

2024 食管胃结合部腺癌外科治疗中国专家共识（完整版）

摘要

《食管胃结合部腺癌外科治疗中国专家共识(2018版)》自颁布以来,很大程度上促进了我国食管胃结合部腺癌(AEG)的规范化、同质化诊疗,提升了我国AEG的外科治疗水平。经过5年的临床实践,该共识普适性和可行性已得到广泛证实。鉴于AEG发病率持续上升的趋势及其解剖部位、临床病理特征和分子生物学特征的特殊性,AEG成为近5年来外科临床研究的热点之一,并不断有新的临床研究证据发表。但是,对于AEG的定义、分型、分期、手术路径、切除范围、淋巴结清扫规范和消化道重建等外科问题,仍旧存在争议。鉴于此,有必要对2018版的共识进行更新。《食管胃结合部腺癌外科治疗中国专家共识(2024版)》在前一版的基础上,整合并分析5年来新的最佳临床证据,参考最新国际指南与共识,结合我国外科专家组意见,针对AEG外科治疗关键环节,包括AEG的定义和分型、手术径路、手术方式、淋巴结清扫范围、消化道重建方式及外科围手术期治疗等存在争议的问题,提出相关推荐建议,以期更好地规范AEG的外科治疗方式。在本共识中未解决的相关问题,尚需积极开展高质量的临床研究,以逐步探索和解决。

尽管过去的40年间胃癌的发病率呈现出持续下降的趋势,但食管腺癌和食管胃结合部腺癌(adenocarcinoma of esophagogastric junction, AEG)的发病率和死亡率仍旧高居不下^[1-4]。2020年,全

国癌症登记报道中胃癌新发病例和死亡病例数分别为 47.9 万人和 37.4 万人,食管癌新发病例和死亡病例数为 32.4 万人和 30.1 万人^[5]。2018 年一项全球胃癌和食管癌登记数据的分析发现,东亚地区新发贲门癌在全球占比高达 67.1%, 相较 2012 年数据, 呈现出显著增加的趋势^[3,6]。近 20 年来, AEG 的发病率在我国亦呈现升高趋势, 这与西方变化趋势相似, 其中早期构成比例始终 <20%^[7-10]。因此, 外科医生在 AEG 临床实践中一直在积极探索筛查、诊断、外科治疗和综合治疗领域更为优化的个体化精准诊疗策略。

在外科治疗方面, AEG 的手术步骤主要包括原发肿瘤切除、淋巴结清扫、消化道重建及预期可根治切除时必要的联合脏器切除。由于 AEG 解剖部位的特殊性, 在临床实践工作中, 对于 AEG 患者外科治疗的关键环节存在较多争议, 且其诊疗在胸外科和胃肠外科之间存在一定交叉重叠。为规范我国 AEG 的外科治疗, 国际食管疾病学会中国分会 (CSDE) 食管胃结合部疾病跨界联盟、中国医师协会内镜医师分会腹腔镜外科专业委员会、中国医师协会外科医师分会上消化道外科医师专业委员会和中华医学会肿瘤分会胃肠肿瘤学组牵头, 于 2018 年联合颁布了《食管胃结合部腺癌外科治疗中国专家共识 (2018 版)》, 该共识基于高级别临床证据在国内首次对 AEG 的定义、分期、手术径路、切除方式、淋巴结清扫和围手术期治疗等多个关键点给出相关建议和推荐意见; 同时针对手术切缘距离、淋巴结清扫范围、术中冰冻活检和 AEG 手术切除方式进行了较为明确的推荐和规定^[11]。共识在 AEG 外科治疗领域引起较大反响, 进一步规范了我国 AEG 的外科治

疗,成为国内同行规范化开展 AEG 外科治疗的指导性准则。近 5 年来,随着 AEG 相关临床研究的进一步开展,针对 AEG 下纵隔淋巴结清扫、腹腔镜、胸腔镜在 AEG 外科治疗中应用、AEG 淋巴结转移规律及手术切除消化道重建方式等关键环节,不断有新的临床证据产生。《日本胃癌治疗指南》和《美国 NCCN 食管癌和食管胃结合部癌临床决策指南》就 AEG 外科治疗的规定均有一定程度的修正。因此,有必要对《食管胃结合部腺癌外科治疗中国专家共识(2018 版)》进行更新。

《食管胃结合部腺癌外科治疗中国专家共识(2024 版)》(以下简称《2024 版共识》)在中国医师协会内镜医师分会腹腔镜外科专业组、国际食管疾病学会中国分会(CSDE)、中国食管胃结合部腺癌研究协作组、中国抗癌协会胃癌专委会和中华医学会肿瘤分会胃肠肿瘤学组的共同牵头和组织下,由 24 名胸外科和 25 名胃肠外科专家组成《2024 版共识》专家组,严格按照中国指南和共识的科学性(Scientificity)、透明性(Transparency)和适用性(Applicability)的评级(Rankings)要求(缩写为 STAR 原则)进行编撰^[12];对于共识中每项陈述和推荐意见均至少有 3 位相关领域的专家总结,并将其结论提供给专家组。经过反复讨论形成初稿。并于 2023 年 11 月 26 日,针对初稿专门召开线上《2024 版共识》专家讨论会,对部分内容提出修订意见;按照 Delphi 方法^[13]进行两轮匿名投票后,产生各条目的推荐意见,并后附专家组赞同率以及相应评述,提供理由和证据水平。投票表决分为 6 级:完全同意(100%)、基本同意(80%)、部分同意(60%)、部分反对(40%)、较多反对(20%)和完全反

对(0)。在第一轮投票后进行专家组全体成员讨论，对《2024版共识》内容中存在分歧和争议的部分提出修订，再进行第2轮投票，得出最终专家组赞同率。2023年12月3日，完成专家组线上全员通讯评审之后，形成《2024版共识》终稿，并在得到专家组全体成员的认可后予以发布。

《2024版共识》参考文献中，回顾性临床研究、前瞻性临床研究、Meta分析和随机对照试验均通过检索PubMed数据库获得。文献检索时间为2018年7月至2023年11月1日。另外，UICC/AJCC癌症分期系统第8版^[14]、食管癌及食管胃结合部癌NCCN指南(2023版.V2)^[15]、胃癌NCCN指南(2022版.V2)^[16]、日本胃癌治疗指南(第5版、第6版)^[17-18]、食管癌规范化诊疗指南^[19]、中国腹腔镜胃癌根治手术质量控制专家共识(2022版)^[20]和Siewert II型食管胃结合部腺癌腹腔镜手术治疗中国专家共识(2023版)^[21]亦纳入作为共识参考依据。证据级别和推荐强度分级采用GR ADE(grading of recommendations assessment, development and evaluation)系统^[22-23]。见表1。需特别说明的是，其中已有相关指南推荐的陈述、但尚无相关高质量临床研究支撑的，本共识中则亦作为高质量证据推荐。NCCN的食管癌和食管胃结合部癌临床指南中推荐AEG宜以多学科协作诊疗模式为基础进行综合治疗^[15]。《2024版共识》也将进一步增强胸外科和胃肠外科医生对AEG这一类型肿瘤认识和诊疗的同质性，特别是AEG手术质量控制，使我国AEG外科治疗更加规范化和同质化，不断提升治疗效果，切实改善患者预后。

表 1 美国预防医学工作组的证据级别和推荐强度^[22-23]

项目	定义
证据级别	
高质量证据	进一步研究也不可能改变该疗效评估结果的可信度
中质量证据	进一步研究很可能影响该疗效评估结果的可信度,且可能改变该评估结果
低质量证据	进一步研究极有可能影响该疗效评估结果的可信度,且该评估结果很可能改变
极低质量证据	任何疗效评估结果都很不确定
推荐强度	
强推荐	明确显示干预措施利大于弊或弊大于利
弱推荐	利弊不确定或无论质量高低的证据均显示利弊相当

一、食管胃结合部腺癌的定义、分期与分型

推荐意见 1.食管胃结合部腺癌 (AEG) 定义：不论肿瘤中心 (或主体) 处于何种解剖位置，食管-胃解剖交界上下各 5 cm 区间以内的腺癌，并跨越食管胃结合部 (esophagogastric junction , EGJ) ，即为 AEG (证据级别：高，推荐强度：强推荐，专家组赞同率：100%) 。

推荐意见 2.AEG 分期：建议 Siewert I 型 AEG，按食管癌进行分期；Siewert II 型和 III 型 AEG，参照胃癌进行分期 (证据级别：高，推荐强度：弱推荐，专家组赞同率：97.87%) 。

推荐意见 3.AEG 分型：Siewert 分型仍是目前较为普遍实用的分型方式，对手术径路的设计有较好的指导价值 (证据级别：高，推荐强度：强推荐，专家组赞同率：100%) 。

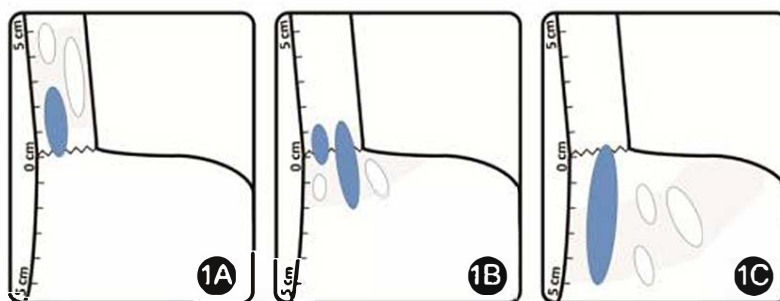
循证医学证据：EGJ 是指管状食管与囊状胃之间结合的虚拟解剖交界线，其定义涵盖内镜、上消化道造影和病理学三方面。2022 年，食管

胃结合部解剖、病理生理及临床意义京都国际共识^[24]认为，EGJ 内镜下表现为食管下端纵行栅栏状血管末梢或胃黏膜皱襞的近侧缘；上消化道钡餐造影中 EGJ 定义为食管下段最为狭窄（过 His 角顶点，且垂直于腹段食管纵向切线）的区域；组织学上的鳞柱状上皮交界处（squamocolumnar junction, SCJ）与 EGJ 可以不相重合^[25-26]。

《2024 版共识》认为，临床实践中参考食管-胃解剖交界线更为合理。因此，后文中所提 EGJ 均指解剖交界线。参考 WHO 关于消化系统肿瘤分类定义，不论肿瘤中心（或主体）处于何种解剖位置，位于 EGJ 上下各 5 cm 范围以内的腺癌，并跨越 EGJ，即定义为 AEG^[27]。有关 AEG 的中文术语，《2024 版共识》继续使用“食管”而非“食道”^[19]；“结合部”而非“交界部”、“接合处”或“连接处”等。Siewert 分型：I 型，EGJ 以上 1~5 cm；II 型，食管-胃解剖交界以上 1 cm 至食管-胃解剖交界以下 2 cm；III 型，食管-胃解剖交界以下 2~5 cm^[28-29]。

AEG 治疗决策已形成基于精准临床分期的个体化诊断-治疗模式^[30-34]。AJCC/UICC 第 8 版分期系统对 AEG 的分期系统进行了较大的修订，规定 Siewert I 型应按照食管癌分期系统进行，Siewert III 型 AEG 应按照胃癌分期系统进行^[35-36]。Siewert II 型 AEG 的分期尚存争议，我国一项多中心回顾性临床研究纳入 1 410 例病例的研究结果显示，AJCC/UICC 第 8 版胃癌分期系统相较于食管癌分期系统，能更加准确地描述 Siewert II、III 型 AEG 的预后，胃癌分期系统模型的 C-index 较食管癌分期系统较高（0.724 比 0.694， $P=0.005$ ）^[37]。2022 年，日本食管学会发布的第 12 版日本《食管癌处理规约》指出，食管胃

结合部癌的分期应根据肿瘤组织类型选择，腺癌参考胃癌分期系统，而鳞癌参考食管癌分期系统^[38]。我国《Siewert II型食管胃结合部腺癌内镜手术治疗中国专家共识（2023版）》^[21]亦推荐，Siewert II型AEG按照第8版胃癌分期系统进行分期。为了便于不同单位、不同专业（胸外科、普通科和肿瘤科）间相互交流，本共识建议：AEG的分期标准统一按照Siewert分型进行选择，Siewert I型按照食管癌进行分期；Siewert II型和III型则参照胃癌分期系统。见图1。



注：蓝色为AEG；白色为非AEG

图1 食管胃结合部腺癌(AEG)的Siewert分型模式图^[11] 1A. Siewert I型；1B.Siewert II型；1C.Siewert III型

二、AEG的手术路径

AEG的解剖位置特殊，手术涉及胸腔和腹腔两个区域，合理的手术路径应兼顾肿瘤切除、淋巴结清扫、手术切缘及安全性。常见AEG的手术路径包括：（1）经左胸腹联合切口（left thoracoabdominal，LTA）；（2）上腹右胸两切口（Ivor-Lewis）；（3）上腹、左胸两切口；（4）颈、右胸、上腹三切口（McKeown）；（5）左胸腹联合切口；（6）经腹膈肌食管裂孔（transhiatal approach，TH）径路。

推荐意见4.术前准确Siewert分型和食管受累长度对AEG手入路有重要影响。建议常规行上消化道造影检查，并结合胃镜，综合评估AEG

的分型和食管受累长度（证据级别：中，推荐强度：强推荐，专家组赞同率：95.74%）

循证医学证据：NCCN 指南制定的临床诊疗流程中，要求常规进行术前 Siewert 分型^[15-16]。这对手术方式的选择有明显影响。在西方和日本，无论综合治疗和外科治疗，其方案的设计均主要基于 AEG 的 Siewert 分型^[31,39]。上消化道造影可以测量食管受累长度，并评估肿瘤的中心位置。因此，临床上建议结合上消化道造影检查，在制定治疗方案前作出 Siewert 分型和食管受累大致高度的判断。另外，常规检查应包括上消化道内镜以及全腹部增强 CT 或 MRI^[11, 16-18]。

推荐意见 5. 经胸径路适用于 Siewert I 型 AEG（证据级别：高，推荐强度：强推荐，专家组赞同率：100%）。

推荐意见 6. 经腹或经腹食管膈肌裂孔径路适用于 Siewert III 型 AEG（证据级别：高，推荐强度：强推荐，专家组赞同率：100%）。

推荐意见 7. Siewert II 型 AEG 的手术径路目前尚有争议，建议食管受累距离 ≤ 2 cm 者考虑经腹食管膈肌裂孔径路； > 2 cm 者可考虑经胸径路（证据级别：中，推荐级别：弱推荐，专家组赞同率：93.62%）。

循证医学证据：随着腹腔镜微创技术的快速发展和应用普及，经腹入路对 AEG 的根治性切除在技术层面取得了显著进步，特别是在术后并发症控制和整体生活质量提升方面，均优于经胸或胸腹联合入路^[39-40]。然而，对于纵隔淋巴结高转移风险的患者，经腹入路方法对纵隔淋巴结切除的可及性仍有不足，导致其根治性效果不佳。当前研究显

示，在 Siewert 分类 I、II、III 型 AEG 中，纵隔淋巴结转移率分别可高达 65%、29.5% 和 9.3%^[41-42]。荷兰一项随机对照研究中纳入 220 例 Siewert I、II 型 AEG 患者，分为非经胸与经胸入路手术组。结果显示，两组患者 5 年总体生存率 (overall survival, OS) 差异无统计学意义 (34% 比 36%, $P=0.71$)。然而，在 pN+ 期患者中，经胸入路组的 5 年无病生存率 (disease-free survival, DFS) 显著高于非经胸组 (64% 比 23%, $P=0.02$)，凸显经胸径路在淋巴结清扫中的潜在优势^[43]。在纵隔淋巴结清扫的手术路径选择上，既可以通过左胸入路，也可以选择右胸入路。相较之下，右胸入路由于无主动脉弓遮挡，能够实现更为彻底的纵隔淋巴结清扫。近期一项多中心、前瞻性、随机对照研究 (NST1501) 发现，经右胸入路相较于经左胸入路手术可清扫更多的淋巴结 (23.61 比 21.92 枚, $P=0.015$)，并显著提高食管癌患者术后 OS (67.8% 比 51.8%, $P=0.022$)^[44]。因此，当前的食管癌指南对胸段食管癌手术，推荐经右胸入路^[45]。对于 Siewert I 型 AEG 患者，推荐右胸径路，包括上腹右胸两切口 (Ivor-Lewis) 或颈、右胸、上腹三切口 (McKeown) 术式。

一项纳入 12 项研究共计 1 105 例患者的 Meta 分析发现，AEG 经胸切除组与经腹切除组在术后生存率、术后发病率及病死率方面差异无统计学意义，两种手术方式都可接受；但纳入研究的质量不佳，因此对结果的解释应谨慎^[46]。此外，还有一项纳入 8 项研究共计 1 155 例 AEG 患者的 Meta 分析建议，对 Siewert III 型 AEG 宜行经膈肌食管裂孔径路切除，但长期疗效尚需进一步评估^[47]。经胸腹联合路径为扩大

手术,应在预期可根治性切除的 AEG 病例中审慎地选择性实施。JCOG-9502 随机对照试验的 10 年随访结果发现,食管受累长度 ≤ 3 cm 的 Siewert II、III 型 AEG 病例,经左胸腹联合切口径路行全胃 D₂ 切除联合脾切除与经腹膈肌食管裂孔径路相同术式比较,按 Siewert 分型分层分析结果显示,长期生存结局差异并无统计学意义,但术后并发症风险前者较经腹膈肌裂孔径路增高;故推荐,食管受累 < 3 cm 的 Siewert II、III 型 AEG 病例应选择经腹食管膈肌裂孔径路^[48-49]。

另有两项回顾性研究发现,上腹右胸径路手术患者的远期生存不劣于经腹裂孔径路,而且术后并发症的发生率差异无统计学意义;但在上纵隔淋巴结清扫及食管切缘方面,上腹右胸径路也比经食管膈肌裂孔径路具有优势^[50-51]。越来越多的研究认为,经胸或经腹径路手术均可在 Siewert II 型 AEG 病例应用,而且技术上,经膈肌裂孔径路可达到 Siewert II 型充分的食管切除距离^[52]。但有一项对照研究却报道,经膈肌食管裂孔手术径路在患者术后远期生存、R₀ 切除率、淋巴结清扫个数和术后并发症方面较上腹右胸径路均有明显优势^[53]。一项纳入 2331 病例的 Meta 分析结果提示,经膈肌食管裂孔路径手术患者在术后 3 年和 5 年 OS、降低术后肺部并发症发生率和减少术中出血量等方面均具显著优势^[54]。

Siewert II 的手术径路应综合考虑患者的全身一般状况、原发肿瘤直径、食管受累长度、手术切缘安全距离及合理的淋巴结清扫范围等因素进行个体化选择。当前最佳临床研究证据 JCOG-9502 试验的亚组分析结果,支持 Siewert II 型、食管受累 < 3 cm 的 AEG 病例首选经腹

膈肌裂孔径路手术，并证实了该路径手术的安全性和远期预后。来自德国的 CARDI A 研究(注册号 :DRKS00016923)是单独针对 Siewert II 型 AEG 手术径路(经膈肌食管裂孔或经胸)问题的多中心前瞻性随机对照试验，该研究尚在入组中，其结果令人期待^[55]。

三、AEG 的微创外科手术

推荐意见 8. 推荐胸腹腔镜联合在 Siewert I 型和部分 Siewert II 型 AEG 中开展(证据级别 :高 ,推荐强度 :强推荐 ,专家组赞同率 :100%)。

循证医学证据：胸腹腔镜联合手术在胸段食管癌治疗中的应用优势已达成广泛共识，特别是在降低术后肺部并发症风险及改善患者术后短期生活质量方面。一项综合 21 项研究、涉及 9 355 例患者的荟萃分析显示，该手术方式在术中失血量、术后肺部并发症及总体并发症方面均显著优于开放式手术^[56]。另一项汇总了 6 项前瞻性随机对照研究、共计 822 例患者个体数据的分析结果揭示，微创外科组与开放式外科组在术后 3 年 OS (56%比 52%， $P=0.54$) 及 DFS (54%比 50%， $P=0.38$) 方面相当，虽然两者在数据统计上呈现等效性，但随着近年来微创技术的日臻成熟与规范，微创组的潜在生存获益可能进一步扩大^[57]。对于下段食管癌，一项大型多中心随机对照研究已经证实，胸腹腔镜联合技术相比传统开放手术具有更好的短期效果^[58]。另一项前瞻性随机对照研究的 3 年随访结果显示，微创手术与开放手术的远期生存结果差异无统计学意义，综合短期效果更加推荐食管癌微创手术^[59]。此外，一项包含 1 036 例患者的全国多中心回顾性非随机对照研究结果也显示，微创技术的远期疗效与开放食管切除远期生存结果差

异无统计学意义^[60]。亦有一些对照研究结果显示，胸腹腔镜微创手术可减少 AEG 术后并发症，且其远期疗效不低于、甚至可能优于开放手术^[61-63]。因此，建议胸腹腔镜联合手术可在 Siewert I 型和部分 Siewert II 型 AEG 患者中开展。

推荐意见 9. Siewert II 和 III 型 AEG 腹腔镜手术指征：术前分期为 I 期（cT1~2N0M0）者可考虑行腹腔镜手术（证据级别：高，推荐强度：强推荐）；术前分期为 II~III 期者，腹腔镜手术可考虑在有丰富腹腔镜手术经验的医学中心探索性地开展（证据级别：中，推荐强度：强推荐，专家组赞同率：95.74%）。

循证医学证据：腹腔镜全胃切除是进展期 Siewert II、III 型 AEG 的标准手术，基于 JCOG1401 的研究结果，日本胃癌治疗指南第 6 版已经将腹腔镜全胃切除在 I 期胃癌患者中作为弱推荐^[18,64]。中国 CLASS-02 研究亦证实了腹腔镜全胃切除手术的可行性和安全性^[65]。CLASS-04 多中心试验的短期和 3 年期随访结果揭示，腹腔镜全胃切除在局部进展期胃上部癌是安全和有效的，进一步扩展了腹腔镜全胃切除的适应证^[66-67]。日本一项基于全国数据的回顾性研究，对比和分析了腹腔镜辅助全胃切除和开腹全胃切除的安全性，结果显示，腹腔镜全胃切除是安全可行的^[68]。来自国内的 4 项回顾性队列研究也肯定了腹腔镜全胃切除的安全性和可行性^[69-72]。《中国腹腔镜胃癌手术操作指南（2023 版）》^[73]和《Siewert II 型食管胃结合部腺癌腹腔镜手术治疗中国专家共识（2023 版）》^[21]分别对进展期中上部胃癌和 Siewert II 型 AEG 的腹腔镜手术适应证进行了明确推荐。但是对于进展期 AEG

行腹腔镜手术尚缺少高级别临床证据和远期随访结果的支持，因此，本共识建议，对于 I 期 AEG，可行腹腔镜手术；II、III 期 AEG，腹腔镜手术可探索性地开展。

推荐意见 10.腹腔镜探查在 Siewert II、III 型 AEG、分期为 cT3~4 期的病例中应用，可评估有无腹膜种植（peritoneal implants, PI），以进一步准确分期、制定合理治疗策略（证据级别：中，推荐强度：强烈推荐，专家组赞同率：100%）。

循证医学证据：腹腔镜探查又称诊断性腹腔镜，此技术在消化系统恶性肿瘤中已有较广泛的使用。但目前国内不同地区、不同级别的医疗中心对于消化系统恶性肿瘤腹腔镜探查的接受程度各有不一。全面地进行腹腔镜探查可以准确评估腹膜转移和腹水脱落细胞情况，是获得准确胃癌临床分期的必要手段之一，对于 P1 和（或）CY1 的 IV 期病例，其相关治疗的性质均为姑息性的，手术治疗应是在转化治疗有效的基础上考虑，或者因并发症而行姑息性切除^[74]。腹膜种植转移是 Siewert II、III 型 AEG 的常见远处转移方式之一，笔者单位的一项回顾性研究显示，对于术前分期为 cT4 的胃癌患者，其合并腹膜转移和（或）腹水脱落细胞学阳性的比例高达 27.4%，故提出胃癌腹腔镜探查四步法以规范腹腔镜探查操作流程，进一步推广腹腔镜探查在胃癌外科诊疗中的应用^[75-76]。一项纳入 5 项回顾性研究共计 292 例影像学评估为预期可切除 AEG 病例的系统评价，认为腹腔镜探查有助于诊断隐匿性腹膜种植转移，并使超过 10% 的 AEG 病例改变了治疗方案^[77]。

四、AEG 的切除范围

推荐意见 11. 全胃切除适用于进展期 Siewert II 型(食管受累长度 ≤ 2 cm) AEG 和 Siewert III 型 AEG (证据级别：中，推荐强度：强推荐，专家组赞同率：87.23%)。

推荐意见 12. 近端胃切除适用于食管受累长度 ≤ 2 cm、远切缘满足安全距离、预计残胃大小 $\geq 1/2$ 的 Siewert II 型 AEG 和分期为 cT1N0、组织分化程度高、且直径 ≤ 4 cm 的 Siewert III 型 AEG (证据级别：高，推荐强度：强推荐，专家组赞同率：91.49%)。

推荐意见 13. 食管切除+近端胃切除是 Siewert I 型 AEG 患者的首选外科治疗方式，也适用于部分 Siewert II 型 AEG (证据级别：高，推荐强度：强推荐，专家组赞同率：98.87%)。

循证医学证据：Siewert III 型 AEG 采用经腹（经腹膈肌食管裂孔）径路，且其淋巴结转移模式与胃癌相似，手术切除范围应参照胃癌的切除原则；进展期 Siewert III 型 AEG 推荐行全胃切除以更彻底地进行淋巴结清扫^[78]。即使日本胃癌治疗指南中关于 AEG 的定义在概念上未覆盖 Siewert III 型，但是考虑到 Siewert III 型的手术径路和淋巴结转移模式，全胃切除应是其标准切除术式。一项回顾性研究认为，肿瘤直径 > 4 cm 的 Siewert II、III 型 AEG 应该推荐行全胃切除^[79]。

单纯经腹近端胃切除在日本胃癌指南中，仅可在胃上部癌预期可留存至少 50% 胃的 cT1N0 病例中选择性应用^[17-18]。若肿瘤上缘跨越 EGJ，符合日本胃癌治疗指南 AEG 定义的病例，则可参照日本胃癌治疗指南

的建议实施。日本胃癌协会根据国内大宗回顾性研究，将经腹近端胃切除列为“ ≤ 4 cm 的 AEG”推荐治疗，而未考虑 T 分期^[17-18]。根据第 6 版日本胃癌治疗规范近端胃切除的定义，要求须保留残胃 $\geq 1/2$ ^[18]；结合《Siewert II 型食管胃结合部腺癌腹腔镜手术治疗中国专家共识(2023 版)》^[21]的推荐，建议同时满足远切缘阴性、食管受累 ≤ 2 cm 和残胃 $\geq 1/2$ 的 Siewert II 型 AEG 推荐经腹近端胃切除。Siewert III 型 AEG 的切除范围可参考胃癌的处理原则，按照日本和我国胃癌治疗指南，对于 cT1N0 的中上部癌可考虑经腹行近端胃切除^[17-18,20]。一项 Meta 分析比较了 Siewert II、III 型行 AEG 全胃切除或近端胃切除，纳入 12 项研究共 1 734 例病例，结果发现，两组术后 OS 差异无统计学意义，但近端胃切除在改善远期营养状态方面具有优势^[80]。另一项国际多中心回顾性研究证实，近端胃切除术后患者体质量下降、腹泻和倾倒综合征等发生率显著低于全胃切除^[81]。

在评估 AEG 外科治疗策略的研究中，一项通过对 10 项 3 217 例患者队列研究的系统评价分析发现，经胸食管切除+近端胃切除与全胃切除术两组患者的 R₀ 切除率、并发症发生率、术后 30 d 病死率及 5 年 OS 相似，但全胃切除术组患者术后 6 个月的生活质量更佳^[82]。另一项基于 9 594 例 Siewert II 型 AEG 的临床研究，对两种手术的远期预后进行了比较。通过倾向评分匹配调整患者特征后，发现经胸食管切除+近端胃切除的患者在总生存期和 5 年 OS 方面，优于接受全胃切除术的患者（中位生存期分别为 68 个月比 51 个月，5 年 OS 分别为 53%比 47%），且两种手术在淋巴结清扫数量、住院时长和 90 d 病

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/607004160145006043>