

Оценка информативности получаемого материала при прицельной биопсии и эндоскопическом удалении колоректальных полипов

А.Р. Гаджиев, А.Х. Керимов, К.С. Акперов, Н.Р. Зейналова, Р.И. Мамедов

Национальный центр онкологии, Баку, Азербайджан

Контакты: Асад Рамиз оглы Гаджиев dr_gadjiyev@yahoo.com

Данное исследование основано на результатах сравнительного гистологического изучения биопсийного материала и удаленных колоректальных полипов у 354 пациентов в отделении эндоскопии Национального центра онкологии в период с 2005 по 2010 г. Всем больным была выполнена предварительная прицельная биопсия из колоректальных полипов и последующая эндоскопическая полипэктомия (удалено 494 полипа). Наиболее распространенным гистологическим типом оказался тубулярный полип — 212 (43%) случая. Остальные типы полипов распределялись следующим образом: тубуло-виллезный тип — 125 (25,3%) случаев, виллезный тип — 16 (3,2%), воспалительный тип — 28 (5,7%), гиперпластический тип — 40 (8,1%) и гамартонный тип полипа — 21 (4,3%) случай. В 52 (10,4%) случаях были выявлены малигнизированные полипы. Чувствительность прицельной биопсии в определении дисплазии составила 65,1%, а в выявлении малигнизации — лишь 36,5%. Таким образом, мы считаем необходимым гистологическое исследование удаленных полипов после эндоскопической полипэктомии во всех случаях, даже при наличии результатов предварительной прицельной биопсии.

Ключевые слова: колоректальный полип, прицельная биопсия, эндоскопическая полипэктомия

Assessment of information value of targeted biopsy and endoscopic removal of colorectal polyps

A.R. Hajiyev, A.Kh. Kerimov, K.S. Akbarov, N.R. Zeynalova, R.I. Mammadov

National Center of Oncology, Baku, Azerbaijan

This research is based on histological investigation of targeted biopsy material and resected polyps' at 354 patients who applied to National Center of Oncology from 2005 to 2010. All patients underwent targeted biopsy at first with subsequent endoscopic polypectomy and 494 polyps were removed and histologically investigated. The most prevalence type was tubular polyp — 212 (43%) cases. The rest types of polyps were distributed as follow: tubule-villous type — 125 (25.3%), villous type — 16 (3.2%), inflammatory type — 28 (5.7%), hyperplastic type — 40 (8.1%), hamartoma type — 21 (4.3%) cases. In 52 (10.4%) cases malignant polyps were revealed. Sensitivity of targeted biopsy in diagnostics of dysplasia was 65.1% while in revealing of malignancy was even lower — just 36.5%. So we consider performing of endoscopic polypectomy and histological evaluation of resected polyps in all case even after previous targeted biopsy.

Key words: colorectal polyp, targeted biopsy, endoscopic polypectomy

Важной проблемой профилактики рака толстой кишки является диагностика и лечение его предраковых заболеваний, центральное место среди которых занимают полипы [1, 2]. Широкое применение в клинической практике колоноскопии позволяет не только эффективно диагностировать полипы, но и получать материал для морфологического исследования [2]. Однако визуальная оценка характера полипов не лишена субъективизма, а место прицельной биопсии в установлении истинного строения полипов до сих пор окончательно не определено [3]. Биопсия далеко не всегда выявляет злокачественный характер образования, ибо обычная щипковая биопсия ограничивается взятием поверхностных кусочков опухоли, в которых может не быть признаков крайних степеней дисплазии [4, 5].

Наиболее информативным методом определения гистологической структуры колоректальных полипов считается полипэктомия через фиброколоноскоп,

которая одновременно является и лечебной операцией, предупреждающей возможность злокачественной трансформации полипов [6, 7].

Материал и методы

С целью изучения результатов морфологического исследования биопсийного материала и удаленных колоректальных полипов нами было проведено обследование 354 больных (удалено 494 полипа), обратившихся в эндоскопическое отделение Национального центра онкологии в период с 2005 по 2010 г.

В табл. 1 представлено распределение больных с колоректальными полипами по полу и возрасту.

Как видно из табл. 1, колоректальными полипами страдали в основном женщины. Соотношение мужчин и женщин составило 1:1,5. При этом пик заболеваемости колоректальными полипами наблюдался в возрастной группе 51–70 лет — 55%, на 2-м месте оказалась группа старше 70 лет, у которой полипы

встретились в 20,9% случаев, следовательно, большинство заболевших — люди старше 50 лет (75,9%).

Итак, прослеживается совершенно отчетливая тенденция увеличения роста числа колоректальных полипов после 50 лет, в большей степени у женщин.

В зависимости от гистологического строения полипа, размеров, формы и величины ножки или основания нами применялись следующие способы эндоскопической полипэктомии: электрокоагуляция, одномоментная петлевая электроэксцизия, фрагментация, эндоскопическая петлевая электрорезекция слизистой оболочки кишки вместе с опухолью (эндоскопическая мукозэктомия).

Полипы менее 0,5 см подвергались коагулированию с помощью точечного коагулятора. При размере полипов от 0,5 до 4 см и ширине основания полипа, не превышающей 1,5 см, производилась одномоментная петлевая электроэксцизия. При больших и гигантских аденомах толстой кишки, имеющих узловую форму (от 4,0 до 9,0 см), распластанную или стелющуюся формы (до 70 см²), нами использовались методики многоэтапного удаления опухоли, в среднем 2–3 этапа с интервалами между вмешательствами 10–20 дней. Это методика фрагментации и эндоскопической петлевой электрорезекции слизистой оболочки кишки вместе

с опухолью с предварительным субмукозным введением в основание полипа смеси, состоящей из адреналина 0,1% — 1,0 мл и 5,0 мл физиологического раствора.

Результаты исследования

В 108 (21,9%) из 494 случаев было проведено гистологическое исследование только на основании прицельной биопсии, так как в 45 (9,1%) случаях не удалось извлечь из просвета толстой кишки удаленные полипы, а в 63 (12,8%) случаях были мелкие полипы, подвергшиеся электрокоагулированию. В 386 (78,1%) случаях было выполнено гистологическое исследование как биопсийного материала, так и удаленных полипов.

Кровотечение, возникшее после эндоскопической полипэктомии, мы отмечали в 12 (3,4%) случаях, оно было остановлено комбинированным эндоскопическим способом. Осложнений, потребовавших оперативного лечения, не было.

На основании гистологического исследования все полипы были разделены на железистые (тубулярные), железисто-ворсинчатые (тубуло-виллезные), ворсинчатые (виллезные), гиперпластические, воспалительные, гамартомные и малигнизированные.

В табл. 2 представлено распределение полипов в зависимости от гистологического строения и размеров.

Таблица 1. Распределение больных с колоректальными полипами по полу и возрасту

Пол	Возраст				Всего
	< 31	31–50	51–70	> 70	
М	5 (1,4%)	23 (6,5%)	91 (25,7%)	21 (5,9%)	140 (39,5%)
Ж	17 (4,8%)	40 (11,2%)	104 (29,5%)	53 (15,0%)	214 (60,5%)
Всего	22 (6,2%)	63 (17,7%)	195 (55,2%)	74 (20,9%)	354 (100%)

Таблица 2. Распределение типов полипов в зависимости от гистологического строения и размеров

Тип полипа	Размер полипов				Всего	Дисплазия
	< 0,5 см	0,6–1,0 см	1,1–2,0 см	≥ 2,0 см		
Тубулярный	17 (8,0%)	108 (51,0%)	66 (31,1%)	22 (9,9%)	212 (43,0%)	22 (10,3%)
Тубуло-виллезный	0	23 (18,4%)	61 (48,8%)	41 (32,8%)	125 (25,3%)	29 (23,2%)
Виллезный	0	0	1 (6,2%)	15 (93,8%)	16 (3,2%)	10 (62,5%)
Воспалительный	7 (25,0%)	14 (50,0%)	7 (25,0%)	0	28 (5,7%)	2 (7,1%)
Гиперпластический	32 (80,0%)	8 (20,0%)	0	0	40 (8,1%)	0
Гамартомный	1 (4,8%)	12 (57,1%)	5 (23,8%)	3 (14,3%)	21 (4,3%)	0
Малигнизированный	0	8 (15,4%)	19 (36,5%)	25 (48,1%)	52 (10,4%)	0
Всего	57 (11,5%)	173 (35,0%)	159 (32,2%)	105 (21,3%)	494 (100%)	63 (12,7%)

Таблица 3. Чувствительность прицельной биопсии в зависимости от степени дисплазии полипов

Степень дисплазии	Эндоскопическая полипэктомия (n)	Прицельная биопсия (n)	Чувствительность прицельной биопсии, %
I	25	20	80
II	22	15	68,2
III	16	6	37,5
Всего	63	41	65,1

Как видно из табл. 2, наиболее распространенным гистологическим типом оказался тубулярный полип — 212 (43%) случаев. Вторым по численности стал тубуло-виллезный тип полипов — 125 (25,3%) случаев. Полученные нами результаты подтверждают наиболее широкую распространенность тубулярных и тубуло-виллезных полипов, что согласуется с данными официальной статистики (60–80%) [8]. В 16 случаях (3,2%) была обнаружена виллезная аденома с участками умеренной и тяжелой степени дисплазии.

Воспалительные полипы часто сопутствовали неспецифическому язвенному колиту, в большинстве случаев были множественными и составили 28 (5,7%) наблюдений.

Наличие дисплазии констатировано в 63 (12,7%) случаях с большей частотой среди полипов тубулярно-ворсинчатого и ворсинчатого строения. Вероятность выявления малигнизированных полипов составила 10,4% — 52 случая, и зависела от размеров полипа, выраженности ворсинчатого компонента и тяжести дисплазии.

Гиперпластические полипы наблюдались в 8,1% (n = 40) случаев и чаще (97,5%) локализовались в дистальных отделах толстой кишки.

В отдельную группу были выделены гамартомные полипы — 21 (4,3%) случай, которые в 19 случаях выявлялись у детей в возрасте от 2 до 10 лет, всегда были одиночными и встречались в прямой кишке и дистальной трети сигмовидной кишки, а в 2 случаях были связаны с синдромом Пейтца–Егерса. По данным мировой литературы, последние 2 типа полипов (гиперпластический и гамартомный) не малигнизируются [9–11]. Мы также не наблюдали в этих группах ни одного случая дисплазии.

Обсуждение

При оценке результатов гистологического исследования биопсийного материала и удаленных колоректаль-

ных полипов нам удалось отметить некоторые закономерности. С помощью прицельной биопсии было выявлено 19 случаев малигнизации полипа, в то время как после полипэктомии было выявлено 52 случая. Таким образом, чувствительность прицельной биопсии в диагностике малигнизации составила 36,5%.

Учитывая высокий риск малигнизации полипов при наличии дисплазии, мы изучали чувствительность прицельной биопсии в выявлении дисплазии той или иной степени.

При гистологическом исследовании биопсийного материала был обнаружен 41 случай дисплазии, а в результате эндоскопической полипэктомии — 63. Следовательно, чувствительность прицельной биопсии в выявлении дисплазии была 65,1%.

В табл. 3 представлена чувствительность прицельной биопсии в зависимости от степени дисплазии.

Как видно из табл. 3, при I, II, III степени дисплазии совпадение диагнозов отмечалось в 80; 68,2 и 37,5% соответственно. Таким образом, чувствительность прицельной биопсии уменьшалась по мере увеличения степени дисплазии полипов.

При гистологическом исследовании биопсийного материала нами была выявлена зависимость чувствительности этого метода от размера полипов. Так, гистологическое строение полипов размерами до 0,5 см было правильно установлено в 85,5% случаев, при величине от 0,6 до 1,0 см — в 69,7%, при размерах полипов от 1,0 до 2,0 см — в 44,5%, а при диаметре полипов более 2,0 см — лишь в 17,4% наблюдений.

Таким образом, анализ полученных данных показывает, что в определении истинного морфологического строения полипов прицельная биопсия по информативности получаемого материала значительно уступает эндоскопической полипэктомии. Учитывая, что чувствительность прицельной биопсии в определении малигнизации составила 36,5%, а в выявлении дисплазии — 65,1%, мы считаем необходимым выполнение эндоскопической полипэктомии и гистологического исследования удаленных полипов во всех случаях, даже при наличии результатов предварительной прицельной биопсии. Только в этом случае мы можем получить полное представление о гистологической структуре полипа и спланировать дальнейшую тактику лечения и наблюдения. Данное обстоятельство позволяет также уменьшить число эндоскопических исследований, связанных с предварительной прицельной биопсией, обеспечивает большую комфортность пациента, меньшую занятость медицинского персонала, снижает риск ятрогенных осложнений, уменьшает необходимость проведения анестезии и является экономически более выгодным.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Воробей А.В., Хмельницкая В.Я., Сушков С.А. и др. Полипы толстой кишки. Актуальные вопросы колопроктологии. Тез. докл. 1-го съезда колопроктологов России с межд. участ. Самара, 2003. С. 202–203.
2. Белоус Т.А. Патоморфология предраковых состояний толстой кишки. Росс журн гастроэнтерол гепатол колопроктол 2002;12(4):50–5.
3. Подтяжкина Л.Ф., Семенова Е.В. Эндоскопическое лечение полипов толстой кишки. В сб.: Актуальные вопросы колопроктологии. Самара, 2003. С. 279–280.
4. Палий Л. Аспекты диагностики и лечения колоректальной эпителиальной неоплазии. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Кишинев, 2005.
5. Якутин Н.А., Горбань В.А., Зозуля М.В. Диагностика предраковых заболеваний и начальных форм рака толстой кишки на догоспитальном этапе. Проблемы колопроктологии. М., 2002. С. 502–507.
6. Павлов К.А., Волков Д.П., Щербаков А.М. Возможности прицельной и тотальной биопсии полипов толстой кишки при фиброколоноскопии. Вопр онкол 1983;23(1):23–7.
7. Ito A. Indications and limitations of endoscopic surgery on colorectal tumors. Digestive Endoscopy 2000;12:16.
8. Ривкин В.Л., Кирьянов И.В., Никитин А.М. и др. Полипы и полипоз толстой кишки. М.: Медпрактика-М, 2005. С. 24–36.
9. Аруин Л.И., Капуллер Л.Л., Исаков В.А. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника. М.: Медицина, 1998. 496 с.
10. Bond J.H. Colon polyps and cancer. Endoscopy 2001;33(1):46–54.
11. Mitros F.A. Polyps: the pathologist's perspective. Semin Surg Oncol 1995; 11(6):379–85.