

53 例大肠息肉癌变分析

空军西安医院内一科 王振雄 许东普 周焕章 雷培森 陈仕珠

摘要 本组大肠息肉 548 例, 815 枚, 53 例 (枚) 癌变, 癌变率 9.7%。以乳头状腺瘤、混合腺瘤癌变率较高, 二者间无差异 ($P>0.05$), 管状腺瘤较低, 与前者二者差异明显 ($P<0.01$), 且发现 1 例炎性息肉癌变。直径 $>2.0\text{cm}$, 息肉癌变率明显高于 2.0cm 以下者 ($P<0.01$)。广基息肉癌变率高于带蒂者 ($0.05>P>0.01$)。癌变息肉表面色泽均有改变。在儿童期未检出癌变息肉; 中年期息肉癌变率高于青年期 ($P<0.05$), 而与老年期无差异 ($P>0.05$)。各大肠段息肉癌变率无差异 ($P>0.05$)。内镜检查并取材活检明显提高了息肉及其癌变的检出率, 内镜下治疗息肉可降低大肠癌的发病率。

关键词: 息肉; 腺瘤; 大肠癌; 癌变

大肠腺瘤被认为是一种重要的癌前病变。既往文献多强调直径大于 2.0cm 、位于直肠、乙状结肠的腺瘤易于癌变, 而炎性息肉无癌变倾向。本文从息肉大小、形状、组织类型及其外观改变分析了癌变息肉的特点, 并统计了在各大肠段和各年龄组息肉的癌变率, 旨在及时发现并妥善处理各年龄期大肠息肉, 降低其癌变率。

资料和方法

一、病例来源: 我院自 1980 年 12 月至 1992 年 3 月行纤维结肠镜检查 4333 例 (5073 例次), 检出大肠息肉 548 例, 815 枚, 53 例 (枚) 经一次或多次内镜下取材活检, 47 例找到癌细胞; 1 例高频电切除、5 例外科手术切除后对全瘤体组织学检查, 被证实为息肉癌变。

二、性别和年龄: 本组男 31 例, 女 22 例。年龄 16~81 岁, 平均 52.7 岁。

三、病变判定: 内镜下观察符合息肉形态特点, 病变组织病理学检查, 符合息肉组织学结构, 并找到同性质组织癌变细胞。

四、大肠分段: 依大肠解剖部位, 分直肠、乙状结肠、降结肠、横结肠、升结肠及盲肠等六大肠段。

五、年龄分组: 本文将受检者年龄划分为儿童组 (14 岁以下); 青年组 (15~30 岁); 中年组, 再将其分为中年早期 (31~40 岁), 中年中期 (41~50 岁), 中年晚期 (51~60 岁); 老年组 (61 岁以上)。

检查结果

一、息肉大小、形状及其癌变率: 见表 1 和表 2。

二、息肉组织类型及其癌变率: 见表 3。

三、内镜下癌变息肉外观: 内镜下癌变息肉外观

表 1 息肉大小及其癌变率

	息肉大小 (cm)			
	>2.0	$1.1\sim2.0$	$0.6\sim1.0$	≤ 0.5
息肉枚数	114	202	235	264
癌变息肉 (枚)	40	10	3	0
癌变率 (%)	35.1*	4.9**	1.3	

注: * 相邻两组比, $P<0.01$, ** $P<0.05$

表 2 息肉形状及其癌变率

	广基息肉	带蒂息肉
枚数	596	219
癌变 (枚)	46	7
癌变率 (%)	7.7**	3.2

注: * 两组比, ** $P<0.05$

表 3 息肉组织类型及其癌变率

	乳头状腺瘤	混合腺瘤	管状腺瘤	炎性息肉	未活检息肉
枚数	105	28	296	346	40
癌变 (枚) 数	32	5	15	1	
癌变率 (%)	30.5***	17.9*	5.1*	0.3	

注: * 相邻两组比, $P<0.01$, *** $P>0.05$

均异常, 充血明显, 多呈暗红或紫红色, 且不均匀, 粗糙。部分裂沟增深, 多呈分叶状, 糜烂伴渗血, 上附灰白色或褐色苔。组织松软, 触之易出血。部分组织较硬, 弹性降低或消失。瘤体基部充血水肿, 但和正常肠壁尚可判断其分界。

四、息肉及其癌变者在各大肠段和各年龄组的分布: 本组息肉在各大肠段的癌变率无差异 ($P>$

0.05)。中年组和老年组息肉癌变率无差异 ($P>0.05$), 但分别高于 ($P<0.05$) 和明显高于 ($P<0.01$) 青年组, 具体资料见表 4 和表 5。

表 4 548 例、815 枚息肉和其 53 例癌变者在各大肠段的分布

	直肠	乙状结肠	降结肠	横结肠	升结肠	盲肠
息肉分布(枚)	395	218	61	55	53	33
癌变息肉分布(例)	24	14	4	3	4	4
息肉癌变率(%)	6.0	6.4	6.6	5.5	7.5	12.1

注: 各大肠段息肉癌变率无差异 ($P>0.05$)

表 5 548 例大肠息肉和 33 例癌变者在各年龄组的分布

	小儿组 14 岁以下	青年组 15~30	中年组		老年组	
			31~40	41~50	51~60	>61
息肉(例)	9	134	90	114	132	69
息肉癌变(例)		4	10	11	16	12
癌变率(%)		3.0**	11.1***	9.6***	12.1***	17.4

注: * 各组间比, * $P<0.01$ (与青年组比), ** $P<0.05$,

*** $P>0.05$

讨 论

一、关于大肠息肉癌变: 大肠息肉癌变, 目前学者的意见基本一致。有文献报道, 大肠癌半数以上来自息肉癌变^[1,2], 但多强调大于 2.0cm、位于直肠、乙状结肠、腺瘤型, 特别是乳头状腺瘤易于癌变^[3,4]。一般认为息肉愈大, 癌变率愈高^[5], 表 1 所示, 大于 2.0cm 较 2.0cm 以下者癌变率明显增高 ($P<0.01$), 但两例为 1.0cm 的息肉癌变。因此, 对于小息肉的癌变亦应足够重视。表 2 说明广基息肉较带蒂者易于癌变 ($P<0.05$)。根据息肉组织类型发生癌变的倾向, Monson 把大肠息肉分为肿瘤性腺瘤和非肿瘤性息肉两类, 认为腺瘤系肿瘤性息肉, 其癌变率, 乳头状腺瘤高于管状腺瘤; 非肿瘤性包括炎性、增生性和幼年性息肉, 均属良性, 无癌变倾向^[6]。表 3 提示乳头状腺瘤的癌变率与其报道一致, 而混合腺瘤和管状腺瘤的癌变率明显高于 Monson 的报道, 而与王年吉报道基本一致^[7], 这可能提示国内与国外大肠腺瘤癌变率有一定的差异。本组 1 例炎性息肉癌变, 经外科手术切除后全瘤体组织学检查, 为炎性息肉 I 级不典型性增生伴局限性癌变。既往文献认为炎性息肉无癌变倾向^[6], 我们认为, 炎性息肉作为大肠炎性病变长期存在, 就有可能癌变, 犹如溃疡性结肠炎癌变率随病程的延长明显增高一样^[7]。决不能因为炎性息肉“无癌变倾向”, 而忽视了在实际存在的炎性息肉癌变的病例。从表 4 来看, 各大

肠段息肉的癌变率无差异 ($P>0.05$), 此不同于既往文献关于直肠、乙状结肠息肉易于癌变的报道。关于大肠息肉和其癌变在各年龄组的分布, 目前尚少有明确的统计资料。表 5 显示, 儿童组未发现息肉癌变。青年组 4 例癌变, 最小年龄 16 岁, 其癌变率分别低于 ($P<0.05$) 和明显低于 ($P<0.01$) 中、老年组。自中年期以后, 癌变率并未随年龄的增大而升高。因此, 不但要重视中、老年人息肉癌变的事实, 亦应警惕青年人息肉癌变的可能。本组资料提示, 不论息肉的大小、形状及组织类型, 亦无论所处的不同大肠段和在各年龄组的分布, 均有癌变的可能。因此, 在内镜检查中均应常规取材活检, 如内镜下高频电切除息肉, 应将其回收全瘤体组织学检查, 以防息肉内部局限性癌灶被遗漏。

二、内镜下观察判断息肉癌变的重要性: 内镜下观察息肉大小、形状、有无蒂及表面情况, 这是判断息肉癌变的基础, 学者们多强调肉眼观察资料^[8]。本组曾遇 6 例, 肉眼观察, 确已具备癌变特点, 然一次或多次取材活检未得组织学证实, 后经外科手术切除对全瘤体病理学检查, 找到癌细胞, 方明确诊断。因此, 对于镜下观察提示息肉癌变而未取得组织学证实者, 原则上应按息肉癌变对待。

三、内镜诊治大肠息肉并阻止其癌变: 大肠息肉及其癌变尚无特殊的临床症状和体征。文献报道, 大肠息肉 X 线钡灌肠漏诊率为 52%, 而内镜检查的阳性率可达 98%; X 线检查结肠癌的漏诊率为 40%, 而内镜则无漏诊^[9]。绝大部分息肉可于内镜下治疗, 从而阻断其癌变。有文献报道^[10], 经内镜高频电切除的息肉顶部病理检查找到癌细胞, 而在其结肠切除的标本中却未发现癌细胞。对这种局限性癌变的息肉, 内镜检查成为发现息肉早期癌变的有效方法, 部分病例用此法甚至可被治愈。

参 考 文 献

- 1 蒋明志, 等. 大肠息肉与息肉癌变. 内镜, 1986, 3 (3): 7
- 2 罗和生, 等. 大肠癌早期诊断途径. 内镜, 1986, 3 (4): 27
- 3 屈汉廷. 国外医学 (肿瘤分册), 1981, (4): 149
- 4 Hill MD, et al. Lancet, 1978, 1: 245
- 5 王年吉, 等. 10 例早期大肠癌分析. 中华消化杂志, 1983, 3 (1): 38
- 6 Rhoads. Textbook of surgery. 5th, 1977. 1222
- 7 黄象谦. 炎症性肠病的病理特征及与肿瘤的关系. 中华消化杂志, 1987, 7 (3): 181
- 8 陈敏章, 江绍基编. 临床胃肠病学. 第一版. 上海: 上

海科技出版社, 1981. 475

9 王润华, 等. 纤维结肠镜检查对下消化道出血的评价.

中华消化杂志, 1985, 5 (2): 74

10 杨玉秀, 等. 结肠镜下高频电切除含癌腺瘤 14 例分析.

中华消化杂志, 1990, 10 (4): 237

A analysis of polyps canceration in 53 patients with polyps of large intestine

Wang Zhen-xiong, et al

Department of medicine 1, Air Force Xian hospital

548 cases with 815 large intestinal polyps were analysed. The results were as follow: Polyps canceration was found in 53 cases (9.7%). Among which the canceration rate was significantly higher in villous and mixed polyps than in tubular polyps ($P < 0.01$), and no differentiation was found between former two types of polyps ($P > 0.05$). There was canceration with inflamed polyps. The canceration rate of polyps with larger than 2cm in diameter was higher than those with smaller than 2cm in diameter ($P < 0.01$). The canceration rate of the polyps with wide fundus were higher than those with pedide ($P < 0.05$). The colour of surface with the canceration polyps was changen. No canceration of polyps was found in children. The canceration rate of polyps in the middle-aged was higher than in the young ($P < 0.05$), and was as same as in the old ($P > 0.05$). The canceration rate of polyps in different segment of large intestine was similiar ($P > 0.05$). Endoscopy and biopsy advanced markedly the diagnostic rate of polyps and their canceration. Endoscopic treatment may decrease the canceration of polys.

Key words: Polyp; Adenoma; Carcinoma of the large intestine; Canceration

左乳腺叶状囊肉瘤 1 例

贵州省六盘水市医院 谷 江

患者女, 46 岁。因左乳无痛性包块 1 年, 进行性增大 3 月入院。3 年前曾因左乳包块在我院行包块摘除术, 病理诊断为乳腺纤维腺瘤。

体检: T37℃, P84 次/分, R23 次/分, BP14/10kpa。外科情况: 右乳外上象限可见一 4cm 长之手术疤痕, 左乳晕下可扪及一 5×6×5cm 大、质中、活动、无压痛之包块。左锁骨上及左腋窝未扪及肿大淋巴结。血常规: Hb105g/L, wBc 8.6×10^9 /L, NO.74。胸透正常, CEA2ng/ml。初诊左乳包块性质待定(乳癌?)。在持续硬膜外麻醉下行左乳包块摘除术, 见包块位于皮下, 约 5×5×5cm 大, 质中, 表面光滑、无结节、似有包膜, 活动好, 性速冰冻切片示左浸润性乳癌, 遂行改良式左乳癌根治术, 伤口 I 期愈合。病理报告示左乳腺叶状囊肉瘤并乳腺导管上皮乳头状瘤增生。

讨论 叶状囊肉瘤为少见的乳腺恶性肿瘤之一, 其发生可能与体内雌激素调节紊乱有关。多为 40 岁以上妇女发生, 临床以乳房肿块为突出表现, 且生长迅速, 常有短期内迅速增大史, 但无明显浸润现象。即使形成巨大肿块, 境界仍较清楚, 仍可在胸壁前自由活动, 与皮肤无粘连。肉眼观肿瘤大小不一, 小者直径 2cm, 大者可达 45cm, 周围无明显包膜。对其治疗应根据肿物大小、生长速度、病人年龄及全身情况而定。如肿瘤小于 5cm 时, 应行包括正常组织在内的区段切除术, 如肿瘤较大或为复发性肿瘤, 则需行包括胸大肌筋膜在内的单纯乳房切除术。由于此瘤很少发生淋巴道转移, 故可不必清扫腋淋巴结。但此瘤术后复发现象较多见, 可能与肿瘤未完全切除干净有关, 故手术时至少要连同周围组织一块切除干净, 以免复发。