

形或亚蒂状,直径 0.5~1.2 cm,表面黏膜充血水肿,伴炎性渗出物附着,息肉之间黏膜正常。经内镜下高频电圈套切除全部息肉,息肉残端发白,术中未见出血。息肉回收送病理检查,直肠多发性息肉,炎性肉芽组织形成的帽区,其下为增生的隐窝上皮,有炎症及陈旧性出血,部分区域腺管破裂及黏液湖形成,病变符合直肠炎症性帽状息肉病。患者术后 3 个月复查内镜,直肠黏膜光滑,无息肉残留。

讨论 直肠炎症性帽状息肉病是一种罕见的肠道疾病,具有独特的临床、内镜和组织学表现。1985 年由 Williams 等首先提出,多发生在肛管直肠黏膜脱垂的基础上,可见于各年龄段。病变可能是由于肛管直肠黏膜和黏膜下层组织脱垂后造成一过性缺血引起的继发改变。患者表现为黏液血便、便血、里急后重、体重减轻等。病变主要发生在直肠远端,且常为多发,大小从数毫米至 2 cm,表现为半球形或亚蒂状息肉,呈暗红色,伴有纤维状、脓性和黏液样分泌物,息肉之间间隔以正常或水肿黏膜。病理下表现为非肿瘤性息肉,由延长、变形的增生隐窝构成,隐窝常扩张并伴炎症,固有层内可见急慢性炎症,并有特征性的炎性肉芽组织和纤维素帽覆盖在邻近隐窝的开口处。除特殊的帽状结构外,息肉其他的形态类似增生性息肉或腺瘤。间质常可见杂乱增生的平滑肌束自黏膜肌层向上延伸,这种表现常见于肛管直肠黏膜脱垂。鉴别诊断包括黏膜脱垂综合征、炎性和腺瘤性息肉、结直肠癌、恶性淋巴瘤、炎症性肠病等。根据内镜和组织病理学特征性表现可诊断炎症性帽状息肉。幽门螺杆菌

(HP)根除治疗 HP 阳性的帽状息肉病患者的疗效已被报道,2016 年日本 HP 研究会在其治疗指南中将帽状息肉病列为可能与 HP 相关的疾病。但本文 2 例患者经碳-14 呼气试验和内镜胃黏膜活检快速尿素酶试验检测,均无 HP 感染的证据。

有文献报道 2 例结肠帽状息肉病,1 例为内镜下具有帽状表层的息肉,并无组织病理学特征性表现;1 例为血吸虫卵性息肉,由大量虫卵沉积,纤维组织和上皮细胞明显增生而形成^[1-2]。以上 2 例与本文 2 例直肠炎症性帽状息肉病的特征性病理改变完全不同。本文 2 例直肠炎症性帽状息肉病均无 HP 感染证据,未进行抗 HP 感染治疗。2 例患者直肠多发性息肉通过内镜下高频电圈套切除,术后 3 个月复查内镜无残留及复发。

利益冲突 所有作者声明不存在利益冲突

参 考 文 献

[1] 刘宗良,薛育政,张萍芳,等.结肠帽状息肉病一例[J].中华消化内镜杂志,2007,24(4):265. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1007-5232.2007.04.032.
[2] 赵新兵.结肠帽状息肉的再分析[J].中华消化内镜杂志,2010,27(6):286. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1007-5232.2010.06.002.

(收稿日期:2020-04-29)
(本文编辑:周昊)

扁平隆起型乙状结肠侧向发育型肿瘤一例

余凤莲¹ 林芳峰¹ 林建龙² 付肖岩¹

¹福建中医药大学附属第二人民医院消化内镜室,福州 350003;²福建中医药大学附属第二人民医院病理科,福州 350003

通信作者:付肖岩,Email:1420700787@qq.com

【摘要】 通过回顾 1 例扁平隆起型乙状结肠侧向发育型肿瘤(laterally spreading tumor,LST)的临床诊治过程,探讨扁平隆起型大肠 LST 在内镜下可能的漏诊原因,以期提高 LST 临床检出率;通过文献复习,对 LST 的内镜诊断、病理类型、临床特征与治疗情况进行分析与思考,为今后临床对 LST 的研究和诊治提供参考。

【关键词】 乙状结肠肿瘤; 结肠镜检查; 侧向发育型肿瘤; 内镜治疗

基金项目:福建省自然科学基金(2017501303)

DOI:10.3760/cma.j.cn321463-20200502-00735

Laterally spreading tumor of sigmoid colon flat uplift type: a case report

Yu Fenglian¹, Lin Fangfeng¹, Lin Jianlong², Fu Xiaoyan¹

¹Digestive Endoscopy Room, The Second Affiliated Hospital of Fujian Traditional Chinese Medical University, Fuzhou 350003, China; ²Department of Pathology, The Second Affiliated Hospital of Fujian Traditional Chinese Medical University, Fuzhou 350003, China

Corresponding author: Fu Xiaoyan, Email: 1420700787@qq.com

患者女,67 岁,因父亲及叔叔有肿瘤病史,于 2017-06-23 在福建中医药大学附属第二人民医院体检行结肠镜检查,发现乙状结肠距肛门 18 cm 有一大小 2.5 cm×3.0 cm 侧向生长扁平隆起型病变,表面光滑,见一大小 0.2 cm×0.2 cm 结节样隆起,边界清,周边可见白斑。符合内镜下切除适应证,收住消化内科。癌胚抗原定量 5.15 ng/mL;全腹 CT 平扫+增强:乙状结肠冗长,结肠未见明显占位性病变,肝脏多发低密度灶,考虑为血管瘤;其余检查未见明显异常。患者既往体健。家族史:其父 57 岁时因贲门腺癌行外科手术,术后生存 37 年;其叔 59 岁时因直肠癌行外科手术,2 年后局部复发,术后生存 18 年。排除手术禁忌证后,拟行 ESD。术前再次观察,病灶处于乙状结肠拐角处,见部分黏膜粗糙增厚,边缘呈花瓣状或伪足样突出,吸气后病灶柔软、抬高,表面欠规整(图 1);靛胭脂染色见病灶黏膜明显肥厚、表面凹凸不平,呈 II-a 型病变,pit 分型大部分呈现 Vi 型(轻度不整),大小不同,排列紊乱,非对称性结构(图 2);窄带光成像下病灶呈

茶色改变,放大内镜示不规则血管的厚度和分布相对不均匀,网格状腺管开口显示不规则光滑的腺管结构,边缘未破坏(图 3)。术中沿着病灶外围 0.5 cm 处标记,黏膜下注射 1:10 000 肾上腺素+生理盐水注射液后,抬举征(+),用 Dual 刀切开病灶肛侧,沿黏膜下剥离完整病灶,手术过程顺利,无活动性出血。ESD 标本大小 3.5 cm×4.0 cm,置入 10% 甲醛溶液后送病理科。术后予禁食、肛管排气、补液营养支持等治疗。术后病理诊断(图 4):管状腺瘤伴高级别上皮内瘤变,伴局灶癌变(中分化管状腺癌),大小 2.0 cm×1.8 cm,浸润黏膜肌层及黏膜下层,肿瘤细胞靠近边切缘及底切缘。免疫组化:p53(+++, 错义突变型),Ki-67(85%+),MUC2(+),CKpan(+),Villin(+),CDX-2(+),CD34(-),TS(-),TopoII(+),CEA(+);结肠癌微卫星不稳定性免疫组化筛查结果——微卫星稳定性(MSS):MLH1(+),MSH2(+),MSH6(+),PMS2(+)。经外科医师会诊,考虑癌细胞靠近边切缘及底切缘,遂行根治性乙状结肠癌切除术。外科术后病理:

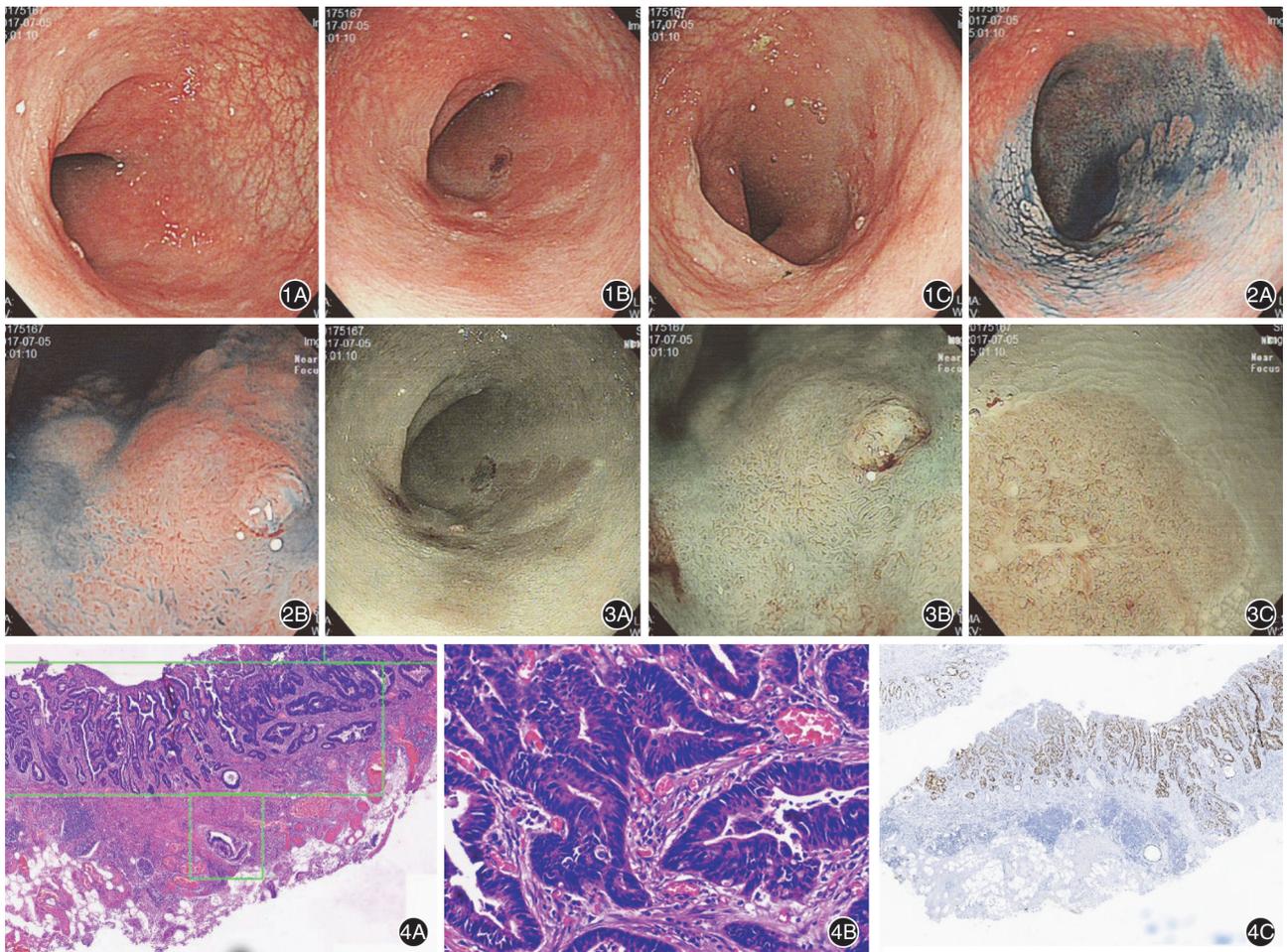


图 1 扁平隆起型乙状结肠侧向发育型肿瘤白光内镜表现 1A:白光下乙状结肠见一扁平隆起,黏膜发红、增厚;1B:病灶黏膜下血管网消失,周边呈伪足状;1C:吸气后病灶柔软、抬高,表面欠规整 图 2 靛胭脂染色 2A:病灶边界清;2B:表面 pit 分型大部分呈现 Vi 型(轻度不整) 图 3 窄带光成像 3A:病灶呈茶色改变,边界清;3B:放大见不规则血管的厚度和分布相对不均匀;3C:网格状腺管开口显示不规则光滑的腺管结构,边缘未破坏 图 4 术后病理 4A:管状腺瘤伴高级别上皮内瘤变,伴局灶癌变(中分化管状腺癌),绿框中表示癌组织 HE ×100;4B:局灶癌变组织(中分化管状腺癌) HE ×200;4C:免疫组织化学染色,Ki-67(85%+) ×100

未见癌组织残留,标本两侧切端、肠周切缘均未见癌组织累犯,肠周未见淋巴结转移。术后 3、6、12 个月随访,患者无特殊不适。术后复查 2 次结肠镜及全腹平扫+增强 CT,未见复发征象。

讨论 大肠侧向发育型肿瘤(LST)是一种直径>1 cm 沿着肠腔内壁横向延伸,极少向肠壁深层垂直侵犯的非息肉样肿瘤病变^[1]。根据黏膜表面是否有结节状隆起分为颗粒型和非颗粒型,前者根据结节大小分布进一步分为颗粒均一型和结节混合型,后者根据是否凹陷分为扁平隆起型和假凹陷型^[2]。本病例按照上述分类标准,属于扁平隆起型。由于 LST 侧向生长的特征,白光内镜下不易观察极易漏诊,本例从形态学上为扁平隆起型,其易漏诊原因如下:①病灶在白光下仅见黏膜色泽发红,黏膜稍增厚隆起,血管网不清,易误为镜身摩擦引起;②病灶处于直乙交界处,结肠扭曲,肠腔狭窄,暴露困难,不易观察全貌。因此笔者认为内镜下应警惕黏膜表面结构改变(如粗糙、肥厚、凹陷等)、色泽异常、血管网中断或消失以及无名沟中断及其他异常表现。对于结肠某些特殊部位,如回盲瓣、升结肠、肝曲、脾曲、乙状结肠,更应有意识减慢观察或反转内镜观察。对于可疑病变可通过电子染色内镜、放大内镜、共聚焦激光内镜及色素内镜等技术强化病灶在内镜下的表现,可提高 LST 检出率,同时确定病变范围、肿瘤浸润深度及对组织病理学信息初步诊断。操作医师对 LST 清晰的认识以及提高肠道清洁程度也是肠腔内发现此类病灶的关键因素。

LST 相比传统隆起型腺瘤存在更高的恶性潜能,研究表明发病部位、形态学分型、直径大小均是 LST 癌变相关危险因素,而与年龄、性别无明显相关^[3]。对于 LST 好发部位,国内外学者仍存在争议,这种分布差异可能与样本量、地区和人种有关,总的研究表明 LST 多见直肠和右半结肠。LST 发生癌变及黏膜下浸润与直径大小不存在严格相关性^[4]。LST 黏膜下浸润癌的发生与 pit 分型、JENT 分型和病理有高度相关性,如有局限性的 Vi 型(严重不规则性)或 Vn 型腺管,微血管局限性稀疏、消失、中断,并出现表面无结构区域,则有可能发生黏膜下深浸润性癌,需要手术切除^[5]。Prak 等^[6]回顾性分析内镜下切除的 324 例 LST 患者侧切缘阳性局部复发的长期临床转归,显示侧切缘阳性复发率约 6.3%,术中联合热消融治疗复发率可大大降低。

治疗上,相对于传统隆起型腺瘤,结肠镜下一旦发现 LST,应积极干预^[3]。对于未发生黏膜下浸润或转移的 LST,均可选择内镜下切除。怀疑黏膜下浅层浸润的 LST 行诊断性 ESD 也被认可。因 LST 很少向黏膜下层浸润,故一般直径<2 cm 的 LST 通常采用 EMR 切除;直径>2 cm 的 LST,ESD 被推荐为治疗的标准方法^[7]。对于术中操作困难病灶,可行黏膜分片切除术,但复发率高,术后应密切随访。病灶不能充分暴露者,直肠常选择反转法内镜黏膜切除术,回盲部、结肠可在外力辅助牵引下手术。为了一次性完整切除病灶,获得完整病理学评估,避免手术操作时间过长,降低手

术难度减少并发症,也可选择预切开内镜黏膜切除术、注水法内镜黏膜切除术、多环黏膜套扎切除术等。如电子染色放大内镜检查腺体开口不规则或者无结构,局部血管增粗、迂曲,pit 分型为 V 型,提示黏膜下癌,内镜超声检查黏膜下层与固有肌层分界不清,提示浸润癌,常需要外科手术治疗。若发现边缘有少量肿瘤组织残留或局部复发危险因素,可定期随访复查或氩离子凝固术治疗,或外科手术治疗。ESD 术前完整正确标记病变,术中完整、整块切除是防止复发的关键。本病例 ESD 术前标记在病灶外 0.5 cm,术后病理提示边切缘癌组织残留,那么是否认为此类边缘呈伪足状突出的病灶,肿瘤细胞更易向周边侵袭,这与近年来学者提出的“skirt”术后局部更易复发^[8]是否存在联系尚待进一步研究。因此笔者建议类似非颗粒型 LST,术前评估是术式选择的关键。

利益冲突 所有作者声明不存在利益冲突

参 考 文 献

- [1] Kudo S. Endoscopic mucosal resection of flat and depressed types of early colorectal cancer [J]. Endoscopy, 1993, 25 (7): 455-461. DOI: 10.1055/s-2007-1010367.
- [2] Kudo S, Kashida H, Yamano H, et al. Laterally spreading tumors of the colon [J]. Gastrointest Endosc, 1996, 43 (4): AB367. DOI: 10.1016/S0016-5107(96)80308-7.
- [3] 朱良亮,单永琪,闫飞虎,等. 大肠侧向发育型肿瘤癌变的临床病理相关风险因素研究 [J]. 海军医学杂志, 2018, 39 (2): 121-124. DOI: 10.3969/j.issn.1009-0754. 2018. 02. 011.
- [4] Uraoka T, Saito Y, Matsuda T, et al. Endoscopic indications for endoscopic mucosal resection of laterally spreading tumours in the colorectum [J]. Gut, 2006, 55 (11): 1592-1597. DOI: 10.1136/gut.2005.087452.
- [5] Sumimoto K, Tanaka S, Shigita K, et al. Clinical impact and characteristics of the narrow-band imaging magnifying endoscopic classification of colorectal tumors proposed by the Japan NBI Expert Team [J]. Gastrointest Endosc, 2017, 85 (4): 816-821. DOI: 10.1016/j.gie.2016.07.035.
- [6] Park EY, Baek DH, Song GA, et al. Long-term outcomes of endoscopically resected laterally spreading tumors with a positive histological lateral margin [J]. Surg Endosc, 2020, 34 (9): 3999-4010. DOI: 10.1007/s00464-019-07187-x.
- [7] Saito Y, Sakamoto T, Nakajima T, et al. Colorectal ESD: current indications and latest technical advances [J]. Gastrointest Endosc Clin N Am, 2014, 24 (2): 245-255. DOI: 10.1016/j.giec.2013.11.005.
- [8] Miyamoto H, Ikematsu H, Fujii S, et al. Clinicopathological differences of laterally spreading tumors arising in the colon and rectum [J]. Int J Colorectal Dis, 2014, 29 (9): 1069-1075. DOI: 10.1007/s00384-014-1931-x.

(收稿日期:2020-05-02)

(本 文 编 辑 : 朱 悦)