

2 712 例大肠息肉临床病理特点分析

Clinicopathologic Analysis of 2 712 Cases with Colorectal Polyp

MA Hao-qing

马浩清

(海宁市中医院, 海宁市肿瘤研究所, 浙江 海宁 314400)

摘要: [目的] 探讨本地区大肠息肉发生的部位、大小及病理分型特点。 [方法] 对海宁市 2007 年 1 月至 2010 年 12 月“大肠癌早诊早治筛查”肠镜检出的病变(癌腺瘤、息肉)进行分析, 包括检出率、性别和年龄分布、病变部位、大小、数目、有蒂或无蒂、病理类型及癌变情况等。 [结果] 电子肠镜检查 11 445 例, 检出大肠病变 2 712 例, 检出率 23.70%; 接受治疗 2 108 例, 占应治疗数的 77.72%; 患者平均年龄 56.88 岁; 76.49% 的肠息肉 $\leq 0.5\text{cm}$; 69.63% 的肠息肉集中于横结肠以下的左半结肠; 21 例发生癌变, 癌变率 1.00%; 腺瘤性息肉中高级别上皮内瘤变比例为 10.98%。 [结论] 中老年人肠息肉的检出率较高, 息肉好发于左半结肠, 病理类型以炎性息肉和腺瘤性息肉多见, 大肠息肉不论大小应尽可能切除, 全瘤送检。

关键词: 肠息肉; 肠镜; 临床病理学

中图分类号: R574.6 **文献标识码:** B

文章编号: 1671-170X(2013)04-0314-02

海宁市于 2006 年被国家卫生部确定为全国大肠癌早诊早治示范基地, 对全市社区 40~74 岁目标人群进行大肠癌早诊早治筛查。大肠息肉是消化道常见疾病, 部分大肠腺瘤、息肉具有恶变潜能。本文对 2007 年 1 月至 2010 年 12 月大肠癌筛查检出的大肠息肉患者进行了临床、病理观察及癌变相关性分析, 旨在探讨自然人群中大肠病变发生、发展及其分布规律。

1 资料与方法

1.1 筛查方法

40~74 周岁海宁市户籍人口被列为筛查对象, 初筛包括: 病史问卷调查, 两次大便隐血试验(FOBT), 即间隔 1 周后进行第 2 次大便送检, 并将问卷调查资料及 2 次 FOBT 结果输入电脑, 筛选出高危人群, 然后, 用电子肠镜对高危人群作进一步检查, 对肠道病变(癌、腺瘤、息肉)切(摘)除后送病理检验。

1.2 息肉活检

标本来源于内镜下直接钳除、圈套高频电凝电切、癌症患者手术切除的组织送病理科, 采用 10% 中性福尔马林溶液固定, HE 染色, 显微镜下观察。

1.3 病理分型

参照世界卫生组织的大肠息肉病理分型标准, 本组资料的病理分型分为 6 种: 炎性息肉、增生性息肉、幼年性息肉、

管状腺瘤、绒毛状腺瘤和混合型腺瘤。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 统计软件进行统计, 率的比较采用卡方检验或者 Fisher 精确概率法检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 一般资料分类

应检人数为 123 740 例, 实际完成初筛 112 177 例, 顺应率为 90.66%。通过病史问卷调查、大便隐血试验(FOBT)确定高危人群 14 515 例, 占筛查人数的比例为 12.94%; 完成电子结肠镜检查 11 445 例(男性 5 143 例, 女性 6 302 例), 顺应率为 78.88%; 检出大肠病变(癌腺瘤、息肉)2 712 例, 检出率为 23.70%, 其中男性 1 525 例, 女性 1 187 例, 男女之比 1.29:1, 男女检出率分别为 29.65%、18.84%, 男性明显高于女性。平均年龄为 56.88 岁。其中 2 108 例患者在我院电摘或手术切除, 并送病理组织学检查。

2.2 肠镜检查结果

大肠息肉以单发、无蒂型为主, 76.49% 的大肠息肉 $\leq 0.5\text{cm}$ 。大肠息肉主要分布在直肠(29.26%)和乙状结肠(37.12%)(Table 1)。

2.3 组织学分类及癌变情况

2 108 例行病理组织学检查(Table 1), 其中 1 例家族性多发性腺瘤病伴低级别上皮内瘤变, 2 例 Peutz-Jeghers 综合征多处活检未发现癌变。共有 21 例息肉发生癌变, 病理组织学均为腺瘤癌变(Table 2)。

3 讨论

大肠息肉是常见的消化道肠黏膜病变, 在临床常见且多发^[1]。本次普查大肠息肉检出率 23.70%, 患者平均年龄 56.88 岁, 提示大肠息肉多发生在中年以后, 这可能跟息肉随年龄增长而增大后才出现症状有关。男女检出率分别为 29.65%、18.84%, 不具有显著性差异, 说明息肉的发生情况与性别无明确的关系。

有资料表明^[2]大肠息肉分布以左半结肠为主, 直肠、乙状结肠及降结肠达 79.95%, 本组大肠息肉中直肠、乙状结肠及降结肠占 69.93%, 与其接近。这提示肠镜检查应该尽可能到达回盲部, 对全结肠进行仔细的检查, 重点观察左半结肠。本

基金项目: 中央财务公共卫生转移支付项目
收稿日期: 2012-07-09; 修回日期: 2013-01-25

Table 1 Examination results for colorectal lesions

Items	n	Percentage (%)
Number of lesions		
Solitary	1790	66.00
Multiple	922	34.00
Size(cm) [*]		
≤0.5	2570	76.49
0.6~1.0	537	15.98
1.1~2.0	211	6.28
≥2.1	42	1.25
Basement [*]		
With pedicle	1023	30.45
Without pedicle	2337	69.55
Location [#]		
Rectum	838	29.26
Sigmoid colon	1012	37.12
Decending colon	91	3.63
Transverse colon	223	8.41
Ascending colon	204	7.58
Ileocecal region	124	4.47
Total colorectum	273	9.53
Histology [▲]		
Non-adenomatous polyp(non-canceration)		
Inflammatory	747	35.44
Hyperplastic	210	9.96
Juvenile	58	2.75
Adenomatous polyp		
Tubular	867	41.13
Villous	66	3.13
Mixed type	160	7.59

^{*}Including multiple lesions;

[#]Multiple polyps located in different intestinal segment;

[▲]2 108 cases underwent pathologic examination.

Table 2 Canceration of adenomatous polyp

Classification for adenomatous polyp	Canceration rate (%)	Rate of high-grade intraepithelial neoplasia (%)
Tubular	0.92(8/867)	4.73(41/867)
Villous	4.55(3/66)	80.30(53/66)
Mixed type	6.25(10/160)	16.25(26/160)

次普查资料显示息肉：腺瘤性息肉占 51.85%，炎性息肉占 35.44%，增生性息肉占 9.96%，幼年性息肉占 2.75%，与文献报道相符^[3]。

目前大肠癌发生的病因尚不完全清楚，但大部分大肠癌是由息肉（主要是腺瘤性息肉）癌变所致^[4]。Dakubo 等^[5]认为 50%~70%的大肠癌来源于腺瘤，腺瘤演变成癌需 10 年左右，腺瘤性息肉的癌变率为 2.9%~9.4%。本组资料 2 108 例中癌

变息肉 21 例，癌变率 1.00%。这 21 例全部为腺瘤性息肉，癌变率达 1.92%，其中绒毛状腺瘤癌变率 4.55%，混合型腺瘤癌变率 6.25%。绒毛状腺瘤性息肉高级别上皮内瘤变比例高达 80.30%，与管状和混合型腺瘤性息肉相比有显著性差异 ($P < 0.05$)，应引起临床的重视。

Douma 等^[6]报道多发性家族性息肉病癌变率可达 100%，且发生癌变的年龄较轻。本组中有 1 例多发性家族性息肉病患者 55 岁，在肝曲至直肠散在性多发性息肉约百余颗，在 0.2~1.4cm 之间，对该患者进行了全结肠切除手术。

本组观察中发现 79.49%的肠息肉 ≤0.5cm，>1.0cm 的肠息肉占 7.53%，这提示肠镜检查时需仔细操作，以免遗漏。肠息肉的大小也与癌变有一定的相关性，肠息肉直径越大癌变的可能性也越大，一般认为直径 >2.0cm 的肠息肉癌变率达 10%^[7]，提示临床工作中对直径较小的息肉也要采取多点活检，以便早期发现癌变和提高大肠癌的诊断率。

参考文献:

- [1] Wang NN, Pan WS, Shen H, et al. Clinical study on endoscopic treatment for colorectal polyp[J]. Journal of Practical Oncology, 2009, 24(3):280-282. [王娜娜, 潘文胜, 沈虹, 等. 大肠息肉内镜下治疗的临床研究[J]. 实用肿瘤杂志, 2009, 24(3):280-282.]
- [2] Liu L. Result analysis of colonoscopy in 7298 cases[D]. Jinan: Shandong University, 2010. [刘岚. 7298 例结肠镜检查结果分析[D]. 济南: 山东大学, 2010.]
- [3] Khder SA, Trifan A, Danciu M, et al. Colorectal polyps: clinical, endoscopic, and histopathologic features [J]. Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi, 2008, 112(1):59-65.
- [4] Suh S, Kang M, Kim MY, et al. Korean type 2 diabetes patients have multiple adenomatous polyps compared to non-diabetic controls[J]. J Korean Med Sci, 2011, 26(9):1196-1200.
- [5] Dakubo J, Kumoji R, Naaeder S, et al. Endoscopic evaluation of the colorectum in patients presenting with haematochezia at Korle-bu Teaching Hospital Accra [J]. Ghana Med J, 2008, 42(1):33-37.
- [6] Douma KF, Bleiker EM, Vasen HF, et al. Psychological distress and quality of life of partners of individuals with familial adenomatous polyposis [J]. Psychooncology, 2011, 20(2):146-154.
- [7] Leufkens AM, van Oijen MG, Vleggaar FP, et al. Factors influencing the miss rate of polyps in a back-to-back colonoscopy study[J]. Endoscopy, 2012, 44(5):470-475.