



放大内镜及实体镜检查结肠肿瘤性病变(附139例报告)

大肠癌是严重危害人类健康的十大肿瘤之一,近年来在我国的发病率逐年增加。如何发现早期大肠癌及癌前病变、提高对早期大肠癌的检诊率成为消化医学界亟待解决的问题[1]。近年来,日本学者工藤进英[2][3]通过对大肠粘膜腺管开口类型及与不同病变的关系的研究,提高了早期大肠癌的检诊率。目前,我院已采用内镜下粘膜染色技术结合放大内镜检查大肠肿瘤性病变,但由于内镜下染色程度及观察准确性的限制以及观察死角的存在,难以准确全面地评价诊断结果[4][5][6][7]。我们将切除的标本应用实体显微镜全面观察其腺管开口形态,同时与放大内镜检查结果对照,以补充及纠正放大内镜观察的不足,同时将病变腺管开口类型与病理结果相关性进行分析。现将139例结肠息肉腺管开口分型与放大内镜和病理检查结果的符合率报道如下。

1 资料与方法

1.1 病例

2001年8月~2002年2月在南方医院内镜中心检查的结肠肿瘤性病变患者139例,其中男101例,女38例;年龄36~80岁,平均46岁,其中18岁以上者101例。

1.2 内镜及粘膜染色剂

日本Olympus公司CF-240Z CF-240I电子肠镜。放大内镜下粘膜染色剂用0.4%靛胭脂,通常每1病灶用5~10 ml。实体显微镜下标本染色剂用0.5%甲酚紫,染色时间5 min,必要时重复染色,然后在实体显微镜下观察。

1.3 腺管开口分型标准

采用工藤分型共分5型[2]。

2 结果

2.1 结肠肿瘤性病变大体分类

139例病变中息肉性病变124例,侧向发育型肿瘤(LST)5例,进展期癌9例,II C病变1例。LST中4例为腺瘤,1例为增生息肉,其中腺瘤中有不同程度的不典型增生。病变中未发现早期癌,可能与病例数少或早期癌在微小病变中所占比例较少有关[8]。

2.2 放大内镜对病变的检出与病理检查结果的符合率

I型腺管开口通常包炎性和增生性腺体的腺管开口。II型腺管开口可见于炎性、增生腺体中,亦可见于管状腺瘤中,特别是早期发生的管状腺瘤。III型腺管开口根据开口大小进一步区分为III S型和III L型,III S型腺管开口通常见于凹陷型病变,多见于早期癌中;III L型腺管开口可见于从腺瘤到癌的各类腺管开口中,是良性腺瘤的特征。IV型比III L型开口大,更趋向于早期癌的特征,通常见于绒毛状腺瘤。V型腺管开口没有规则的形态,腺管开口无序、紊乱,一旦出现,即可诊断为癌[9]。有时III型和IV型腺管开口较难区别,这是因为在从III型到IV型的演变过程中有某些中间形态。对于较少数的V型和III S型尚需提高辨别能力。本组病例中放大内镜对息肉、管状腺瘤、绒毛状腺瘤、进展期癌的诊断与病理诊断的符合率分别是86%、94%、94%、91%,符合率较高。可以根据放大内镜对病变的观察达到或帮助镜下快速诊断(表1)。

Tab.1 Pit patterns visualized by magnifying endoscope in comparison with the pathological findings

Pathologic type	Pit patterns visualized by magnifying endoscope							Consistency of magnifying endoscope with pathological findings (%)
	I	II	III _s	III _L	IV	V _A	V _N	
Hyperplastic polyp	3	27		7				86 (32/37)
Juvenile polyp		2		4				67 (4/6)
Serrated adenoma	1	4		1	6			58 (7/12)
Inflammatory polyp	3	13		1				94 (16/17)
Tubulovillous adenoma	4	4		20	4			94 (30/32)
Villus adenoma				3	8			100 (11/11)
Mucosa cancer			1					0 (0/1)
Submucosa cancer					1		21	91 (20/22)
Carcinoid	1							100 (1/1)
Total	12	50	1	36	19		21	

2.3 放大内镜与实体显微镜检查结果对照

放大内镜与实体镜对 I 型至 V 型诊断符合率分别是67%、74%、89%、100%、100%。所以，本组病例中放大内镜与实体镜诊断仍存在不一致，但两者符合率较高。实体镜对病变的观察更仔细更精确(表2)。通过放大内镜染色观察，可对病变作出快速大致判断，从而及时选择镜下处理。对放大内镜观察到的可疑病变，可以通过实体镜进行进一步观察或者切片送检，从而提高早期癌的检出率。

表 2 实体显微镜复检后与放大内镜检查腺管开口的对照

Tab.2 Pit patterns visualized by stereomicroscope compared with those by magnifying endoscope

Pathologic type	Pit patterns visualized by stereomicroscope						
	I	II	III _s	III _L	IV	V _A	V _N
Hyperplastic polyp	3	33		3			
Juvenile polyp		1		4			
Serrated adenoma	1	5		1	6		
Inflammatory polyp	3	14		1			
Tubulovillous adenoma		8		20	4		
Villus adenoma				3	8		
Mucosa cancer			1				
Submucosa cancer					1		21
Carcinoid	1						
Consistency with magnifying endoscope(%)	67(8/12)	74(37/50)		89(33/37)	100(19/19)		100(21/21)

3 讨论

大肠粘膜腺管开口分类始于日本学者工藤进英[2][3]，其20余年的研究为镜下早期识别、诊断肿瘤及判断肿瘤侵犯深度提供了新的依据。工藤发现大肠粘膜腺管开口类型与大肠粘膜不同病变关系密切，早期大肠癌及中重度不典型增生多表现为

III、S、IV、V型,其中V型一经发现可考虑诊断为大肠癌。本组病例中放大内镜观察的失误和死角经实体镜纠正后提高了准确性,同时也提示放大内镜及实体镜与病理检查的诊断符合率是较高的,可以为操作中对病变的即时诊断提供依据。

在对本组139例病变的研究中,有5例LST,占息肉病变的比例为3.6%,直径为10~50 mm,腺管开口类型为IV、III型,其中IV型腺管开口多为绒毛状腺瘤,IIIL型为管状腺瘤。据报道LST与大肠癌关系密切,LST合并大肠癌的文献报道从8.4%~52.5%不等,并已有动态观察表明LST可在3年内发展为大肠癌[10][11]。LST在我国虽少见报道但并不代表低发病率。我们的资料表明LST是一种临床常见的大肠肿瘤。

此外本组有锯齿状肿瘤12例,大多为IV型、II型,组织学可见腺管样结构和增生样腺体,但腺体内腔呈锯齿样结构伴不同程度不典型增生。其中1例是LST伴锯齿状肿瘤,有资料表明锯齿状肿瘤与大肠癌的关系亦很密切[12]。

在本组病例中,通过放大内镜及粘膜染色技术发现1例IIC型扁平病变。腺管开口为III S型,病理类型为粘膜内癌,常规内镜几乎很难发现。肠镜中IIC型早期癌极易漏诊,在国内报道病例中也较少见。须仔细观察有无粘膜发红、苍白、血管网消失、易出血性、肠粘膜无名沟中断、病变周围白斑、中央凹陷、粘膜表面凹凸不平、肠壁轻度变形及吸气变形存在,重要的是通过粘膜染色及放大内镜进行观察,以减少早期癌的漏诊。

参考文献:

[1] 杨磊,丁彦青,张进华. 广东地区2 037例大肠癌临床病理分析[J]. 第一军医大学学报, 2003, 23(11): 1171-3.

Yang L, Ding YQ, Zhang JH. Clinicopathological analysis of 2 037 patients with colorectal cancer in Guangdong Province[J]. J First Mil Med Univ/Di Yi Jun Yi Da Xue Xue Bao, 2003, 23(11): 1171-3.

[2] Kudo Sinea, 中岛孝司, 饭沼元. 扩大电子肠镜对大肠疾患的诊断[J]. 胃与肠, 1994, 29(增刊): 163-5.

[3] 工藤進英. Early colorectal cancer-detection of depressed types of colorectal carcinoma[M]. Tokyo: Igaku-shoin Medical Publisher Inc., 1996. 50-1.

[4] 姜泊, 刘思德, 智发朝, 等. 大肠侧向发育型肿瘤25例诊治报告[J]. 第一军医大学学报, 2002, 22(2): 189-91.

Jiang B, Liu SD, Zhi FC, et al. The diagnosis and treatment of 25 cases of laterally spreading tumor of the large intestine[J]. J First Mil Med Univ/Di Yi Jun Yi Da Xue Xue Bao, 2002, 22(2): 189-91.

[5] 张振书, 姜泊. 加强大肠II c病变研究, 提高早期大肠癌诊治水平[J]. 中华消化杂志(Chin J Dig), 2001, 21(8): 453-4.

[6] 刘思德, 姜泊, 智发朝, 等. 大肠锯齿状腺瘤7例报告[J]. 第一军医大学学报, 2002, 22(3): 283-4.

Liu SD, Jiang B, Zhi FC, et al. Serrated adenoma of large intestine: report of 7 cases[J]. J First Mil Med Univ/Di Yi Jun Yi Da Xue Xue Bao, 2002, 22(3): 283-4.

[7] 姜泊. 染色内镜和放大内镜技术是提高早期大肠癌诊治水平的重要手段[J]. 第一军医大学学报, 2002, 22(5): 385-7.

Jiang B. Chromoendoscopy and higly-magnification colonoscopy in early detection of colorectal caner [J]. J First Mil Med Univ/Di Yi Jun Yi Da Xue Xue Bao, 2002, 22(5): 385-7.

[8] 张亚历, 周殿元. 重视肠镜检查方法, 提高早期大肠癌诊断水平[J]. 胃肠病学(Chin J Gastroenterol), 2002, 3(4): 253-5.

[9] Kudo S, Kashida H, Nakajima T, et al. Endoscopic diagnosis and treatment of early colorectal cancer[J]. World J Surg, 1997, 21(7): 694-701.

[10] Mainprize KS, Mortensen MC, Waren BF. Early colorectal cancer; recognition classification and treatment[J]. Brit J Surg, 1998, 85(5):469-76.

[11] Tanaka S, Haruma K, Oka S, et al. Clinicopathologic features and endoscopic treatment of superficially spreading colorectal neo-plasms larger than 20 mm[J]. Gastrointest Endosc, 2001, 54(7): 62-6.

[12] Makinen MJ, George SM, Jernvall P, et al. Colorectal carcinoma as-sociated with serrated adenoma-prevalence, histological feathers and prognosis[J]. J Pathol, 2001, 193(3): 286-94.

参考文献:

[1] 杨磊,丁彦青,张进华. 广东地区2 037例大肠癌临床病理分析[J]. 第一军医大学学报, 2003, 23(11): 1171-3.

Yang L, Ding YQ, Zhang JH. Clinicopathological analysis of 2 037 patients with colorectal cancer in Guangdong Province[J]. J First Mil Med Univ/Di Yi Jun Yi Da Xue Xue Bao, 2003, 23(11): 1171-3.

[2] Kudo Sinea, 中岛孝司, 饭沼元. 扩大电子肠镜对大肠疾患的诊断[J]. 胃与肠, 1994, 29(增刊): 163-5.

- [3] 工藤進英. Early colorectal cancer-detection of depressed types of colorectal carcinoma[M]. Tokyo: Igaku-shoin Medical Publisher Inc., 1996. 50-1.
- [4] 姜泊, 刘思德, 智发朝, 等. 大肠侧向发育型肿瘤25例诊治报告[J]. 第一军医大学学报, 2002, 22(2): 189-91.
- Jiang B, Liu SD, Zhi FC, et al. The diagnosis and treatment of 25 cases of laterally spreading tumor of the large intestine[J]. J First Mil Med Univ/Di Yi Jun Yi Da Xue Xue Bao, 2002, 22(2): 189-91.
- [5] 张振书, 姜泊. 加强大肠II c病变研究, 提高早期大肠癌诊治水平[J]. 中华消化杂志(Chin J Dig), 2001, 21(8): 453-4.
- [6] 刘思德, 姜泊, 智发朝, 等. 大肠锯齿状腺瘤7例报告[J]. 第一军医大学学报, 2002, 22(3): 283-4.
- Liu SD, Jiang B, Zhi FC, et al. Serrated adenoma of large intestine: report of 7 cases[J]. J First Mil Med Univ/Di Yi Jun Yi Da Xue Xue Bao, 2002, 22(3): 283-4.
- [7] 姜泊. 染色内镜和放大内镜技术是提高早期大肠癌诊治水平的重要手段[J]. 第一军医大学学报, 2002, 22(5): 385-7.
- Jiang B. Chromoendoscopy and higly-magnification colonoscopy in early detection of colorectal caner [J]. J First Mil Med Univ/Di Yi Jun Yi Da Xue Xue Bao, 2002, 22(5): 385-7.
- [8] 张亚历, 周殿元. 重视肠镜检查方法, 提高早期大肠癌诊断水平[J]. 胃肠病学(Chin J Gastroenterol), 2002, 3(4): 253-5.
- [9] Kudo S, Kashida H, Nakajima T, et al. Endoscopic diagnosis and treatment of early colorectal cancer[J]. World J Surg, 1997, 21(7): 694-701.
- [10] Mainprize KS, Mortensen MC, Waren BF. Early colorectal cancer; recognition classification and treatment[J]. Brit J Surg, 1998, 85(5):469-76.
- [11] Tanaka S, Haruma K, Oka S, et al. Clinicopathologic features and endoscopic treatment of superficially spreading colorectal neo-plasms larger than 20 mm[J]. Gastrointest Endosc, 2001, 54(7): 62-6.
- [12] Makinen MJ, George SM, Jernvall P, et al. Colorectal carcinoma as-associated with serrated adenoma-prevalence, histological feathers and prognosis[J]. J Pathol, 2001, 193(3): 286-94.