

肿瘤性息肉 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/308/2021_2022__E8_82_BF_E7_98_A4_E6_80_A7_E6_c22_308556.htm 名称肿瘤性息肉所属

科室消化内科病因腺瘤的组织发生，尚不十分清楚。最初Lane表明深部隐窝细胞随着向表面的迁移、不典型增生逐渐发展。这一改变不仅可在隐窝的垂直切片常规制片中观察到，用组化方法也可证实这一结果。例如腺瘤性上皮硫酸粘液比唾液酸粘液为多，而正常隐窝深部的上皮亦以硫酸粘液表达为主。此外，一种与N-乙酰半乳糖胺

(N-acetylgalactosamine) 结合的凝集素DBA，在腺瘤和正常隐窝深部上皮染色较弱。Rugglere等最近进一步表明血型Ley抗原在许多腺瘤均弥散着色，但在正常粘膜，阳性反应仅见于深部隐窝。这些腺瘤上皮与隐窝深部上皮组化反应的一致性有力支持腺瘤起源于隐窝深部的可能。腺瘤起源的另一个假说是1986年Urbanski等描述的嗜酸性上皮，他们发现在这种病变中，陷窝含杯状细胞减少，并被一层嗜酸性的细胞衬附。嗜酸性上皮常位于腺瘤上皮四周，并见两者有移行现象。但是其它一些作者发现在缺乏腺瘤性腺体的病变亦可见到嗜酸性隐窝的存在。还有一些作者注重到肠粘膜淋巴滤泡的作用，这些滤泡常紧邻腺瘤上皮，已发现它们与人类及实验动物腺瘤的发生有关。病理 无论腺瘤的发生是位于隐窝的什么部位，腺瘤组织增生主要是朝向管腔面形成突出向外的肿块。尽管所有腺瘤一开始均是呈广基型生长，但随着腺瘤的变大，一些腺瘤变为有蒂或亚蒂。推测这可能是肠蠕动和其它因素如粪便性质、结肠系膜的存在等因素的影响结果。文献资料表明，在降结肠和乙状结肠，肠蠕动较强、粪便成形，

这里发生的息事宁人肉比肠道其他部位更易形成带蒂息肉。

一.大肠腺瘤 1.腺瘤的组织学结构 腺瘤的组织学特征不仅是腺瘤诊断的依据，而且是腺瘤分类的组织学基础。腺瘤的组织学切片中常可见绒毛状成分，它是从病灶基部伸出的许多纤细分支，并且可见有丰富的粘液分泌，索芯由疏松的纤维结缔组织构成，表面被复单层或多层柱状上皮细胞。理上根据腺瘤中绒毛成份所占比例不同而将腺瘤分为管状腺瘤、绒毛状腺瘤、混合性腺瘤（即管状绒毛状腺瘤）。目前对这3种腺瘤的划分标准还不一致。1977年Appel的标准为绒毛状成份在5%以下者属管状腺瘤、绒毛状成份占5%~50%者属混合性腺瘤，占50%以上者则属绒毛状腺瘤。1979年Shinya的标准为绒毛成份占25%以下者属管状腺瘤，占25%~75%者属混合性腺瘤，占75%以上者为绒毛状腺瘤，这一标准基本上为世界卫生组织（WHO）所接受。同一腺瘤的不同部位绒毛成分的分布不一，在不同部位嵌取活检的组织病理诊断可以不一。在绒毛成分多的部位活检可报告为“绒毛状腺瘤”，在绒毛状成分少的部位活检则又可报告为“管状腺瘤”，而当整个腺瘤切除病理检查时，则可能诊断为“混合性腺瘤”。临床医生对这种病理报告前后矛盾的原因应有所了解，由于绒毛成分的多寡与腺瘤的恶性正相关，因此正确评价腺瘤中所含绒毛量对判定其恶变潜能有一定帮助。组织学上管状腺瘤早期仅见隐窝部由高柱状细胞密集排列，核染色深，杯状细胞减少、消失。病变进展可见腺管明显增生、延长、分支、扩张，腺腔呈大小不一，上皮细胞也可增生，向腔内突出，有乳头形成倾向，严重者有多层排列。核浓染，有少数核分裂，但均位于基底。间质有少量结缔组织，小血管和炎性细胞浸润。与管状腺瘤不同

，绒毛状腺瘤通常由大肠粘膜表面上皮发生，向肠腔生长，形成乳头状突起肿块。组织学呈典型的纤细绒毛状结构，绒毛常直接连接粘膜面，表面有单层或多层柱状上皮细胞，细胞大小不等、排列规则，核浓染位于基底，核分裂象多见、绒毛的索芯由纤维结缔组织构成，含不等量小血管和炎性细胞浸润。混合性腺瘤，组织学上呈管状腺瘤基础，混有绒毛状腺瘤成分。

2.大肠腺瘤不典型增生

不典型增生主要系指上皮细胞异乎常态的增生，增生的细胞大小、形态、排列等方面均有异于其正常的成熟细胞，是一种重要的癌前病变。腺瘤上皮细胞的不典型增生分级，对判定腺瘤的病变程度及估计预后具有重要意义。目前发现的一些与大肠腺瘤恶变的有关因素如腺瘤大小，组织类型、腺瘤解剖分布以及腺瘤数目等，归根到底都是与不典型增生程度有关。腺瘤不典型增生程度分级有多种方法，国内普遍采用的是Morson等提出的3级分类法即凡腺瘤均有不典型增生，在此基础上再分为轻、中、重3级。轻度不典型增生（Ⅰ级）以细胞学的异型性为主，腺管内杯状细胞减少，核呈笔杆状，紧挤，复层排列，但高度不超过细胞的1/2，腺管稍延长。中度不典型增生（Ⅱ级）表现为细胞异型加重并出现组织学异形性，胞核复层，占据上皮细胞的2/3，细胞顶端仍存在，腺管延长并扭曲，大小不一，部分可见共壁及背靠背现象。重度不典型增生（Ⅲ级）表现为两种异型均较显著，胞核复层，占据整个上皮细胞的胞浆，杯状细胞罕见或消失。上皮细胞极性紊乱。腺管延长、扭曲、大小不一，腺管共壁及背靠背多见，有的并出现筛状结构。按照该分类系统，轻度不典型增生腺瘤占81.9%，中度为11.6%，重度为6.5%。然而应用表明上述分级标准并不十

分客观，不轻易把握，故国内病理诊断常以Ⅰ～Ⅱ级或Ⅲ～Ⅳ级较模糊的分类表示。在日本，对不典型增生程度采用5级分级法，其中上皮假复层（核在细胞内分布）程度和腺体分支类型是分级的的重要依据，0～1级相当于轻度不典型增生，表现为轻度假复层，核由平行于细胞长轴变为垂直排列。病变进一步发展则成Lev等所称的腺瘤病变即Kozuka的Ⅲ级病变，相当于中度不典型增生，表现为重度假复层。若腔浆近腔面也为细胞核所填塞，则称为Ⅳ度病变，这种以核在细胞内位置分级病变的方法简单易行，是对Morson 3级分类法的重要补充。由于缺乏统一的客观标准，即使是有经验的胃肠病理学专家对不典型增生分级亦存在较大误差。近年来发现，形态测量分析对客观评价不典型增生程度很有帮助，其中腺体构造异型度、核/浆比值、核面积和核高度的均值标准差（不是指绝对面积和高度）等最有意义。但很显然，常规病理诊断中不可能经常应用到这种形态测量方式，尽管如此，不典型增生程度的正确分级十分重要，因为重度不典型增生往往被视为原位癌或癌交界性病变。

3. 大肠腺瘤癌变

腺瘤癌变表现为细胞核异型，极性消失，核浆比例增加及出现多量核分裂象等。根据其浸润深度可分为原位癌和浸润癌，两者以粘膜肌层为界。Wolff等在855例内镜切除的息肉中发现6.6%原位癌，无一例发生转移。据认为原位癌之所以不转移是因为肠粘膜固有层内无淋巴管存在。正因为如此，临床上所说的腺瘤癌变往往是针对浸润癌而言。原位癌虽为恶性病变，但目前病理学常只将其视为重度不典型增生，一则避免误导医生进行不必要的外科扩大根治手术，二则为了减少患者的精神负担，因为这种病变即使通过内镜，只要能完全摘除，

也可获得很好的治疗效果。绝大多数的大肠癌来自大肠腺瘤癌变，其根据腺瘤与大肠癌的性别、年龄相仿；腺瘤和癌在大肠的分布情况相似，均以直肠和乙状结肠为好发部位；大肠癌同时伴有腺瘤者不少见；有腺瘤者与无腺瘤者相比，前者大肠癌和发生率明显增高。腺瘤癌变的发生率各家文献报告不一。影响腺瘤变的因素主要为不典型增生程度，腺瘤增大和绒毛成分增生程度，腺瘤增大和绒毛成分增多均可加重细胞的不典型增生程度。直径在1cm以下的腺瘤很少发生癌变。Grinnell与lane报告1352例管状腺瘤的癌变率，表明直径在 $< 0.9\text{cm}$ 、 $1 \sim 1.9\text{cm}$ 、 $> 2\text{cm}$ 分别为0.7%、4.7%、10.5%。因此认为，管状腺瘤变率较低，而绒毛状腺瘤的癌变率约为管状腺瘤的5倍以上。

二.大肠多发性腺瘤

1.家族性多发性腺瘤病

本病属常染色体显性遗传性疾病，外显率为50%，因此患者子女中约有一半以上将发病，男女均等，平均发病年龄23岁，多在40岁前癌变，形成结直肠癌。此病于1721年由Menzel等首次报道，主要资料来自1975年Bussy等对英国伦敦St.Mark医院300余例家族性腺瘤患者的观察。据估计此病在人群中的发病率约为 $1/7000 \sim 1/24000$ 不等，国内资料表明为 $1/10$ 万以上，浙江医大20年来共收集13例，我们检出20例，其中男14例，女6例，年龄最小20岁，最大68岁，平均年龄37岁。该病多有家族史，但少部分患者例外，估计与隐性遗传或遗传基因突变有关，这类患者Decosse等报告约为20%，Schaffer报告则为41.8%。近年来，脆性部位、癌断裂点与癌基因三者关系的研究受到人们重视。中科院曹世敏等1991年对两个家族性多发性结肠息肉家系中的30名成员外周血淋巴细胞进行了较全面的染色体分析，发现低叶

酸培养条件下，绝大多数家族性多发性结肠息肉患者外周染色体结构畸变率明显增高，平均达10%。患者中出现频率较高的脆性部位有3P14、1p22、1P32等。内镜下特点是大量的小型腺瘤，大多数仅几毫米大小，少数超过1cm以上，因此大小差异较少花钱多办事。形态上为无蒂半环形，结节状隆起，表面光滑或分叶状，色红质软，有蒂或无蒂，密集型者呈现地毯样结构。组织学上与腺瘤基本相同，罕有增生性息肉。因此从本质上来看与单发性腺瘤无根本区别，只是本病发生年龄轻，癌发生率高。检出平均年龄在临床患者约为36岁，但在无症状人群普查约为24岁。有人认为如不加治疗，进行追踪，在5~20年内癌变终将发生，癌变平均发生年龄为39岁，多中心发生多见。此瘤除能并发大肠癌外

，Murphy氏、佐藤氏都报道过并发胃癌的患者。2.Gardner综合征 本症1912年由Divic和Bussey首次报告，但直到本世纪50年代，Gardner氏对它的临床过程、遗传特征进行了系统的随访调查之后，正式命名为Gardner综合征，有4种病变组成：

大肠多发性腺瘤； 骨瘤，好发于颞骨、头盖骨和长管骨； 硬纤维瘤，好发于手术后肠系膜； 皮肤瘤变，包括皮脂囊肿和上皮样囊肿，多发于头背、颜面和四肢、有的可见牙齿畸形。有的将上述病变全部出现称完全型，如后3种病变出现两种为不完全型，只出现1种为单纯型。一般认

为Gardner氏综合征的遗传性、发病年龄，大肠腺瘤数目、类型、分布、癌变机会等均与一般家族性腺瘤患者相同，但亦有一些资料表明两者可能存在差异，例如：Gardner氏综合征患者的子女最终会发生结肠外病症，而家族性腺瘤病并不出现。对两种病变的皮肤纤维母细胞和上皮细胞培养发

现Gardner氏综合征患者4倍体增加达98%，而家族性腺瘤病者仅为15%。在临床上，与家族性腺瘤比较，大肠腺瘤发病年龄较迟，可出现在消化道外症状之后，腺瘤数较少，地毯样结构少见。

3. Turcot综合征 本症表现为大肠多发性腺瘤及中枢神经系统恶性肿瘤的综合征。也具遗传性，但与家族性腺瘤病不同，属常染色体隐性遗传。由Turcot首次于1959年报告兄妹两人同患大肠腺瘤病及中枢神经系统恶性肿瘤，这两人分别于确诊后3个月及8年死于脑内恶性胶质细胞瘤。1962年Mckussek收集了16例，并以Turcot命名此起彼伏征。该征腺瘤也呈全大肠分布，只是数目较少，散在。10岁以内很少多于100枚，10岁以上可多于100枚，10岁以上可多于100枚，但总数少于200枚。癌变发生年龄早，一般在20岁以下，女性多见。

4. 散发性腺癌 不一定有家族史，但以家族性大肠癌和遗传性孤立性腺瘤的家族中发生率明显较高。腺瘤从数枚到几十枚，很少超过50枚，一般以100枚以下作标准，以便与家族性腺瘤病作区别。腺瘤均以管状和混合性多见，绒毛状很少。发病年龄较大，平均45岁，呈局限或散在分布。有的认为本病是家族性腺瘤病，只是腺瘤未完全生长，还没达到100枚之故。临床表现 腺瘤是大肠粘膜上皮组织向肠腔的突出物，外观略呈红色，东藉此可与呈灰白色的增生性息肉鉴别。但即使是有经验的内镜医生确诊亦不超过70%，对于直径在0.5cm以下的腺瘤或 > 0.5cm以上的增生性息肉，极易发生误诊。多数腺瘤为管状腺瘤，其确切发生率各个统计报告不一，因为有的统计系根据临床资料，有的则根据体验，并且与患者年龄、性别、检查是否仔细、彻底，诊断标准是否统一，以及命名上是否统一等也有关系。管状腺瘤好发于直肠

、乙状结肠，有蒂多见，占85%。大小由数毫米10cm不等，以1~2cm直径大小的腺瘤多见，无症状人群普查发现的腺瘤往往较临床患者小。其中直径<5mm的腺瘤称为微小腺瘤，主要为管状腺瘤，但也可出现中度甚至重度不典型增生，偶见有浸润癌，值得重视。腺瘤形态多呈球形或半球形，表面光滑，可有浅裂病，明显充血，发红，部分有点状出血斑，形成虎斑样结构。有继发感染时，表面附有粘液脓性分泌物。5%~10%的管状腺瘤在蒂部四周邻近粘膜，甚至在腺瘤顶对侧肠粘膜可出现白斑，白斑呈圆点状，约几毫米大小，成簇小片分布，性质不完全明确，组织学上主要是炎症变化。绒毛状腺瘤较少见。好发于50岁以上成人。多见于左半结肠，其中直肠约占82%，乙状结肠约占13%，右半结肠极少见。大部分为无蒂和亚蒂，有蒂仅占17%，形态不规则，无蒂者呈花坛状或菜花样，亚蒂呈绒球，有蒂者类似于成串葡萄。表面不光滑，有无数细绒毛状突起，往往附有大量粘液。质地较脆，常伴糜烂出血，一般直径大于2cm，较管状腺瘤大，并随年龄增加而逐渐增大。混合性腺瘤，只是一个组织学术语，大部分系管状腺瘤的长大，腺上皮细胞出现绒毛状生长，而形成混合型，因此类似于管状腺瘤。以有蒂、亚蒂多见，可见表面不光滑，可有纵深裂沟，呈分叶状，伴许多绒毛状突起。由于腺瘤大体形态并无特征性变化，故目前内镜诊断和对腺瘤分型仍有一定的误差。Thompason等将内镜切除的息肉用1%台盼蓝染色，结合解剖显微镜检查可精确描述腺瘤的大体形态特征。他们发现管状腺瘤和绒毛状腺瘤的分叶构造和显著不同，根据粘膜表面沟回的异型程度和裂隙或溃疡情况尚可猜测不典型增生程度和浸润癌的存在。家族性

多发性腺瘤病的主要症状是大便带血和粘液，便次增多，稀便，此外还有不同程度的腹部不适以及消瘦、贫血等全身症状。癌变者常发生肠梗阻，也有无症状者。家族性腺瘤病的突出特征为大肠的多发性腺瘤，数目以超过100枚为标准。Bussoy统计为104至5000个以上不等，平均约1000枚。腺瘤分布以左半结肠，尤以乙状结肠、直肠最多。山田按腺瘤分布的疏密程度，将腺瘤病分为密生型与非密生型，前者指腺瘤密集生长，其间几乎正常粘膜，后者指腺瘤间留有正常粘膜者。一般来说，腺瘤总数多于1000枚者多为密生型，少于1000者为非密生型。在X线下呈现为全大肠内广泛分布近乎一致的圆形充盈缺损，直径0.3~0.5cm，轮廓光滑。在息肉密集的部位，气钡双重造影极似玉米样排列，但用传统的钡剂灌肠则轻易被钡剂沉没而漏诊。诊断绝大多数的大肠癌来自大肠腺瘤癌变，其根据 腺瘤与大肠癌的性别、年龄相仿； 腺瘤和癌在大肠的分布情况相似，均以直肠和乙状结肠为好发部位； 大肠癌同时伴有腺瘤者不少见； 有腺瘤者与无腺瘤者相比，前者大肠癌和发生率明显增高。

治疗1.腺瘤的处理原则是一经发现即行内镜下摘除并作全瘤活检。对于出现下述情况者，需进行外科手术治疗： 出现淋巴浸润者； 组织学示癌组织分化差； 腺瘤切除边缘或邻近有癌肿浸润。在腺瘤标本中，发现浸润型性腺癌者约占2%~5%，而总的淋巴转移患者也不超过5%，可见绝大多数息肉恶变，尤其是有蒂者，经内镜切除是适当的。在有蒂息肉，癌变局限于息肉头部者，淋巴转移非常少见。2.家族性多发性腺瘤病治疗原则是一旦确诊，将可能发生癌变的大肠全部切除，以阻断大肠癌的发生。对于已癌变的患者宜

选择适当的根治手术。 100Test 下载频道开通，各类考试题目
直接下载。详细请访问 www.100test.com