05$)。见表 2。

2.3 预后情况比较 三组随访期间未见失访病例, Siewert I 型、Siewert II 型、Siewert III 型病人平均生存时间分别为 52 个月 (95%CI: 50~54)、43 个月 (95%CI: 38~48)、39 个月 (95%CI: 35~43);累积生存率分别为 75.0%、59.5%、24.1%;差异有统计学意义 ($\chi^2=7.843, P=0.020$)。

2.4 AEG 病人预后的单因素分析 单因素分析显示,肿瘤最大直径、肿瘤分化程度、Borrmann 分型、肿瘤 T 分期、软组织浸润、淋巴结转移度及术后辅助化疗是 Siewert 分型 I 型、II 型及 III 型 AEG 病人预后的 AEG 病人预后的影响因素。见表 3。

2.5 AEG 病人预后的多因素 COX 分析 将性别(男=1、女=2)、年龄(≤ 60 岁=1、 >60 岁=2)、BMI($\leq 22.7\text{ kg/m}^2$ =1、 $>22.7\text{ kg/m}^2$ =2)、肿瘤最大直径($\leq 4\text{ cm}$ =1、 $>4\text{ cm}$ =2)、脉管癌栓(有=1、无=0)、肿瘤分化程度(高分化=1、中分化=2、低分化=3)、Borrmann 分型(I=1、II=2、III=3、IV=4)、肿瘤 T 分期(T1 期=1、T2 期=2、T3 期=3、T4 期=4)、肿瘤 N 分期(N0 期=0、N1 期=1、N2 期=2、N3 期=3)、TNM 分期(I 期=1、II 期=2、III 期=3)、软组织浸润(是=1、否=0)、淋巴结转移度(0=0、 $\leq 15\%$ =1、 $>15\%$ =2)、手术路径(经左胸后外侧切口=1、经胸腹联合切口=2、经腹上区正中切口=3)、淋巴结清扫数目(<16 =1、 ≥ 16 =2)、术后辅助化疗(有=1、无=0)作为协变量、生存时间为时间、状态(死亡为定义事件=1)纳入 COX 回归分析模型,结果显示经多因素 COX 分析,肿瘤最大直径、肿瘤分化程度、肿瘤 T 分期、淋巴结转移度均是 AEG 病人预后的危险因素,术后辅助化疗是 AEG 病人预后的保护因素 ($P<0.05$)。见表 4。

3 讨论

AEG 是发生于食管胃连接线上下 5 cm 范围内的腺癌,主要表现为吞咽阻塞感、体质量下降,且多数病人有长时间的胃食管反流病史^[6]。但当前 AEG 的治疗方案及预后仍尚未达成共识。基于理论角

表 1 不同 Siewert 分型食管胃结合部腺癌 122 例的临床病理特征比较/例(%)

临床病理特征	Siewert I 型(n=15)	Siewert II 型(n=32)	Siewert III 型(n=75)	χ^2 值	P 值
性别				0.164	0.920
男	12(80.00)	27(84.38)	63(84.00)		
女	3(20.00)	5(15.63)	12(16.00)		
年龄				0.333	0.846
≤ 60 岁	10(66.67)	11(34.38)	31(41.33)		
>60 岁	5(33.33)	21(65.63)	44(58.67)		
体质量指数				7.661	0.021
$\leq 22.7\text{ kg/m}^2$	12(80.00)	14(43.75)	31(25.33)		
$>22.7\text{ kg/m}^2$	3(20.00)	18(56.25)	44(58.67)		
肿瘤最大直径				1.212	0.545
$\leq 4\text{ cm}$	4(26.67)	13(40.63)	19(25.33)		
$>4\text{ cm}$	11(73.33)	19(59.38)	56(74.67)		
脉管癌栓				0.463	0.793
有	2(13.33)	4(12.50)	13(17.33)		
无	13(86.67)	28(87.50)	62(82.67)		
肿瘤分化程度				0.325	0.820
高分化	2(13.33)	4(12.50)	9(12.00)		
中分化	7(46.67)	13(40.62)	30(40.00)		
低分化	6(40.00)	15(46.88)	36(48.00)		
Borrmann 分型				0.233	0.890
I	2(13.33)	4(12.50)	8(10.67)		
II	2(13.33)	6(18.75)	13(17.33)		
III	10(66.67)	21(65.63)	53(70.67)		
IV	1(6.67)	1(3.13)	1(1.33)		
肿瘤 T 分期				0.441	0.802
T1 期	0	1(3.13)	0		
T2 期	2(13.33)	3(9.28)	3(4.00)		
T3 期	0	2(6.25)	3(4.00)		
T4 期	13(86.67)	26(81.25)	69(92.00)		
肿瘤 N 分期				2.081	0.353
N0 期	2(13.33)	10(31.25)	23(30.67)		
N1 期	6(40.00)	7(21.88)	11(14.67)		
N2 期	4(26.67)	10(31.25)	25(33.33)		
N3 期	3(20.00)	5(15.63)	16(21.33)		
肿瘤 TNM 分期				2.983	0.225
I	1(6.67)	4(12.50)	1(1.33)		
II	2(13.33)	8(25.00)	22(29.33)		
III	12(80.00)	20(62.50)	52(69.33)		
软组织浸润				41.933	0.000
否	14(93.33)	26(81.25)	57(76.00)		
是	1(6.67)	6(18.75)	18(24.00)		
淋巴结转移度				2.305	0.679
0	3(20.00)	10(31.25)	23(30.67)		
$\leq 15\%$	7(46.67)	17(53.13)	34(45.33)		
$>15\%$	5(33.33)	5(15.63)	18(24.00)		

度,深入了解 AEG 发病机制、诊治方法及预后相关因素是改善病人预后的关键^[7-8]。Siewert 分型则是反映 AEG 部分生物学特性、解剖学定位的重要分型方式,基于 Siewert 分型, I 型发生于食管远端黏膜,

表2 食管胃结合部腺癌122例治疗情况比较

治疗情况	Siewert I 型(n=15)	Siewert II 型(n=32)	Siewert III 型(n=75)	$\chi^2(F)$ 值	P 值
手术方式/例(%)				0.522	0.971
经左胸后 外侧切口	6(40.00)	13(40.63)	27(36.00)		
经胸腹联合 切口	4(26.67)	10(31.25)	26(34.67)		
经腹上区 正中切口	5(33.33)	9(28.13)	22(29.33)		
胸腹两野淋 巴结清扫	15 (100.00)	32 (100.00)	75 (100.00)		1.000 ①
淋巴清扫数目	23.88± 5.95	24.93± 14.01	27.95± 12.54	(1.099)	0.337
术后辅助化疗	8(53.33)	15(46.88)	22(29.33)	4.952	0.084
术后辅助化疗周期				1.098	0.557
≤6个周期	5(62.50)	7(46.67)	9(40.91)		
>6个周期	3(37.50)	8(53.33)	13(59.09)		

注:①采用 Fisher 确切概率法。

通常起源于食管的特异性肠上皮化生区域,多数伴有胃食管反流病史,不同于西方国家,亚洲国家一般以 Siewert 分型 II 型、Siewert 分型 III 型较为常见, Siewert 分型 I 型则相对罕见,有报道这与亚洲国家人群具相对更低的胃食管反流病发病率、肥胖症及更高的幽门螺杆菌感染率密切相关^[9-10]。

本研究中,三组 AEG 病人 BMI、软组织浸润情况比较差异有统计学意义;其中 II 型、III 型中 BMI>22.7 kg/m² 比例显著高于 I 型;这与既往报道结论相似^[11],提示 II 型、III 型 AEG 病人具更高的肥胖症发生率;但软组织浸润显著高于 I 型;提示 II 型、III 型 AEG 病人软组织浸润发生率更高。孙昌裕等^[12]报道,不同 Siewert 分型的 AEG 病人软组织浸润比较差异并无统计学意义,并指出 AEG 病人中 Siewert I 型更年轻,但本研究中三组病人年龄并无差异。这也提示,不同 Siewert 分型的 AEG 病人的临床病理特征仍有采集大样本量后持续补充及完善^[12-13]。

本研究中三组手术方式、淋巴结清扫数目、术后辅助化疗比例、术后辅助化疗周期等治疗情况比较差

表3 食管胃结合部腺癌122例预后的单因素分析

临床病理特征	术后3年累 积生存率	HR(95%CI)	P 值	临床病理特征	术后3年累 积生存率	HR(95%CI)	P 值
性别		1.456(0.976~2.172)	0.066	肿瘤N分期		1.376(0.877~2.134)	0.155
男	64.0			N0期	77.7		
女	61.9			N1期	63.4		
年龄		1.096(0.386~3.110)	0.862	N2期	57.3		
≤60岁	69.4			N3期	52.8		
>60岁	67.2			肿瘤TNM分期		1.069(0.577~1.983)	0.831
BMI		1.069(0.577~1.983)	0.831	I	76.7		
≤22.7 kg/m ²	64.8			II	50.0		
>22.7 kg/m ²	62.8			III	41.2		
肿瘤最大直径		0.551(0.307~0.990)	0.046	淋巴结转移度/%		2.399(1.043~5.518)	0.040
≤4 cm	60.4			0	66.0		
>4 cm	52.9			≤15%	46.4		
肿瘤分化程度		2.152(1.057~5.841)	0.008	>15%	25.3		
高分化	46.01			手术路径		2.230(0.794~6.265)	0.128
中分化	48.47			经左胸后外侧切口	69.8		
低分化	53.9			经胸腹联合切口	47.6		
Borrmann 分型		0.459(0.228~0.737)	0.001	经腹上区正中切口	46.4		
I	61.7			淋巴结清扫数目		3.445(0.930~12.760)	0.064
II	57.5			<16个	46.1		
III	44.4			≥16个	40.5		
IV	45.0			术后辅助化疗		4.354(1.294~14.647)	0.017
肿瘤T分期		3.086(1.048~9.088)	0.041	有	55.6		
T1期	74.0			无	38.8		
T2期	60.9			脉管癌栓		0.586(0.322~1.066)	0.080
T3期	55.2			有	65.4		
T4期	51.2			无	57.5		
软组织浸润		2.710(1.062~6.916)	0.037				
否	65.8						
是	40.5						

表4 食管胃结合部腺癌122例预后的多因素Cox分析

临床病理特征	B值	SE值	Wald χ^2 值	P值	Exp (B)值	95%CI
性别	-1.204	0.713	2.852	0.092	0.300	0.074~1.213
年龄	0.896	0.481	3.470	0.063	2.450	0.954~6.289
体质量指数	0.881	0.552	2.547	0.111	0.413	0.818~7.120
肿瘤最大直径	1.081	0.501	2.948	0.031	2.948	1.104~7.869
脉管癌栓	1.012	0.715	2.003	0.157	2.751	0.677~11.172
肿瘤分化程度	0.914	0.397	5.300	0.021	2.494	1.146~5.431
Borrmann分型	2.421	1.796	1.817	0.178	11.257	3.333~22.017
肿瘤T分期	0.721	0.304	5.625	0.018	2.056	1.133~3.372
肿瘤N分期	0.643	0.435	2.185	0.140	1.902	0.811~4.462
肿瘤TNM分期	1.331	0.513	6.732	0.009	3.785	1.385~10.345
软组织浸润	0.447	0.237	2.803	0.094	1.564	0.927~2.639
淋巴结转移度	0.697	0.228	9.345	0.002	2.008	1.284~3.139
手术路径	-0.534	0.305	3.068	0.080	0.586	0.322~1.066
淋巴结清扫数目	1.641	0.885	3.438	0.064	5.160	0.911~29.942
术后辅助化疗	-0.429	0.207	4.295	0.038	1.536	1.024~2.304

异无统计学意义;且Siewert I型、Siewert II型、Siewert III型病人累积生存率分别为75.0%、59.5%、24.1%,且差异有统计学意义。这提示基于治疗方案具可比性条件下,AEG病人的生存率可随分型的位置下移而下降,Siewert I型AEG病人预后相对更佳,而Siewert III型AEG病人预后则相对更差。与既往报道结论相符^[14-15]。考虑Siewert分型I型、II型样本数量较少,本研究将其与Siewert III型作为整体进一步探究AEG病人预后的因素影响,结果显示肿瘤最大直径、肿瘤分化程度、肿瘤T分期、肿瘤TNM分期、淋巴结转移度、术后辅助化疗均是AEG病人预后的独立影响因素。Curtis等^[16]报道,肿瘤最大直径越高,病人的总生存期明显缩短,而且生存率与手术方式无明显关联,这与本研究相似。有研究报道,肿瘤分化程度是AEG病人淋巴结转移的独立影响因素,而淋巴结转移又是AEG病人预后不良的独立危险因素之一^[17-18]。

综上所述,不同Siewert分型的AEG病人临床病理特征存在一定差异,其生存率可随分型的位置下移而下降,并与肿瘤最大直径、肿瘤分化程度、肿瘤T分期、肿瘤TNM分期、淋巴结转移度、术后辅助化疗密切相关。

参考文献

- [1] NAGAMI Y, OMINAMI M, OTANI K, et al. Endoscopic Submucosal Dissection for Adenocarcinomas of the Esophagogastric Junction[J]. Digestion, 2018, 97(1):38-44.
- [2] ARATANI K, KOMATSU S, ICHIKAWA D, et al. Overexpression of EGFR as an independent prognostic factor in adenocarcinoma of the esophagogastric junction[J]. Anticancer Res, 2017, 37(6):3129-3135.
- [3] 蒋玉涵, 赵治国, 曹智博, 等. Siewert II型和III型胃食管连接

部早期癌47例的胃肠表型标志物表达及其临床意义[J]. 中华消化杂志, 2017, 37(3):183-189.

- [4] ARATANI K, KOMATSU S, ICHIKAWA D, et al. Overexpression of CTEN relates to tumor malignant potential and poor outcomes of adenocarcinoma of the esophagogastric junction[J]. Oncotarget, 2017, 8(48):84112-84122.
- [5] URABE M, USHIKU T, SHINOZAKI-USHIKU A, et al. Adenocarcinoma of the esophagogastric junction and its background mucosal pathology: a comparative analysis according to Siewert classification in a Japanese cohort[J]. Cancer Med, 2018, 7(10):5145-5154.
- [6] NAGAMI Y, OMINAMI M, OTANI K, et al. Endoscopic submucosal dissection for adenocarcinomas of the esophagogastric junction[J]. Digestion, 2018, 97(1):38-44.
- [7] DUAN X, SHANG X, TANG P, et al. Lymph node dissection for Siewert II esophagogastric junction adenocarcinoma: a retrospective study of 136 cases[J/OL]. ANZ J Surg, 2018, 88(4):E264-E267. DOI: 10.1111/ans.13980.
- [8] KUMAMOTO T, KURAHASHI Y, NIWA H, et al. True esophagogastric junction adenocarcinoma: background of its definition and current surgical trends[J]. Surg Today, 2020, 50(8):809-814.
- [9] 郑朝辉, 郑华龙, 陆俊. 基于Siewert分型食管胃结合部腺癌的治疗策略[J]. 中华消化外科杂志, 2019, 18(6):536-541.
- [10] 王道胜, 曹守根, 谭晓杰, 等. 机器人与腹腔镜辅助手术对Siewert II型食管胃结合部腺癌淋巴结清扫及近期结局的影响[J]. 中华胃肠外科杂志, 2019, 22(2):156-163.
- [11] 孙昌裕, 邓靖宇, 梁寒, 等. 303例食管胃结合部腺癌的Siewert分型及临床病理特征和预后因素分析[J]. 中华消化外科杂志, 2016, 15(11):1068-1074.
- [12] DENG J Y, LIANG H. Adenocarcinoma of esophagogastric junction[J]. Chin J Cancer Res, 2014, 26(4):362-363.
- [13] BLUM MURPHY M A, QIAO W, MEWADA N, et al. A phase I/II study of docetaxel, oxaliplatin, and fluorouracil (d-fox) chemotherapy in patients with untreated locally unresectable or metastatic adenocarcinoma of the stomach and gastroesophageal junction[J]. Am J Clin Oncol, 2018, 41(4):321-325.
- [14] SANDICK JW VAN, LANSCHOT JJ VAN, KATE FJTEN, et al. Pathology of early invasive adenocarcinoma of the esophagus or esophagogastric junction: implications for therapeutic decision making[J]. Cancer, 2000, 88(11):2429-2437.
- [15] PARK SH, SOHN TS, LEE J, et al. Phase III trial to compare adjuvant chemotherapy with capecitabine and cisplatin versus concurrent chemoradiotherapy in gastric cancer: final report of the adjuvant chemoradiotherapy in stomach tumors trial, including survival and subset analyses[J]. J Clin Oncol, 2015, 33(28):3130-3136.
- [16] CURTIS NJ, NOBLE F, BAILEY IS, et al. The relevance of the Siewert classification in the era of multimodal therapy for adenocarcinoma of the gastro-oesophageal junction[J]. J Surg Oncol, 2014, 109(3):202-207.
- [17] 王军, 张彦军, 刘青, 等. 食管胃结合部腺癌淋巴结转移规律对根治性放疗靶区勾画参考[J]. 中华放射肿瘤学杂志, 2015, 24(4):367-371.
- [18] 张洪典, 陈传贵, 岳杰, 等. 淋巴结转移数目和淋巴结转移率对食管胃结合部腺癌根治术后预后的影响[J]. 中华肿瘤杂志, 2014, 36(2):141-146.

(收稿日期:2019-11-23,修回日期:2020-02-24)