文章编号:1000-5404(2014)24-2489-03

论著

大肠侧向发育型肿瘤的内镜下分型与术后病理的相关性分析

彭 学,樊超强,于 劲,杨 歆,邓 磊,谢 霞,廖忠莉,聂绪彪,鲜承宏,刘 恩,杨仕明,柏健鹰 (400037 重庆,第三军医大学新桥医院消化内科)

[摘要] **目的** 探讨大肠侧向发育型肿瘤(laterally spreading tumor ,LST)内镜下的形态特征与病理学类型的关系,为治疗方式的选择提供依据。**方法** 对我中心已行内镜手术或外科手术治疗的165例LST患者的临床资料进行回顾性分析(165例患者中,行内镜手术126例,外科手术22例)。**结果** 165例LST患者中,其中颗粒均一型(LST-G-H)9个,结节混合型(LST-G-M)124个,平坦隆起型(LST-NG-F)32个,假凹陷型(LST-NG-PD)0个。病理结果:癌变16个,低级别上皮内瘤变74个,高级别上皮内瘤变55个,息肉或腺瘤20个。结节混合型的高级别上皮内瘤变及黏膜下癌的发生率47.58%(59/124),高于颗粒均一型22.22%(2/9),但无显著差异;平坦隆起型的高级别上皮内瘤变及黏膜下癌的发生率31.25%(10/32)。总体比较:各亚型的病理类型比例之间无显著性差异($\chi^2=7.6301$,$P=0.2665$),各亚型和病理类型在形态特点的分布比例也无显著性差异($P>0.05$),但在颗粒型、非颗粒型中,LGIN、HGIN以及Cancer的分布具有显著差异($P<0.01$)。**结论** 大肠LST内镜形态具有一定的特殊性,与大肠癌的关系密切,多发生于直肠。其内镜下各分型的癌变率及恶性潜能均较高,需引起临床高度重视,及时采取相应治疗措施。

[关键词] 大肠侧向发育型肿瘤;内镜;病理学;分型
[中图法分类号] R730.2;R730.49;R735.34 [文献标志码] A

Correlation between endoscopic types and postoperative pathology of colorectal laterally spreading tumor: report of 165 cases

Peng Xue, Fan Chaoqiang, Yu Jin, Yang Xin, Deng Lei, Xie Xia, Liao Zhongli, Nie Xubiao, Xian Chenghong, Liu En, Yang Shiming, Bai Jianying (Department of Gastroenterology, Xinqiao Hospital, Third Military Medical University, Chongqing, 400037, China)

[**Abstract**] Objective To evaluate the correlation between endoscopic morphology of the colorectal laterally spreading tumor (LST) with the pathological type. Methods The clinical data of 165 LST patients who had endoscopic or surgical treatment were retrospectively analyzed. In the 165 patients, 126 underwent endoscopic treatment, and 22 underwent surgical treatment. Results Among the 165 cases, there were 9 cases of homogeneous granular type (LST-G-H), 124 cases of nodular mixed type (LST-G-M), 32 cases of flat elevated type (LST-NG-F), and 0 case of pseudo-depressed type (LST-NG-PD). The pathology results showed that there were 16 cases of canceration, 74 cases of low-grade intraepithelial neoplasia (LGIN), 55 cases of high-grade intraepithelial neoplasia (HGIN) and 20 cases of adenomatous polyp. The incidence of HGIN and submucosal carcinoma of LST-G-M was 47.58% (59/124), which was higher than that of LST-G-H (22.22%, 2/9), but there was no significant difference. The incidence of HGIN and submucosal carcinoma of LST-NG-F was 31.25% (10/32). Totally, the proportion of pathological types of each endoscopic type of LST had no significant difference (*Chi* square = 7.6301, $P=0.2665$). The endoscopic type and pathological type had no significant difference in the morphological feature distribution proportion ($P>0.05$). But between the

[通信作者] 柏健鹰,电话:(023)68774004,E-mail: 454535815@qq.com
[优先出版] http://www.cnki.net/kcms/detail/51.1095.R.20141023.0954.001.html(2014-10-23)

granular type and the non-granular type, the distribution difference of the LGIN, HGIN and cancer was remarkably significant ($P<0.01$). **Conclusion** The endoscopic morphology of LST has certain particularity, is closely associated with colorectal cancer, and is numerously located in the rectum. The canceration rate and malignant potential of each endoscopic type of LST are relatively high, which requires more attention and corresponding treatment measures.

[**Key words**] laterally spreading tumor; endoscopic morphology; pathological type

Corresponding author: Bai Jianying, Tel: 86-23-68774004, E-mail: 454535815@qq.com

大肠侧向发育型肿瘤(laterally spreading tumor, LST)是指大肠黏膜的一类表浅、平坦隆起型病变,主要沿大肠黏膜呈侧向发育型生长,病变直径至少在10 mm以上,日本学者工藤将LST分为颗粒型与非颗粒型,其中颗粒型又分为颗粒均一型和结节混合型,非颗粒型分为扁平隆起型和假凹陷型。最早日本学者报道,认为与结肠癌关系密切[1]。LST是一种特殊类型的结直肠病变,与结直肠其他息肉型病变相比,它具有更高的恶性潜能[2]。日本1组研究指出LST癌变率为8.4%~52.5%,且经动态观察发现LST病变可在3年内发展为进展期大肠癌[3]。不同亚型的LST具有不同的恶性潜能,有研究发现LST-NG较LST-G具有更高的恶变率,但与病变大小无关[4]。国内有文献提出,当LST>20 mm,病灶肉眼分型为结节混合型时,应高度警惕癌的发生[3]。本研究发现LST-G的结节混合型及颗粒均一型也同样具有较高的恶变率及恶性潜能。提醒临床医师正确、谨慎对待每一亚型LST患者。如能对LST及时进行内镜下干预处理,则可以从根本上改变大肠癌的发病率及预后。我们对165例LST的不同类型及亚型间与其病理检查结果进行对照分析,报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

收集2009年3月至2014年7月在新桥医院消化科内镜中心门诊或住院患者行肠镜检查中诊断为LST病例217例,所有患者检查前均签署肠镜检查知情同意书。剔除52例没有病理资料的LST患者,其余165例均纳入研究,年龄最大者80岁,最小者34岁,平均62岁。对165例LST患者内镜检查图片资料进行再次确认、分型。分型标准[5]:先根据病变表面形态是否呈颗粒集簇样改变,分为颗粒型(LST-G)和非颗粒型(LST-NG)。再进一步分为4个亚型:(1)颗粒均一型(LST-G-H):内镜下表面颗粒均一,大小形态基本一致,直径<3 mm;(2)结节混合型(LST-G-M):表面也呈颗粒状,但颗粒大小不一,病变周边或中央混杂有较大结节样颗粒,直径>3 mm;(3)扁平隆起型(LST-NG-F):表面呈扁平样改变,无颗粒,周边常呈伪足样向四周突出,其整体外形类似花瓣状;(4)假凹陷型(LST-NG-PD):表面呈扁平样改变,同时中央部分见轻度凹陷。

病理类型依据WHO消化道肿瘤病理分类标准及维也纳标准,其中高级别上皮内瘤变相当于重度非典型增生、原位癌及黏膜内癌;黏膜下癌指肿瘤侵透黏膜肌层达黏膜下层[6]。

1.2 统计学处理

采用SPSS 20.0统计软件进行统计分析。计数资料采用百分比[n(%)]表示,组间差异采用卡方(χ^2)或Fisher's精确概率检验。

2 结果

2.1 LST位置分布

165例患者中男性94例,女性71例,年龄最大者80岁,最小者34岁,平均年龄62岁。病灶位置分布见表1。LST多发生于直肠,本组数据直肠LST发生率高达73.94%,但全结肠均可发生。

表1 大肠侧向发育型肿瘤位置分布情况[n(%)]

位置	例数	百分比(%)
直肠	122	73.94
乙状结肠	9	5.45
降结肠	3	1.82
横结肠	9	5.45
升结肠	13	7.88
盲肠	9	5.45

2.2 LST各亚型和临床病理学的关系

165例LST患者中,结节混合型(124例)明显多于颗粒均一型(9例),并且结节混合型的高级别上皮内瘤变及黏膜下癌的发生率47.58%(59/124)高于颗粒均一型22.22%(2/9),但无显著差异($\chi^2=2.173\ 2$, $P=0.140\ 4$)。但本组数据显示颗粒均一型的高级别上皮内瘤变及黏膜下癌的发生率22.22%(2/9)明显高于文献[6]报道的结果2.9%(1/34),差异显著($\chi^2=4.076\ 3$, $P=0.043\ 5$,表2)。总体比较,$\chi^2=7.630\ 1$, $P=0.266\ 5$,即各亚型的病理类型比例之间无显著性差异。

表2 165例LST各亚型和临床病理学的关系[n(%)]

病理类型	LST-G-H	LST-G-M	LST-NG-F	合计
息肉或腺瘤	1(11.11)	12(9.68)	7(21.88)	20
低级别上皮内瘤变	6(66.67)	53(42.74)	15(46.88)	74
高级别上皮内瘤变	1(11.11)	47(37.90)	7(21.88)	55
黏膜下癌	1(11.11)	12(9.68)	3(9.38)	16
合计	9	124	32	165

2.3 LST两种类型的病理分布比较

本组165例LST,其中颗粒型133例,占80.61%,非颗粒型32例占19.39%,下表为针对颗粒型与非颗粒型,就其发生低级别上皮内瘤变、高级别上皮内瘤变及癌变进行分布比较(表3)。结果显示无论是颗粒型还是非颗粒型,其发生低级别、高级别上皮内瘤变以及癌变的分布情况存在显著差异,主要是低或高级别上皮内瘤变,但两者超过9%的癌变率仍需引起临床医师的高度重视,及早采取相应治疗措施进行干预。

表3 165例大肠侧向发育型肿瘤两种类型低级别、高级别上皮内瘤变及癌变的发生率比较[n(%)]

类型	n	LGIN	HGIN	Ca	χ^2	P
颗粒型	133	59(44.36)	49(36.84)	13(9.77)	41.6579	<0.001
非颗粒型	32	15(46.88)	7(21.21)	3(9.38)	12.1149	0.0023

3 讨论

LST除假凹陷型外,其他类型的LST病灶多易于在内镜下发现并诊断。假凹陷型LST日本报道为2.6%~10.4%,本组数据未检出假凹陷型LST,文献[7]认为假凹陷型黏膜病变轻微,内镜下极难识别有关,有漏检的可能。因此,要提高对此型LST的认识,对于肠道黏膜发红或粗糙、血管网不清或消失者,最好进行黏膜染色,内镜下仔细辨别[8]。

对于LST病灶是否行活检,本研究认为除结合内镜下分型外,还应根据病灶的具体形态决定。文献[8]报道认为活检无法反映LST病变的全貌,同时可因活检造成病变组织破坏导致与黏膜下层或肌层粘连,增加内镜下剥离的难度。由于LST病灶至少在1cm以上,多数早期癌常在病变的局部,仅凭常规活检不能判断整个病灶的性质,也有可能破坏黏膜表面的完整性,不利于进一步的病理诊断[3]。但如发现病灶存在明确的溃疡或溃烂、糜烂及血痂附着,则恶变的可能性极大,建议可在相应区域活检以获取病理证据。

本组数据仅仅从LST的内镜下分型与其病理结果进行相关性分析,未结合病变的腺管开口及微血管分型等进行病理对照研究,存在一定的局限性。因此,针对结直肠病变,建议仍应遵循有关学者提出的3步诊断策略,即在常规内镜观察时发现病灶后,转换成NBI模式观察,判断其微血管分型(佐野分型)。如果为Ⅰ型CP则推荐随访。Ⅱ型CP者则建议内镜切除。如为Ⅲ型CP,可行色素内镜检查,细致观察小凹分型,再决定治疗策略[9]。即使由于相关设备配备问题,无法严格按照上述策略进行诊断,也应具备对于LST常规内镜诊断的能力,一旦发现LST,建议患者及时采取相应治疗[10-11]。

参考文献:

[1] 李兆申, 金震东, 邹多武. 胃肠道疾病内镜诊断与治疗学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2009: 311-312.
[2] 汪旭, 谢莹, 周环, 等. 68例大肠侧向发育性肿瘤内镜下腺管开口类型与病理的对比研究[J]. 现代肿瘤医学, 2010, 18(5): 935-937.
[3] 雷宇锋, 刘变英, 陈星. 大肠侧向发育型肿瘤的诊治探讨[J]. 中华消化内镜杂志, 2006, 23(3): 203-205.
[4] Hurlstone D P, Sanders D S, Cross S S, et al. Colonoscopoic resection of lateral spreading tumours: a prospective analysis of endoscopic mucosal resection[J]. Gut, 2004, 53(9): 1334-1339.
[5] Kudo S E, Lambert R, Allen J I, et al. Nonpolypoid neoplastic lesions of the colorectal mucosa[J]. Gastrointest Endosc, 2008, 68(4 Suppl): S3-S47.
[6] 徐美东, 王小云, 周平红, 等. 内镜黏膜下剥离术治疗不同亚型结直肠侧向发育型肿瘤的临床与病理研究[J]. 中华消化内镜杂志, 2012, 29(8): 422-428.
[7] 刘思德, 李明松, 陈学清, 等. 大肠侧向发育型肿瘤(LST)的内镜诊治[J]. 解放军医学杂志, 2004, 29(11): 928-931.
[8] 袁珂, 吴俊超. 大肠侧向发育型肿瘤的内镜形态及内镜下治疗[J]. 基层医学论坛, 2013, 17(16): 2049-2051.
[9] Cohen J. 消化内镜高清内镜和窄带成像综合图谱[M]. 黄志刚, 译. 北京:人民卫生出版社, 2012.
[10] 付兰英, 王雷, 杨小军, 等. 内镜黏膜剥离术治疗41例大肠侧向发育型肿瘤的疗效分析[J]. 第三军医大学学报, 2012, 34(21): 2200-2203.
[11] 唐媛, 李春花, 于劲. 内镜黏膜下剥离术治疗大肠侧向发育型肿瘤的护理[J]. 局解手术学杂志, 2013, 22(2): 224-225.

(**收稿**:2014-09-26;**修回**:2014-10-15)
(编辑 王 红)