

结直肠锯齿状腺瘤 68 例患者内镜与病理学特征

朱春燕, 杨蒲芳, 江凤翔, 朱晴晖, 袁亚

上海普陀区人民医院消化内科, 上海 200060

摘要: **目的** 探讨结直肠锯齿状腺瘤(SA)的内镜下形态和病理组织学特征。**方法** 回顾性分析 2001 年 1 月至 2016 年 3 月上海普陀区人民医院病理科 68 例患者检出的 100 枚 SA 的内镜和病理资料。**结果** 100 枚中 SA 有 81 枚隆起型(无蒂 63 枚,亚蒂 10 枚,有蒂 8 枚),19 枚为扁平型,表现扁平;检出部位位于直肠 23 枚、乙状结肠 33 枚,其他 44 例。组织病理学类型,表现管状、管状-绒毛状和绒毛状 SA 分别为 51、20、29 枚;轻度、中度和重度不典型增生分别为 58、22、20 枚。直径 <10 mm 的 SA 增生程度轻于直径 ≥ 10 mm 的 SA($P < 0.01$)。**结论** 结直肠不典型增生息肉可能为 SA。SA 可能是直结肠肿瘤癌前病变,临床病理的合理利用,能提高癌变的检出率。

关键词: 锯齿状腺瘤;病理学,临床;结肠镜检查;结肠;直肠

中图分类号: R 735.3 R 361⁺.2 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2017)06-0796-02

近十几年来,锯齿状腺瘤(SA)被逐渐认识,这是一类独立的结直肠上皮源性肿瘤。最初被称为“混合型增生性腺瘤性息肉”、“混合型增生性肿瘤性息肉”,到 1990 年 Longacre 等^[1]建议命名为“锯齿状腺瘤”,常被诊断为增生性息肉或传统腺瘤性息肉,其组织学形态往往表现为增生性息肉样的锯齿状腺体并有上皮的不典型增生或癌变病灶。SA 与增生性息肉相似,因此需要通过病理学与组织学鉴别。正在证实的一种新致癌途径是增生性息肉发展 SA,之后进展为癌,SA 的特殊发育是否作为一种新的结直肠癌前病变,国内报道少,理论还不成熟。我们对病理科检出的 SA 68 例的内镜与病理特征进行分析。报道如下。

1 资料与方法

1.1 资料来源 共计 100 枚 SA 的内镜与病理存档资料来源于我院病理科 2001 年 1 月至 2016 年 3 月检出的 68 例 SA 患者。

1.2 方法 结肠镜检查采用日本 Olympus 公司电子肠镜及普通肠镜下检查,内窥镜下高频电切除或者活性组织检查标本经 10% 中性福尔马林固定 24 h,采用常规石蜡切片,HE 染色,光镜。依据内镜下形态将 SA 分为扁平型和隆起型两类,结合组织病理学特征进一步分为管状、管状-绒毛状和绒毛状。依据诊断病理组织学分为轻、中、重度异型增生,其中重度视为原位癌即癌变。SA 诊断依据:一定程度的锯齿状腺体、未成熟杯状细胞的存在及腺上皮不典型增生。

1.3 统计学分析 采用 SPSS 13.0 统计软件,进行秩和检验和 χ^2 检验分析。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 一般资料 68 例患者中男 42 例,女 26 例;年龄 21~77 岁。其中 12 例有多发 SA,最多者为 3~7 个,5 例癌变,8 例有结肠炎病史。其中 4 例有结肠直肠癌病史。常常表现有腹痛、便血、大便形态变化。

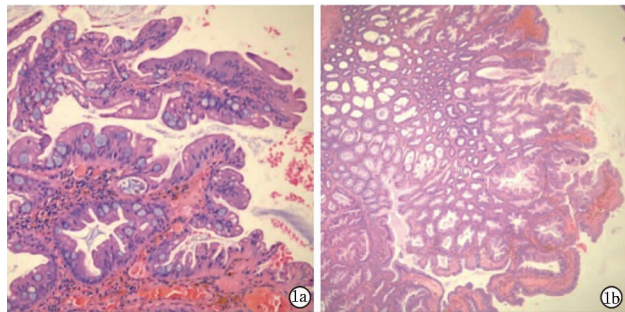
2.2 内镜下特征 所有收集的患者共检出 100 枚 SA,其中有 81 枚为隆起型,19 枚为扁平型,表现扁平,其中包括无蒂 63 枚,亚蒂 10 枚,有蒂 8 枚。测得直径 <10 mm 隆起型 72 枚,扁平 12 枚;直径在 10~20 mm,隆起型 6 枚,扁平型 5 枚;大于 20 mm,隆起型 3 枚,扁平型 2 枚。SA 位于直肠 23 枚、乙状结肠 33 枚,其他位于降结肠、横结肠、升结肠和回盲部。见表 1。

2.3 组织病理学特征 显微镜下形态为表现管状、管状绒毛状和绒毛状 SA 分别为 51、20、29 枚。异典型增生程度(不典型)包括轻度、中度和重度分别为 58、22、20 枚。管状腺体的腺腔或绒毛呈现为锯齿状外观,上皮细胞有不同程度的不典型增生,其中 5 枚已经有癌变。见图 1。

2.4 内镜下形态与病理学特征之间的关系 直径 <10 mm 的 SA 轻度不典型增生 56 枚,中度不典型增生 4 枚,无重度者;而直径 ≥ 10 mm 的 SA 的轻度不典型增生 2 枚,中度 18 枚,重度 20 枚。直径 <10 mm 的 SA 增生程度轻于直径 ≥ 10 mm 的 SA($\chi^2 = 8.1, P < 0.01$)。

表 1 结直肠锯齿状腺瘤分型大小及发生部位 (例)

分型	直径(mm)			部位		
	<10	10~20	>20	直肠	乙状结肠	其他
扁平型	12	5	2	11	7	1
隆起型	72	6	3	12	26	43



注:1a:腺体锯齿状结构,多个异位腺管纵向构成绒毛(×20);1b:管腔狭窄,杯状细胞减少,上皮细胞成熟;1c:腺腔呈锯齿状,上皮细胞不典型增生(×10)。

图 1 SA 组织病理学形态(HE 染色)

3 讨论

国内外并没有对锯齿状病变解释的很清楚,只是涉及到其组织形态学上的一些描述^[2]。曾有文献报道过 1 例混合性息肉发展为结肠腺癌,其既表现出增生性息肉,还有管状腺瘤的形态学特点,并伴有异性增生。1990 年 Longacre 等^[1]将同时具备这两种特点的病变定名为 SA。高分辨结肠镜及病理技术可以提高 SA 的检出率。本研究中患者男女比例 1.615:1,平均年龄为 50.5 岁,与国外文献报告无较大区别^[3]。SA 发病部位最常见于直肠和乙状结肠。表型为扁平型和隆起型,隆起型容易在内镜下检查,直径多在 10 mm 以下。无蒂或亚蒂多易发生癌变。本研究发现 5 例癌变中,扁平型 2 例,隆起 3 例无蒂者 2 例。单发,直径低于 10 mm 的锯齿状腺瘤可能来源于分化更成熟细胞的瘤性转化^[4]。有文献记载 SA 的发生与年龄吸烟呈正相关性^[5]。何娜娜等^[6]研究发现青年组高危腺瘤所占比例为 36.1%,中老年组则为 44.4%,提示年龄增长与高危腺瘤发病率成正比。Anderson^[7]的研究发现,吸烟人群比不吸烟人群较容易引起乙状结肠及直肠的异常隐窝病灶(ACF),而 ACF 是锯齿状病变早期的一个改变。最新研究表明 SA 表面型息肉中有 1/3 为侧向发育型肿瘤直径均大于 1.5 cm,其是否意味着更高的恶变危险性还需要进一步的研究加以证实。SA 的肠镜检出率各家报道不一致,Swiątkowski 等^[8]报道,2000 至 2009 年,在 1 442 例行结肠镜检查者中,SA 的检出率为 4.4%

(64/1 442),Veress^[9]报道 SA 占全部结直肠息肉的 0.5%(13/2 700),Iwabuchi 等^[10]报道 SA 占全部结直肠息肉的 1.8%(193/10 532)。以上检出率不同可能与多种因素有关,主要可能是内镜医师和病理学家对 SA 的认识不足。近十几年来对 SA 的研究还不够深入,因为很多比较细小分病变在现有的检查条件比如肠镜等精细的仪器都无法识别出来,所以限制了对这类疾病的认识及诊断标准的界定,并且存在着很多争议。而 SA 作为一种独特的结直肠肿瘤,已成为结直肠癌的一个高危指标,尤其是由小的 SA 发生的腺瘤具有侵袭性生物学行为,且内窥镜难以发现,组织学也易误诊。因此,必须提高对 SA 的认识程度,及时给予内镜下切除并密切随访监测。综上所述,现阶段,SA 可能是直结肠肿瘤癌前病变,临床病理的合理利用,能提高癌变的检出率。

参考文献

[1] Longacre TA, Fenoglio-Preiser CM. Mixed hyperplastic adenomatous polyps/serrated adenomas. A distinct form of colorectal neoplasia [J]. Am J Surg Pathol, 1990, 14(6):524-537.

[2] 徐晓, 欧阳斌, 汪亮亮, 等. 结直肠混合性腺神经内分泌癌 2 例临床病理分析[J]. 临床与实验病理学杂志, 2014, 30(10):1175-1177.

[3] He EY, Wyld L, Sloane MA, et al. The molecular characteristics of colonic neoplasms in serrated polyposis: a systematic review and meta-analysis [J]. J Pathol Clin Res, 2016, 2(3):127-137.

[4] Messick CA, Church J, Bennett A, et al. Serrated polyps: new classifications highlight clinical importance [J]. Colorectal Dis, 2012, 14(11):1328-1337.

[5] Bailie L, Loughrey MB, Coleman HG. Lifestyle risk factors for serrated colorectal polyps: a systematic review and meta-analysis [J]. Gastroenterology, 2017, 152(1):92-104.

[6] 何娜娜, 曹海龙, 朴美玉, 等. 青年结直肠腺瘤的临床、内镜及病理特征[J]. 临床荟萃, 2015, 30(1):25-29.

[7] Anderson JC, Pleau DC, Rajan TV, et al. Increased frequency of serrated aberrant crypt foci among smokers [J]. Am J Gastroenterol, 2010, 105(7):1648-1654.

[8] Swiątkowski M, Meder A, Sobczyński L, et al. Serrated polyps detected during screening colonoscopies [J]. Contemp Oncol (Pozn), 2014, 18(1):54-59.

[9] Veress B, Gabrielson N, Granqvist S, et al. Mixed colorectal polyps. An immunohistologic and mucin-histochemical study [J]. Scand J Gastroenterol, 1991, 26(10):1049-1056.

[10] Iwabuchi M, Sasano H, Hiwatashi N, et al. Serrated adenoma: a clinicopathological, DNA ploidy, and immunohistochemical study [J]. Anticancer Res, 2000, 20(2B):1141-1147.