

160 例结直肠息肉临床病理特征分析*

庞念德, 孙 艳, 高赫男, 陈出新(广东省深圳市盐田区人民医院内科 518081)

【摘要】 目的 总结分析结直肠息肉的临床病理特征。**方法** 选择盐田区人民医院 2010 年 10 月至 2012 年 12 月行肠镜检查并内镜摘除的 80 例腺瘤性结直肠息肉患者, 以及 80 例非腺瘤性息肉患者, 对比分析其临床病理特征。**结果** 腺瘤性息肉组平均年龄及血便发生率明显高于非腺瘤性息肉组, 差异均有统计学意义($P<0.05$); 两组在性别、体质量指数, 临床症状(包括腹痛、腹泻、肛门坠胀、大便性状改变及其他症状)比较, 差异无统计学意义($P>0.05$); 4 例癌变患者均为腺瘤性息肉患者; 腺瘤性息肉组息肉直径大于或等于 1 cm、多发、黏膜表面粗糙糜烂及分叶、高级别上皮内瘤变的发生率均高于非腺性息肉组, 差异均有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 高龄、血便是腺瘤性息肉的高危因素, 腺瘤性息肉具有体积大、多发、表面粗糙糜烂、易分叶、病理学易见高级别上皮内瘤变和癌变的特点。

【关键词】 结直肠息肉; 结直肠癌; 癌前病变; 内镜; 病理
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.23.037 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2014)23-3320-02

结直肠息肉是下消化道常见及多发病, 是一种起源于结直肠黏膜而向肠腔表面隆起的病变^[1]。传统上将其分为腺瘤性息肉和非腺瘤性息肉两大类, 前者上皮因增生活跃, 上皮内瘤变发生率高, 约 95% 的结直肠癌由腺瘤恶变而来; 腺瘤性息肉是公认的结直肠癌的癌前病变, 且一般认为其大小、数量、部位、增生程度及病理类型均是影响其癌变的重要因素^[2]。本研究回顾性观察了本院 2010 年 10 月至 2012 年 12 月行肠镜检查并内镜摘除的 80 例腺瘤性结直肠息肉患者的临床病理特征, 并与 80 例非腺瘤性息肉患者进行对照, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集 2010 年 10 月至 2012 年 12 月本院肠镜检查并行内镜摘除的腺瘤性结直肠息肉患者 80 例, 其中男 50 例, 女 30 例; 年龄 18~84 岁, 平均(58.8±10.4)岁; 其中绒毛状腺瘤 30 例, 绒毛状管状腺瘤 27 例, 管状腺瘤 23 例。随机选择同期非腺瘤息肉患者 80 例进行对照, 其中男 46 例, 女 34 例; 年龄 18~86 岁, 平均(53.2±12.3)岁; 其中炎性息肉 28

例, 增生性息肉 32 例, 幼年性息肉 20 例。

1.2 研究方法 记录两组患者年龄、性别、体质量指数(BMI)、临床症状(血便、腹痛、腹泻、肛门坠胀、大便性状改变及无明显症状)等临床资料, 记录内镜下结肠息肉的形态, 用苏木精-伊红(HE)染色息肉标本并观察病理形态, 对其内镜、病理特征进行对比分析。

1.3 统计学处理 采用 SPSS17.0 统计软件进行数据分析; 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 均数的比较采用 t 检验; 计数资料以百分率表示, 率的比较采用 χ^2 检验; 以 $\alpha=0.05$ 为检验水准, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 腺瘤性息肉与非腺瘤性息肉患者的临床特征 腺瘤性息肉组患者平均年龄及血便发生率明显高于非腺瘤性息肉组, 差异有统计学意义($P<0.05$); 两组患者在性别、BMI、腹痛、腹泻、肛门坠胀、大便性状改变及其他症状比较, 差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 1。

表 1 腺瘤性息肉与非腺瘤性息肉患者临床特征比较

组别	n	性别(男/女)	年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	BMI (kg/m ² , $\bar{x} \pm s$)	临床表现(n)				
					血便	腹痛	腹泻	肛门坠胀	大便性状改变及其他
非腺瘤性息肉组	80	46/34	53.2±12.3	23.7±1.7	11	23	19	9	18
腺瘤性息肉组	80	50/30	58.8±10.4	24.1±1.9	36	15	11	6	12
t/χ^2		0.417	3.110	1.403	18.829	2.209	2.626	0.662	1.477
P		0.519	0.002	0.163	0.000	0.137	0.105	0.416	0.224

2.2 腺瘤性息肉与非腺瘤性息肉患者的病理特征 本研究中 4 例癌变患者均为腺瘤性息肉患者; 腺瘤性息肉组患者息肉直径大于或等于 1 cm、多发、黏膜表面粗糙糜烂及分叶、高级别上皮内瘤变的发生率均高于非腺性息肉组, 差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 腺瘤性息肉与非腺瘤性息肉患者的病理特征比较(n)

临床病理参数	非腺瘤性 腺瘤性		χ^2	P
	息肉组	息肉组		
息肉直径	<1 cm	63	47	7.447 0.006
	≥1 cm	17	33	

* 基金项目: 广东省深圳市盐田区科技计划资助项目(2012001)。

续表 2 腺瘤性息肉与非腺瘤性息肉患者的病理特征比较(*n*)

临床病理参数		非腺瘤性	腺瘤性	χ^2	<i>P</i>
		息肉组	息肉组		
息肉数量	单发	64	48	7.619	0.006
	多发	16	32		
息肉位置	左半结肠	56	54	1.002	0.0317
	右半结肠	17	15		
	全结肠	7	11		
广基息肉		7	15	5.818	0.156
黏膜表面粗糙糜烂		14	29		
表面分叶		5	14	2.626	0.105
低级别上皮内瘤变		11	19		
高级别上皮内瘤变		1	6		

3 讨 论

结直肠息肉为消化系统的常见疾病之一,表现为结直肠黏膜的各种高出于黏膜的、突向肠腔的局限性隆起,可以有蒂也可无蒂。多数息肉缺乏典型临床表现,而在常规结肠镜检查中被发现,但是较大的息肉可引起便血、排便习惯改变等肠道症状^[3]。目前,发现和治疗结直肠息肉最主要的手段是电子结肠镜检查,且其检出率和镜下诊断率随着内镜技术的不断发展而获得了提高^[4]。章春晓^[5]以 3 480 例肠镜检查者为观察对象,检出结直肠息肉者 450 例,发生率为 12.93%。结直肠息肉病理学上可分为腺瘤性息肉、炎症性息肉、增生性息肉和幼年性息肉,以腺瘤性息肉最为多见。Khder 等^[6]报道腺瘤性息肉在各种病理类型的结肠息肉中发生率高达 76.5%。此外,腺瘤性息肉又可进一步分为管状腺瘤、管状绒毛状腺瘤、绒毛状腺瘤和锯齿状腺瘤。

结直肠癌在我国是最常见的恶性肿瘤之一,而腺瘤性息肉具有较大的恶变风险,是目前公认的癌前病变,其大小、数量、部位、增生程度及病理类型是其癌变的重要因素,将腺瘤性息肉切除可降低结直肠癌的发生率已成为共识^[7]。息肉越大,癌变率越高,直径大于 2.0 cm 者癌变率可达 66.7%;腺瘤的数目增多,使其癌变率相应增加,且广基息肉更易癌变^[8]。本组研究中癌变患者均为腺瘤性息肉,虽然以往非腺瘤性息肉被认为是良性病变,且本研究中非腺瘤性息肉无恶变患者,但近年来仍有研究表明,非腺瘤性息肉中的增生性息肉和腺瘤性息肉中的管状腺瘤起源于共同的基底细胞,其在生长过程中可发生变异而引起腺瘤样变,增生性息肉腺瘤样变的癌变率可达到 4%~11%^[9]。同时,本研究表明,腺瘤性息肉组患者平均年龄及血便发生率均明显高于非腺瘤性息肉组,差异有统计学意义(*P*<0.05);而两组在性别、BMI、腹痛、腹泻、肛门坠胀、大便性状改变及其他症状比较,差异无统计学意义(*P*>0.05)。表明腺瘤性息肉检出率随着年龄增长有逐渐增高的趋势,血便对腺

瘤性息肉具有一定的警示作用,在临床上需高度重视血便症状,对于该类患者及时行结肠镜检查。本研究对结直肠息肉的病理特征进行了观察,发现腺瘤性息肉组息肉直径大于或等于 1 cm、多发、黏膜表面粗糙、糜烂及分叶、高级别上皮内瘤变的发生率均高于非腺瘤性息肉组,差异均有统计学意义(*P*<0.05),即腺瘤性息肉具有体积大、多发、表面粗糙糜烂、易分叶、病理学易见高级别上皮内瘤变和癌变的特点,而上述特征也是其发展为进展期腺瘤的高危因素^[10]。

综上所述,高龄、血便是腺瘤性息肉的高危因素,临床上应对其积极行肠镜检查,以利于结直肠癌的早期防治;腺瘤性息肉具有体积大、多发、表面粗糙糜烂、易分叶、病理学易见高级别上皮内瘤变和癌变的特点。

参考文献

[1] 杨勇. 结肠息肉 125 例内镜下治疗体会[J]. 检验医学与临床, 2012, 9(5): 597-598.

[2] 苏芳, 罗雁, 李宇琛, 等. 结肠息肉癌变因素分析[J]. 首都医药, 2012, 19(22): 28-29.

[3] 钱贤, 石巍, 廖爱军, 等. 1853 例结肠癌和结肠息肉的肠镜资料分析[J]. 南华大学学报: 医学版, 2007, 35(5): 691-693.

[4] 王登映. 单人操作结肠镜下治疗大肠腺瘤 36 例分析[J]. 检验医学与临床, 2011, 8(17): 2145-2145.

[5] 章春晓. 结直肠息肉病理检查结果临床分析[J]. 中国现代医生, 2011, 49(21): 111-112.

[6] 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.

[7] 宋春光, 梁晓辉, 薄挽澜. 内镜下对结直肠腺瘤性息肉切除的临床研究[J]. 哈尔滨医科大学学报, 2012, 46(1): 72-74.

[8] Morimoto LM, Newcomb PA, Ulrich CM, et al. Risk factors for hyperplastic and adenomatous polyps: evidence for malignant potential[J]. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev, 2002, 11(10 Pt 1): 1012-1018.

[9] 尹淑华, 王付军. 增生性息肉与锯齿状腺瘤研究现状[J]. 济宁医学院学报, 2011, 34(2): 142-144.

[10] Winawer SJ, Zauber AG, Fletcher RH, et al. Guidelines for colonoscopy surveillance after polypectomy: a consensus update by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer and the American Cancer Society[J]. Gastroenterology, 2006, 130(6): 1872-1885.