

大肠腺瘤性息肉不典型增生 101 例分析

葛建新, 王平, 黄晓丽, 滕晓琨, 王国品

南通大学附属南京江北人民医院消化科, 江苏 南京 210048

摘要: **目的** 分析内镜黏膜切除术(EMR)后具有不典型增生的大肠腺瘤性息肉内镜下相关特征,为临床判断高危息肉提供简便方法。**方法** 回顾性分析 2013 年 1 月至 2016 年 7 月 EMR 后具有不典型增生的大肠腺瘤性息肉 101 例患者的临床资料,将其 170 枚息肉依据不典型增生的程度分为轻中度组(135 枚)和重度组(35 枚),分析两组间息肉的分布部位、大小、形态的差异。**结果** 两组息肉在部位、直径、形态的分布方面差异均有统计学意义(P 均 < 0.05);与轻中度不典型增生组比较,具有重度不典型增生的腺瘤性息肉更多分布在左半结肠(85.7% vs 65.9%),且更容易出现在直径 > 1.0 cm(68.6% vs 19.3%)和亚蒂息肉(51.4% vs 28.1%)中。**结论** 肠镜检查中要高度关注左半结肠区,对于直径 > 1.0 cm 的息肉及亚蒂息肉应尽早完整切除,以防息肉癌变。

关键词: 大肠腺瘤性息肉; 不典型增生; 高危; 内镜黏膜切除术; 纤维肠镜

中图分类号: R 574.6 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2017)02-0203-02

大肠息肉指生长于肠黏膜而隆起于黏膜表面的病变,其中 50% 以上为腺瘤性息肉。腺瘤性息肉常常具有不典型增生,甚至局部癌变,如何能简便快速分辨出具有恶变潜能的高危息肉是消化科医生急需关注的工作。本文对我院近 3 年半接受内镜黏膜切除术(EMR)后具有不典型增生的大肠腺瘤性息肉 101 例患者的临床资料进行回顾性分析,以探讨具有不典型增生的大肠腺瘤性息肉内镜下相关特征,为临床判断高危息肉提供简便方法,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 收集我院 2013 年 1 月至 2016 年 7 月行 EMR 治疗的 101 例患者的临床资料进行回顾性分析。排除标准:既往有大肠癌、肠道手术史,家族性腺瘤性息肉病(FAP)、幼年性息肉病、Peutz-Jeghers 综合征和 Cronkhite-Canada 综合征。其中男性 68 例(67.3%),女性 33 例(32.7%),男女比例 2.06:1;年龄 17~80 岁,年龄 56 岁。101 例患者中共切除具有不典型增生的大肠腺瘤性息肉 170 枚,其中管状腺瘤 71 枚,绒毛管状腺瘤 97 枚,绒毛状腺瘤 2 枚。依据不典型增生的不同程度将息肉分为轻中度组[轻中度不典型增生组息肉 135 枚(79.4%)]和重度组[重度不典型增生组息肉 35 枚(20.6%)]。

1.2 方法 按照常规肠道准备,常规将电子肠镜(奥林巴斯 CF-H290I)插至回盲部,发现息肉仔细观察,记录息肉情况后,规范行 EMR。术后病理(包括

标本基底部分及边缘情况)均由高年资病理科医生复核。息肉分布部位分为左半结肠、右半结肠。息肉大小分为直径 ≤ 0.5 cm、0.6~1.0 cm、 > 1.0 cm。息肉形态分为无蒂、亚蒂、有蒂。

1.3 统计学处理 数据处理采用 SPSS 13.0 统计软件。计数资料组间比较采用 χ^2 检验,等级资料的比较采用秩和检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 不典型增生与息肉分布部位的关系 重度不典型增生息肉 85.7% (30/35)分布在左半结肠,其中乙状结肠 15 枚和直肠 8 枚,其次为降结肠 7 枚。与轻中度不典型增生左半结肠发生率 65.9% 比较,重度不典型增生息肉左半结肠发生率(85.7%)明显增高($P < 0.05$)。见表 1。

2.2 不典型增生与息肉大小的关系 重度不典型增生组和轻中度不典型增生组息肉不同直径发生率比较差异有统计学意义($P < 0.05$),重度不典型增生更容易出现在直径 > 1.0 cm 息肉(68.6%)中。见表 2。

2.3 不典型增生与息肉形态的关系 重度不典型增生组和轻中度不典型增生组息肉不同形态发生率比较差异有统计学意义($P < 0.05$),重度不典型增生更容易出现在亚蒂息肉(51.4%)中。见表 3。

表 1 不典型增生与息肉分布部位的关系 枚(%)

组别	枚数	左半结肠	右半结肠
轻中度不典型增生组	135	89(65.9)	46(34.1)
重度不典型增生组	35	30(85.7)	5(14.3)
P 值		< 0.05	

表 2 不典型增生与息肉大小的关系 枚(%)

组别	枚数	息肉直径		
		≤0.5 cm	0.6~1.0 cm	>1.0 cm
轻中度不典型增生组	135	26(19.2)	83(61.5)	26(19.3)
重度不典型增生组	35	0	11(31.4)	24(68.6)
P 值		<0.05		

表 3 不典型增生与息肉形态的关系 枚(%)

组别	枚数	息肉形态		
		无蒂	亚蒂	有蒂
轻中度不典型增生组	135	67(49.6)	38(28.1)	30(22.2)
重度不典型增生组	35	5(14.3)	18(51.4)	12(34.3)
P 值		<0.05		

3 讨论

大肠息肉为肠镜检查中常见疾病,尤其是腺瘤性息肉,与大肠癌关系密切,故又称为癌前病变^[1-2]。Morson^[3]提出“腺瘤-癌”顺序学说,该学说支持大肠癌是由腺瘤发展而来的观点,而由腺瘤发展为大肠癌一般为 10~15 年。但并不是所有腺瘤性息肉都会进展为大肠癌。据文献报道,只有 1.4%~20.4% 腺瘤性息肉会发展为大肠腺癌^[4]。在常规肠镜检查中,具有重度不典型增生的息肉是大肠癌的前期及早期改变,需要及时进行处理,因此,如何在息肉中发现和区分出这些高危息肉并及时处理是消化科医生需要解决的问题。

随着内镜技术发展,以日本工藤分型^[5]为代表的腺管开口分型在临床逐步推广,它通过色素内镜及窄带成像技术(NBI)、放大内镜、靛胭脂染色等方法观察息肉腺管开口,能较准确的判断息肉的性质和早期癌的浸润深度,进而选择内镜切除还是外科手术^[6-7]。但该方法较难在基层医院开展,因此更需要把握常规肠镜下的相关特征筛选出高危息肉。

本研究中重度不典型增生息肉 85.7% (30/35) 分布在左半结肠,与朱国琴等^[8]报道 87.8% 的高危息肉主要分布于左半结肠基本一致。与轻中度不典型增生比较,重度不典型增生息肉更好发于左半结肠,尤其在乙状结肠和直肠,与大肠癌好发部位为直肠和乙状结肠相符合。因此行肠镜检查时要高度关注左半结肠区,以防漏诊。

腺瘤性息肉发生癌变的几率除了与腺瘤的病理类型有关,还与腺瘤的大小、形态有关。英国较早的一项研究显示直径≥1.0 cm 的腺瘤性息肉癌变率较高,直径<1.0 cm 恶变率很小,而直径<0.5 cm 的腺瘤性息肉恶变更少见^[9]。最近也有研究报道,直径 1.0~2.0 cm 腺瘤性息肉癌变率为 10% 左右,而直径

≥2.0 cm 癌变率可高达 50%^[10]。本研究重度不典型增生 68.6% 发生在直径>1.0 cm 的息肉中,轻中度不典型增生只有 19.3% 发生在直径>1.0 cm 的息肉中,说明直径>1.0 cm 息肉更具有恶变潜能,需要加以重视并及时处理。

本研究也发现重度不典型增生 51.4% 为亚蒂息肉,与轻中度不典型增生组比较,重度不典型增生更容易出现在亚蒂息肉中,与韩玉胜等^[11]报道的亚蒂息肉显示出更高的恶变倾向一致。但本研究重度不典型增生息肉只有 14.3% 为无蒂息肉,可能与纳入研究的无蒂息肉直径较小有关。较大直径的无蒂息肉,尤其倾向发育性息肉发生癌变的几率也较高,需要提高警惕。

综上所述,具有重度不典型增生的高危腺瘤性息肉更好发于左半结肠、直径>1.0 cm 和亚蒂息肉。因此肠镜检查中要高度关注左半结肠区高危区,对于直径>1.0 cm 的息肉及亚蒂息肉应尽早完整切除,以防息肉癌变。

参考文献

- [1] 汪朝惠,王艳惠,杨凯成. 内镜下高频电凝电切术治疗大肠息肉 895 例临床分析[J]. 中国现代医生, 2009, 47 (15): 128-129.
- [2] 佟牧虹,冬兰,黄大兴. 149 例大肠息肉发生部位、病理分型及高频电治疗分析[J]. 中国医药导报, 2007, 4 (20): 25, 28.
- [3] Morson BC. Genesis of colorectal cancer [J]. Clin Gastroenterol, 1976, 5(3): 505-525.
- [4] Johns LE, Houlston RS. A systematic review and meta-analysis of familial colorectal cancer risk [J]. Am J Gastroenterol, 2001, 96 (10): 2992-3003.
- [5] Kodu S, Hirota S, Nakajima T, et al. Colorectal tumors and pit pattern [J]. J Clin Pathol, 1994, 47 (10): 880-885.
- [6] Fujii T. Narrow band imaging for detection of non-polypoid colorectal neoplasms [J]. Nihon Rinsho, 2011, 69 (S3): 277-283.
- [7] Wada Y, Kashida H, Kudo SE, et al. Diagnostic accuracy of pit pattern and vascular pattern analyses in colorectal lesions [J]. Dig Endosc, 2010, 22 (3): 192-199.
- [8] 朱国琴,朱宏,李学良,等. 高危结肠息肉 73 例分析[J]. 江苏医药, 2015, 41 (5): 520-522.
- [9] Aldridge AJ, Simson JN. Histological assessment of colorectal adenomas by size. Are polyps less than 10 mm in size clinically important? [J]. Eur J Surg, 2001, 167(10): 777-781.
- [10] Coe SG, Wallace MB. Colonoscopy: new approaches to better outcomes [J]. Curr Opin Gastroenterol, 2012, 28(1): 70-75.
- [11] 韩玉胜,龚志辉,肖泽泉,等. 结肠腺瘤性息肉上皮内瘤变 1426 例分析[J]. 世界最新医学信息文摘, 2015, 15 (64): 85, 87.

收稿日期: 2016-09-11 修回日期: 2016-10-05 编辑: 石嘉莹