

直肠类癌内镜诊断及治疗46例

周环, 汪旭, 孙明军, 刘晓东, 王轶淳, 赵延辉, 张慧晶

背景资料
直肠类癌组织结构似癌, 但发展缓慢, 多呈局部浸润性生长, 很少发生转移, 其恶性程度的判断主要取决于肿瘤的大小、表面情况、浸润深度和组织学分化程度, 其中以肿瘤大小和是否侵入肌层最为重要。既往认为手术切除是其治疗的唯一有效方法, 但是随着内镜治疗技术的不断提高, 直肠类癌的内镜治疗已成为研究热点。

周环, 汪旭, 孙明军, 刘晓东, 王轶淳, 赵延辉, 张慧晶, 中国医科大学附属第一医院内镜诊治科 辽宁省沈阳市 110001
作者贡献分布: 周环、汪旭及孙明军对此文所作贡献均等; 所涉及的内镜诊断及治疗由周环、汪旭、孙明军、刘晓东、王轶淳及赵延辉完成; 资料收集及整理由周环与张慧晶完成; 本论文写作由周环与汪旭完成。
通讯作者: 孙明军, 教授, 110001, 辽宁省沈阳市, 中国医科大学附属第一医院内镜诊治科. smjmw@sina.com
电话: 024-83282108
收稿日期: 2009-08-13 修回日期: 2009-12-09
接受日期: 2009-12-14 在线出版日期: 2010-01-28

Endoscopic diagnosis and treatment of rectal carcinoid tumors: a report of 46 cases

Huan Zhou, Xu Wang, Ming-Jun Sun, Xiao-Dong Liu, Yi-Chun Wang, Yan-Hui Zhao, Hui-Jing Zhang

Huan Zhou, Xu Wang, Ming-Jun Sun, Xiao-Dong Liu, Yi-Chun Wang, Yan-Hui Zhao, Hui-Jing Zhang, Department of Endoscopy, the First Affiliated Hospital of China Medical University, Shenyang 110001, Liaoning Province, China
Correspondence to: Professor Ming-Jun Sun, Department of Endoscopy, the First Affiliated Hospital of China Medical University, Shenyang 110001, Liaoning Province, China. smjmw@sina.com
Received: 2009-08-13 Revised: 2009-12-09
Accepted: 2009-12-14 Published online: 2010-01-28

Abstract

AIM: To evaluate the safety and efficacy of endoscopic diagnosis and treatment of rectal carcinoid tumors.

METHODS: The clinical data of 46 patients with rectal carcinoid tumors were analyzed retrospectively. Sixteen patients with tumors < 5 cm in diameter were treated by endoscopic mucosal resection (EMR).

RESULTS: A total of 46 cases of rectal carcinoid tumors were diagnosed endoscopically. Of 16 patients receiving endoscopic therapy, 2 developed immediate bleeding, 1 developed delayed bleeding, and 1 developed perforation. These patients recovered after receiving endoscopic therapy or conservative treatment. No deaths occurred. Due to failure of complete endoscopic mucosal resection, one patient received further surgery. Tumor recurrence oc-

curred in one patient.

CONCLUSION: Rectal carcinoid tumors can be diagnosed by endoscopic biopsy and pathological examination. Endoscopic treatment is a simple and safe procedure for rectal carcinoid tumors < 1.0 cm in diameter.

Key Words: Rectal carcinoid tumor; Endoscopic treatment; Endoscopic mucosal resection

Zhou H, Wang X, Sun MJ, Liu XD, Wang YC, Zhao YH, Zhang HJ. Endoscopic diagnosis and treatment of rectal carcinoid tumors: a report of 46 cases. *Shijie Huaren Xiaohua Zazhi* 2010; 18(3): 306-309

摘要

目的: 探讨内镜下直肠类癌的诊断率及其内镜治疗方法的安全性和有效性。

方法: 对46例直肠类癌病例进行回顾性分析, 总结其内镜下表现, 对瘤体直径小于2.0 cm的16例直肠类癌采用内镜下黏膜切除术进行治疗。

结果: 本组共诊断直肠类癌46例, 内镜下治疗16例, 术中或术后即刻出血2例, 迟发性出血1例, 术中穿孔1例, 均经内镜治疗及内科保守治疗痊愈, 无患者死亡。1例肿瘤切除不完全, 转外科追加手术治疗。1例术后3 mo随访时见复发, 转外科行手术治疗。

结论: 直肠类癌可通过内镜下钳取组织行病理检查或全瘤切除后活检而确诊, 内镜治疗对于直径小于1.0 cm的直肠类癌是一种简单、安全有效的方法, 术后应定期随访。

关键词: 直肠类癌; 内镜治疗; 内镜下黏膜切除术

周环, 汪旭, 孙明军, 刘晓东, 王轶淳, 赵延辉, 张慧晶. 直肠类癌内镜诊断及治疗46例. *世界华人消化杂志* 2010; 18(3): 306-309
<http://www.wjgnet.com/1009-3079/18/306.asp>

0 引言

直肠类癌是一种少见的神经内分泌肿瘤, 生长

同行评议者
何超, 教授, 浙江大学医学院附属邵逸夫医院肛肠外科

速度缓慢, 早期常无特殊症状, 临床上易漏诊或误诊。该病变的组织学表现类似恶性肿瘤, 但生物学行为更趋向于良性病变, 故其治疗措施及预后明显不同于直肠腺癌。随着结肠镜技术的不断发展, 可以早期发现直肠类癌, 同时也已将不断成熟的内镜技术应用于直肠类癌的治疗^[1]。本组研究的目的是探讨如何提高内镜下直肠类癌的诊断率及其内镜治疗方法的安全性及有效性, 对类癌的早期诊断及早期治疗具有重要意义。本文总结分析了46例直肠类癌的内镜下诊断及16例内镜治疗的结果。

1 材料和方法

1.1 材料 2005-01/2009-07于本内镜诊治科检查发现直肠类癌46例共47枚, 其中1例有两处病灶。男21例, 女25例, 年龄26-78(平均52.65)岁。临床症状为腹痛、腹泻、便秘、便血, 均无类癌综合征表现。其中18例伴有结肠息肉, 1例伴有结肠癌。瘤体直径0.3-2.2 cm。小于1.0 cm者33枚、1.0-1.9 cm者12枚、大于2.0 cm者2枚。内镜下用活检钳钳取组织或全瘤切除后行病理检查而确诊。其中16例接受了内镜治疗。

1.2 方法 操作设备采用Olympus CF-H260AZI型电子肠镜, ERBE ICC 200高频电流发生器, Olympus SD-210u-25型圈套器, Olympus HX-610-135钛夹, Olympus NM-200U-0423注射针。对16例瘤体直径小于2.0 cm的直肠类癌采用内镜下黏膜切除术(EMR)进行治疗。

2 结果

2.1 位置、大小及形态 在本组数据中, 类癌均位于距肛缘3-10 cm以内。直径多为2.0 cm以下, 占95.7%(45/47), 最大者为2.2 cm×2.0 cm。形态多为丘状或半球状隆起, 占87.2%(41/47), 少数呈亚蒂状隆起。大多数表面覆有正常黏膜, 淡黄色或苍白色, 质地较硬, 少数顶端发红, 可见糜烂, 易误诊为息肉。本组中共有2例首诊时误诊为息肉。

2.2 治疗方法 对直径小于2.0 cm的直肠类癌行内镜下黏膜切除术(EMR)治疗, 圈套切除后均用钛夹缝合创面, 应用钛夹1-7枚不等。

2.3 病理结果 本组患者的组织病理学检查结果证实均为典型的直肠类癌, 组织学上瘤细胞呈巢状、条索状或腺管状排列。嗜银和亲银反应均阴性。所有治疗病例的切缘均未见肿瘤组织。

2.4 并发症 主要为出血和穿孔, 发生率为

25%(4/16)。出血3例, 其中术后即刻渗血2例, 1例应用钛夹钳夹止血, 1例应用电凝止血钳钳夹止血; 迟发出血1例, 应用5枚钛夹钳夹并注射副肾盐水止血, 3例出血均经内镜下止血成功。术中穿孔1例, 穿孔直径约0.3 cm, 应用7枚钛夹缝合, 因穿孔部位位于直肠下段, 未出现腹膜炎症状及体征, 术后恢复良好(图1)。

2.5 术后随访 术后3 mo随访行肠镜检查, 病变切除的残基形成光滑的疤痕。1例出现复发, 转外科手术切除。最长者已随访4年, 目前所有病例均存活。

3 讨论

近几年随着内镜技术的进步以及对直肠类癌认识的不断提高, 我国直肠类癌的诊断率有增高趋向, 直肠类癌日渐居消化系类癌之首^[2], 内镜下治疗直肠类癌也成为研究热点。

临床经验表明直肠类癌的误诊率高, 主要与以下因素有关: (1)直肠类癌发病率相对较低, 约占直肠肿瘤的1.3%^[3]; (2)本病表现为生长缓慢、低浸润性和很少转移。类癌早期位于黏膜深层, 而黏膜表面正常, 有时可见质硬、呈淡黄色的活动结节, 可推动肠黏膜在肿物表面移动, 易误诊为直肠息肉或其他黏膜下肿瘤; (3)瘤体一般较小, 常无特异性临床表现, 有的患者甚至可以终生带瘤生存而无异常。许多是在体检行直肠指检时发现质硬结节怀疑此病或伴有其他肠道疾病行肠镜检查时被发现; (4)直肠类癌常伴有肠道多发息肉, 类癌易混杂为简单的息肉而漏诊。类癌患者也可伴有其他部位的多发癌肿, 溃疡性结肠炎也容易伴有微小的类癌灶, 容易漏诊。本组数据中39.13%(18/46)病例伴发肠道息肉, 1例伴发结肠癌, 有2例首诊时误诊为息肉。

为了提高直肠类癌的诊断准确率, 诊断应注意以下几点: (1)临床医生应提高对直肠类癌的认识与重视程度; (2)类癌好发于直肠中下段, 多为单发。本组中46例肿瘤均位于距肛缘3-10 cm处, 仅有1例为多发。直肠指检和直肠镜检是筛查和诊断直肠类癌最简单、最有效的方法; (3)对可疑患者应常规内镜检查, 注意观察微小病灶特别是黏膜色泽改变部位, 积极活检做病理检查, 以免遗漏。由于直肠类癌位于黏膜下, 常常一次活检不能取到肿瘤组织, 需要多次及深挖式活检才能确诊。对常规活检不能确诊的患者, 可采用EMR后全瘤活检。对可疑病变行活

相关报道
Kobayashi等报道, 内镜切除肿瘤小于1.0 cm、且基底部未突破黏膜下层者术后平均随访3.6年均无复发和远处转移。Kim等指出内镜切除小类癌(<1.0 cm)是有效的, 且即使切缘阳性也可继续行直肠切除术, 而对于1.0-2.0 cm之间的肿瘤还是推荐行直肠切除术。

应用要点

本文提示, 直肠类癌可通过内镜下钳取组织行病理检查或全瘤切除后活检而确诊, 内镜治疗对于直径小于1.0 cm的直肠类癌是一种简单、安全有效的方法, 术后应定期随访。

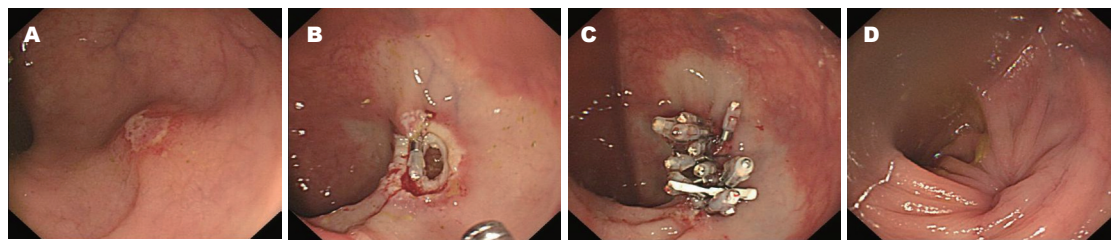


图1 直肠类癌内镜下观。A: 直肠类癌EMR术前; B: EMR术后见局部穿孔; C: 应用7枚钛夹缝合创面; D: 45 d后复查肠镜见局部形成瘢痕。

检时, 除常规行HE染色外, 应加做嗜银染色、亲银染色以及免疫组织化学检查; (4)直肠内超声检查可准确判定肿瘤侵犯的深度; (5)B超、CT对直肠类癌淋巴结和肝转移有诊断价值。

直肠类癌组织结构似癌, 但发展缓慢, 多呈局部浸润性生长, 很少发生转移, 其恶性程度的判断主要取决于肿瘤的大小、表面情况、浸润深度和组织学分化程度, 其中以肿瘤大小和是否侵入肌层最为重要。研究表明, 肿瘤恶性程度与大小显著相关, 肿瘤直径 ≥ 2.0 cm者60%-80%转移, 1.0-1.9 cm者10%-15%转移, <1.0 cm者转移不足2%。肿瘤直径是否 >2.0 cm可作为判断直肠类癌恶性程度高低的关键性指标^[4]。肿瘤是否局限在黏膜下层对于直肠类癌的预后也非常关键。Sauven等^[5]报道, 对16例患者平均随访33.5 mo后, 肿瘤局限在黏膜下层者的生存率为100%; 肿瘤超出黏膜下层、尚未突破肌层者的生存率为75%; 而突破肌层者的生存率为0。但是, 肿瘤的大小和浸润深度并不是绝对的预后指标, 如果组织学检查提示为不典型性类癌, 那么即使很早期的直肠类癌也会表现出恶性倾向。有肿瘤直径小于0.5 cm出现肝脏转移的报道^[6]。

既往认为手术切除是治疗类癌的唯一有效方法, 但是随着内镜治疗技术的不断提高, 直肠类癌的内镜治疗已成为研究热点。内镜下治疗类癌的优势是不言而喻的: 操作相对简单、创伤小、术后处理简单、并发症少且疗效确切等^[7]。直肠类癌内镜下完全切除标准为基底无类癌组织, 各边缘0.2 cm以上无类癌组织^[8]。目前, 学者们认为要符合以下3条标准才能选用内镜下治疗的方法: (1)肿瘤直径小于1.0 cm; (2)肿瘤不侵犯肌层; (3)肿瘤表面无溃疡或凹陷^[9]。Kobayashi等^[9]报道, 内镜切除肿瘤小于1.0 cm、且基底部未突破黏膜下层者术后平均随访3.6年均无复发和远处转移。本组10例肿瘤基底部局限于黏膜下层、且小于1.0 cm的病例行内镜切除后, 无复发及转移, 预后良好, 与文献报道的

结果相符。

Kim等^[10]指出内镜切除小类癌(<1.0 cm)是有效的, 且即使切缘阳性也可继续进行直肠切除术, 而对于1.0-2.0 cm之间的肿瘤还是推荐行直肠切除术。本组对6例肿瘤大于1.0 cm的直肠类癌进行了EMR治疗, 1例病变切除基底可见类癌组织, 追加了外科手术治疗。5例完整切除病变, 出现术中出血及穿孔各1例, 均经内镜治疗成功, 术后恢复良好, 随访观察未见复发及转移。肿瘤越大, 肿瘤切除不完全及出现的并发症几率就越大, 对于1.0-2.0 cm之间的类癌是否适合行内镜治疗还有待进一步研究观察。

临床医生应提高对本病的认识, 早发现、早手术是影响本病的关键。尽管直肠类癌是一种潜在恶性肿瘤, 但仍有复发的可能, 术后定期进行结肠镜检查是最佳随访手段, 应在术后3 mo、6 mo、1年、2年的较长一段时间内随访。即使原来肿瘤 <1.0 cm、镜下形态为良性, 局部切除后仍有2%-3%发生转移, 所以术后必须定期随访并行B超或CT检查。

4 参考文献

- 1 周平红, 姚礼庆, 钟芸诗, 徐美东, 高卫东. 直肠类癌的内镜超声诊断和内镜黏膜下切除. 中华消化内镜杂志 2006; 23: 175-178
- 2 陆品相, 郑荣贵, 陆立平, 黄伟良, 姚礼庆, 高卫东, 周平红. 消化道类癌的诊断和治疗. 中国内镜杂志 1999; 5: 8-10
- 3 Fahy BN, Tang LH, Klimstra D, Wong WD, Guillem JG, Paty PB, Temple LK, Shia J, Weiser MR. Carcinoid of the rectum risk stratification (CaRRS): a strategy for preoperative outcome assessment. *Ann Surg Oncol* 2007; 14: 396-404
- 4 Soga J. Early-stage carcinoids of the gastrointestinal tract: an analysis of 1914 reported cases. *Cancer* 2005; 103: 1587-1595
- 5 Sauven P, Ridge JA, Quan SH, Sigurdson ER. Anorectal carcinoid tumors. Is aggressive surgery warranted? *Ann Surg* 1990; 211: 67-71
- 6 Tsuboi K, Shimura T, Suzuki H, Mochiki E, Haga N, Masuda N, Soda M, Yamamoto H, Asao T, Kuwano H. Liver metastases of a minute rectal carcinoid less than 5mm in diameter: a case report. *Hepatogastroenterology* 2004; 51: 1330-1332
- 7 郭晓青, 张立玮, 王顺平, 高扬, 吴明利. 消化道类癌的

- 内镜诊治及临床分析. 中国内镜杂志 2003; 9: 96
- 8 周平红, 姚礼庆, 秦新裕. 直肠类癌的内镜诊断和治疗. 中国临床医学 2005; 12: 756-757
- 9 Kiyonori K, Tomoe K, Shigeru Y, Miwa S, Masahiro I, Katsunori S, Yoshimasa O. Indications of endoscopic polypectomy for rectal carcinoid tumors and clinical usefulness of endoscopic ultrasonography. *Dis Colon Rectum* 2005; 48: 285-291
- 10 Kim YJ, Lee SK, Cheon JH, Kim TI, Lee YC, Kim WH, Chung JB, Yi SW, Park S. [Efficacy of endoscopic resection for small rectal carcinoid: a retrospective study] *Korean J Gastroenterol* 2008; 51: 174-180

同行评价
本文对直肠类癌的内镜诊断及治疗进行临床研究, 研究结果对临床应用有一定的参考价值。

编辑 李军亮 电编 吴鹏朕

ISSN 1009-3079 CN 14-1260/R 2010年版权归世界华人消化杂志

• 消息 •

《世界华人消化杂志》正文要求

本刊讯 本刊正文标题层次为 0 引言; 1 材料和方法, 1.1 材料, 1.2 方法; 2 结果; 3 讨论; 4 参考文献. 序号一律左顶格写, 后空 1 格写标题; 2 级标题后空 1 格接正文. 以下逐条陈述: (1) 引言 应包括该研究的目的和该研究与其他相关研究的关系. (2) 材料和方法 应尽量简短, 但应让其他有经验的研究者能够重复该实验. 对新的方法应该详细描述, 以前发表过的方法引用参考文献即可, 有关文献中或试剂手册中的方法的改进仅描述改进之处即可. (3) 结果 实验结果应合理采用图表和文字表示, 在结果中应避免讨论. (4) 讨论 要简明, 应集中对所得的结果做出解释而不是重复叙述, 也不应是大量文献的回顾. 图表的数量要精选. 表应有表序和表题, 并有足够具有自明性的信息, 使读者不查阅正文即可理解该表的内容. 表内每一栏均应有表头, 表内非公知通用缩写应在表注中说明, 表格一律使用三线表(不用竖线), 在正文中该出现的地方应注出. 图应有图序、图题和图注, 以使其容易被读者理解, 所有的图应在正文中该出现的地方注出. 同一个主题内容的彩色图、黑白图、线条图, 统一用一个注解分别叙述. 如: 图 1 萎缩性胃炎治疗前后病理变化. A: …; B: …; C: …; D: …; E: …; F: …; G: … 曲线图可按 ●、○、■、□、▲、△ 顺序使用标准的符号. 统计学显著性用: ^a $P < 0.05$, ^b $P < 0.01$ ($P > 0.05$ 不注). 如同一表中另有一套 P 值, 则 ¹ $P < 0.05$, ² $P < 0.01$; 第 3 套为 ³ $P < 0.05$, ⁴ $P < 0.01$. P 值后注明何种检验及其具体数字, 如 $P < 0.01$, $t = 4.56$ vs 对照组等, 注在表的左下方. 表内采用阿拉伯数字, 共同的计量单位符号应注在表的右上方, 表内个数、小数点、±、- 应上下对齐. “空白”表示无此项或未测, “-”代表阴性未发现, 不能用同左、同上等等. 表图勿与正文内容重复. 表图的标目尽量用 t/min , $c/(\text{mol/L})$, p/kPa , V/mL , $t/^\circ\text{C}$ 表达. 黑白图请附黑白照片, 并拷入光盘内; 彩色图请提供冲洗的彩色照片, 请不要提供计算机打印的照片. 彩色图片大小 $7.5\text{ cm} \times 4.5\text{ cm}$, 必须使用双面胶条黏贴在正文内, 不能使用糨糊粘贴. (5) 致谢 后加冒号, 排在讨论后及参考文献前, 左齐.