

· 病例报道 ·

早期结肠印戒细胞癌碰撞腺瘤 1 例报道

沈凯 徐静

早期结直肠印戒细胞癌(colon rectal signet ring cell carcinoma, CRSRCC)在国内外均极为罕见,相关的内镜下诊断经验也较为有限,为提高对本病的认识,现将1例I期结肠SRCC碰撞腺瘤的病例报道如下。

1 临床资料

患者男,68岁,因“反复右上腹痛10年”入院。否认肿瘤家族史、炎症性肠病病史,否认长期吸烟、饮酒史。入院后血常规正常,生化示谷氨酰转氨酶212 U/L,总胆固醇6.41 mmol/L,总胆红素26.8 μmol/L,间接胆红素23.4 μmol/L。CEA、AFP、CA199等肿瘤指标正常,肺部CT平扫示右上肺小结节。腹部B超提示胆囊多发结石伴胆囊炎、胆囊充满型胆泥淤积。全腹部CT增强提示盲肠腔内8 mm小结节强化灶。胃镜示慢性萎缩性胃炎C2型;肠镜示回盲部见1.5 cm的I_{sp}+II_a型息肉(封三图7、8),I_{sp}部分腺体大致呈III_L+IV型,II_a部分表面无腺管结构,怀疑V_N型,伴边缘略呈黏膜下隆起样改变(见封三图9),怀疑存在黏膜下浸润或腺瘤伴部分炎性息肉等可能。告知患者可行诊断性内镜黏膜下剥离术(endoscopic submucosal dissection, ESD)或外科手术。患者选择先行诊断性ESD。术后病理示:I_{sp}+II_a型病变,大小1.3 cm×1.1 cm;印戒细胞癌(约占40%),浸润至黏膜下层约700 μm;管状腺瘤,低级别上皮内瘤变伴局部高级别上皮内瘤变;未见明确脉管内癌栓;口侧、肛侧、右侧切缘见肿瘤组织,左侧及基底切缘阴性(见封三图10~12)。行PET/CT未见其它器官原发肿瘤征像。后追加外科手术,术后病理:右半结肠癌根治标本,未见明确肿瘤残留,上、下切缘阴性,淋巴结内未见癌转

移(0/15)。术后定期复查腹部CT增强、肠镜等检查,随访至今18个月,患者无肿瘤复发表现。

2 讨论

结直肠腺癌从发病机制上可分为遗传性结直肠癌和散发性结直肠癌,前者通过染色体不稳定、微卫星不稳定等途径癌变,后者通过“腺瘤-癌变”、“de novo”和“炎症-癌变”途径癌变^[1]。其中de novo癌是指直接从正常黏膜来源的癌,不经过腺瘤阶段,所以不含腺瘤成分^[2]。

CRSRCC约占大肠癌的0.1%~2.6%,一般认为来源于腺颈部增殖带的未分化肿瘤干细胞^[3]。因癌细胞外基质金属蛋白酶(matrix metalloproteinase, MMP)表达增高,易产生多种蛋白水解酶,早期就容易突破腺管基底膜和间质纤维,发生黏膜内浸润;同时因GNAS、CDH1等基因突变,引起β-catenin、E-cadherin表达降低,导致细胞外黏附因子减少,从而容易发生多灶播散和淋巴结转移^[4-6]。因此早期CRSRCC症状隐匿,出现症状时多为晚期,晚期患者5年生存率仅0%~12%^[7]。

部分早期CRSRCC呈黏膜下肿瘤样形态,类似胃内未分化癌^[8];部分平坦、凹陷型的早期CRSRCC患者,在放大内镜下能发现部分腺体结构消失、类似螺丝状的血管和边缘呈黏膜下隆起等类似胃未分化癌的表现^[9],因此早期CRSRCC的诊断可以借鉴部分胃内未分化癌的经验,考虑主要原因是胃和肠SRCC的生物学行为相似。但早期CRSRCC中平坦型和隆起型的比例比胃内更高,推测原因为肠黏膜增殖带在底部,表面腺管长而密集、支撑作用强,导致肿瘤侧向浸润到一定程度后黏膜表层才会出现塌陷。因此平坦和凹陷型的早期CRSRCC外观更类似于侧向发育型息肉中的假凹陷型^[10]。目前文献认为平坦凹陷、II_c形态等无腺瘤成份的CRSRCC,考虑de novo来源;伴有腺瘤成份或腺癌成份的

DOI:10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2022.010.023

作者单位:310016 浙江杭州,浙江大学医学院附属邵逸夫医院消化内科(沈凯),病理科(徐静)

CRSRCC,考虑腺瘤-癌途径来源^[10,11]。

结肠镜检查质量对 CRSRCC 检出至关重要。国内指南中结直肠癌筛查标准为:盲肠到达率>95%,退镜时间>6 min,最佳9 min,腺瘤检出率>25%,目前认为各种因素可导致漏诊,一般漏诊率约15%~20%,间期结肠癌的发生率约2%。但早期 CRSRCC 漏诊的后果较为严重,所以上述标准对于早期 CRSRCC 的筛查可能还是有所欠缺。日本学者大圃研推荐盲肠到达率≥98%、腺瘤检出率≥40%、平均检查时间≤20 min(其中退镜≥13 min),这一标准可能更有利于检出早期 CRSRCC^[12]。

临床常用的工藤分型对于判断平坦和凹陷型病变的浸润深度存在不足。Backes 等^[13]认为虽然 NBI 和放大色素内镜诊断的敏感性和特异性高于大体形态学的诊断,但两者并无统计学差异。因此还需要结合息肉的大体形态来判断浸润深度。息肉表面紧满感或凹凸不平、边缘黏膜下隆起样改变等均能提示肿瘤黏膜下浸润。本例内镜下Ⅱa部分无腺管结构,术前怀疑 V_N型腺管,但病理下为弥漫 SRCC,无腺管结构,且只有黏膜下浅层浸润,因此它不是真的 V_N型腺管,但结合Ⅱa边缘黏膜下隆起样的形态可以推测此处含有未分化癌成份。因此处没有腺瘤和中低分化腺癌的成份,考虑 de novo 来源。I_{sp}部分腺体呈Ⅲ_L+Ⅳ型,病理是管状腺瘤,与内镜表现符合。因 SRCC 成份和腺瘤分界清楚,所以考虑为碰撞。

综上所述,早期 CRSRCC 多呈平坦、凹陷型,少数为息肉型或黏膜下隆起型。加强对此类病灶的认识、提高肠镜检查质量,有助于提高诊断率。

参考文献

- 1 陈旻湖.消化病学[M].北京:人民卫生出版社.2019.329.
- 2 卢青,姜泊.结直肠 de novo 癌的研究现状[J].胃肠病学,2006,11(3):132-134.
- 3 Anthony T, George R, Rodriguez-Bigas M, et al. Primary

signet-ring cell carcinoma of the colon and rectum[J]. Ann Surg Oncol, 1996, 3: 344-348.

- 4 Bittorf B, Merkel S, Matzel KE, et al. Primary signet ring cell carcinoma of the colorectum[J]. Langenbecks Arch Surg, 2004, 389(3): 178-183.
- 5 Arifi S, Elmesbahi O, Riffi AA, et al. Primary signet ring cell carcinoma of the colon and rectum[J]. Bull Cancer, 2015, 102(10): 880-888.
- 6 Gopalan V, Smith RA, HO YH, et al. Signet ring cell carcinoma of colorectum current perspectives and molecular biology [J]. Int J Colorectal Dis, 2011, 26(2): 127-133.
- 7 Tajiri K, Sudou T, Fujita F, et al. Clinicopathological and corresponding genetic features of colorectal signet ring cell carcinoma[J]. Anticancer Res, 2017, 37(7): 3817-3823.
- 8 Onji K, Sawada H, Fujimori M, et al. A Case of T1 signet ring cell carcinoma of the colon[J]. J STAGE, 2017, 70(6): 417-423.
- 9 Ohnita K, Isomoto H, Akashi T, et al. Early stage signet ring cell carcinoma of the colon examined by magnifying endoscopy with narrow-band imaging: A case report [J]. BMC Gastroenterol, 2015, 15: 86.
- 10 Tsujinaka Y, Tsuchiya S, Ooki S, et al. Ilc type of early carcinoma of the rectum originating "de novo", report of a case[J]. Stomach and Intestine, 1983, 18: 211-217.
- 11 Shimoda T, Ikegami M, Fujisaki J, et al. Early colorectal carcinoma with special reference to its development de novo[J]. Cancer, 1989, 64(5): 1138-1146.
- 12 大圃研. 大圃流 ESD 手术技巧[M]. 沈阳: 辽宁科技出版社. 2019.12.
- 13 Backes Y, Moss A, Reitsma JB, et al. Narrow band imaging, magnifying chromoendoscopy, and gross morphological features for the optical diagnosis of t1 colorectal cancer and deep submucosal invasion: A systematic review and meta-analysis[J]. Am J Gastroenterol, 2017, 112: 54-64.

(收稿日期 2022-04-28)

(本文编辑 葛芳君)