性不明显,结果未能证实这两个基因在同一个细胞信号通路上,其相互之间的影响还有待于更进一步的研究。

3.5 FHIT 在本研究中与 NPC 的组织学分型和临床分期显示了良好的一致性,但其与癌症的预后相关还有待进一步研究。肿瘤的发生原因是多阶段多步骤的复杂过程,受多种因素影响。目前对肿瘤的研究还只是冰山一角,还有更多未知的内容等待我们去探索发现。

参考文献

1 Ohta M, Inoue H, Cotticelli MG, et al. The FHIT gene, spanning the chromosome 3p14.2 fragile site and renal carcinoma-associated t(3;8) breakpoint, is abnormal in digestive tract cancers[J]. Cell, 1996, 84(4): 587-597.

2 Virgilio L, Shuster M, Gollin SM, et al. FHIT gene alterations in head and neck squamous cell carcinomas[J]. Proc Natl Acad Sci U S A, 1996, 93(18): 9770-9775.

3 Michael D, Beer DG, Wilke CW, et al. Frequent deletions of FHIT and FRA3B in Barrett's metaplasia and esophageal adenocarcinomas[J]. Oncogene, 1997, 15(14): 1653-1659.

4 Mao L, Lee JS, Kurie JM, et al. Clonal genetic alterations in the lungs of current and former smokers[J]. J Natl Cancer Inst, 1997, 89(12): 857-862.

5 Wang X, Yuan L, Zheng H, et al. Expression of FHIT Protein in Lung Cancer by Cell Array[J]. Zhongguo Fei Ai Za Zhi, 2009, 12(2): 131-134.

6 Baffa R, Veronese ML, Santoro R, et al. Loss of FHIT expression in gastric carcinoma[J]. Cancer Res, 1998, 58(20): 4708-4714.

7 Hu C, Wei W, Chen X, et al. A global view of the oncogenic landscape in nasopharyngeal carcinoma: an integrated analysis at the genetic and expression levels[J]. PLoS One, 2012, 7(7): e41055.

8 邓燕飞, 田　芳, 杨新明. 鼻咽癌染色体 3p14 的精细等位基因缺失研究[J]. 中华耳鼻咽喉科杂志, 2000, 35(5): 391.

9 聂新民, 黄竹英, 姚　辉, 等. X 射线照射后鼻咽癌细胞系 HNE1 多药耐药基因 MDR1 的表达研究[J]. 中国抗生素杂志, 2008, 33(4): 220-222.

10 杨志慧, 刘惠敏, 孙　静, 等. 肺癌组织中 FHIT 蛋白的表达及其与 MDR1 的关系[J]. 第二军医大学学报, 2006, 27(11): 1218-1221.

11 Ismail HM, Medhat AM, Karim AM, et al. Multiple Patterns of FHIT Gene Homozygous Deletion in Egyptian Breast Cancer Patients[J]. Int J Breast Cancer, 2011, 2011: 325947.

12 Syeed N, Husain SA, Sameer AS, et al. Mutational and promoter hypermethylation status of FHIT gene in breast cancer patients of Kashmir[J]. Mutat Res, 2011, 707(1-2): 1-8.

[收稿日期　2012-12-26][本文编辑　杨光和　韦所苏]

博硕论坛 · 论著

多环黏膜切除术在大肠癌肠道病变中的应用

罗显克,　谭建荣,　唐雪媛

作者单位: 530001　南宁,广西民族医院消化内科

作者简介: 罗显克(1976-),男,医学硕士,主治医师,研究方向:消化内科疾病诊治。E-mail:luxike0142@163.com

[**摘要**]　**目的**　探讨多环黏膜切除术在肠道病变治疗中应用的可行性。**方法**　采用多环黏膜切除术治疗 18 例大肠癌患者肠道扁平病灶,观察其切除率及出血、穿孔等并发症的发生概率。**结果**　多环黏膜切除术切除率达 85.00%,出血率为 11.76%。**结论**　多环黏膜切除术安全可靠、创伤小,疗效确切。

[**关键词**]　扁平病灶;　放大内镜;　早期大肠癌

[**中图分类号**]　R 574　[**文献标识码**]　A　[**文章编号**]　1674-3806(2013)03-0218-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2013.03.09

The application of polycyclic mucosal resection in colon lesions

LUO Xian-ke, TAN Jian-rong, TANG Xue-yuan. Department of Gastroenterology, Minzu Hospital Of Guangxi Zhuang Autonmous Region, Nanning 530001, *China*

[**Abstract**]　**Objective**　To explore the feasibility of application of polycyclic mucosal resection in the treatment of intestinal lesions. **Methods**　The polycyclic mucosal resection was used for the treatment of intestinal flat lesions in 18 patients with flat lesions. Its removal rate and the probability of complications such bleeding, performation

万方数据

were observed. **Results** The removal rate of polycyclic mucosal resection was 85.00%; bleeding rate was 11.76%. **Conclusion** Polycyclic mucosal resection has advantages of less trauma, safe and reliable effect.

[**Key words**] Flat lesions; Magnifying endoscope; Early colorectal cancer

大肠癌在我国是常见的恶性肿瘤之一,随着环境及饮食结构习惯的改变,其发病率有逐年增加的趋势[1],尤其是 50 岁以上的人群更是高危人群[2,3]。肠癌的发病认为是息肉-腺瘤-腺癌发展演变的结果,腺瘤是大肠癌最主要的癌前病因[4~6],由于腺瘤性息肉可以癌变,因此,必须行内镜切除;有蒂的息肉可以内镜下直接完整切除,无蒂息肉可采用特殊方法如内镜下黏膜切除(endoscopic mucosal resection,EMR)。对于广泛病变如直径 >2 cm 时采用直接或 EMR 很难完整切除,必须采用特殊的方法如内镜下黏膜剥除术(ESD)进行切除。ESD 通常在大医院内镜中心才能开展,需要较高要求的技术及设备,对于一些基层医院很难开展。我们对 18 例大肠癌患者进行了多环黏膜切除术(MBM),现对其临床应用效果及并发症的发生情况总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取自 2010-01 ~2011-01 因腹痛、腹泻、便秘或解粘液便等消化道症状在我院门诊(或住院)经内镜中心行电子肠镜检查诊为大肠癌(共发现 20 个广泛病灶,范围为 2 ~4 cm)的患者 18 例,其中男 10 例,女 8 例,年龄 35 ~78 岁,平均年龄 60.3 岁。

1.2 器械及药品 Olympus CF-260 放大电子肠镜,德国西赛尔高频电发生器,专用六边形圈套器,0.4%靛胭脂黏膜染色剂,静脉套扎器(MDL-F-6 Wilson-Cook 公司),奥林巴斯电热活检钳,奥林巴斯 E-2000 超声内镜。

1.3 手术方法 所有患者术前均经凝血功能及血小板检查正常,心电图未见明显异常,术前 1 d 规范行肠道清洁(要求肠道清洁度高)。手术开始前首先进行常规的肠镜检查,了解病灶的部位、大小、形态等情况,然后用内镜下黏膜染色技术加放大内镜观察腺管开口类型,再用超声内镜(EUS)来判断病灶的深度(将病灶深度在 1 ~3 层的病变作为切除对象),然后用靛胭脂(0.4% ~0.5%)在肠道异常区域染色判断其病灶的边缘。先用专用六边形圈套器的头端进行灼热标记,然后逐一用 COOK 公司 DT-6-5F 套扎器将病变组织套扎后进行切除。

2 结果

2.1 手术结果 共 20 处病灶,本组 18 例患者 20 处病灶有 17 处病灶能成功地采用多环黏膜切除术进行切除并送病理,切除标本面积平均为(21.8 ± 1.02) mm × (18.2 ± 1.02) mm,其总的切除率达 85.00% (17/20),其中 14 处病灶能一次性将病灶组织完整切除,另 3 处病灶有不同程度的残留,应用氩离子束凝固术治疗残留病变。切除的 17 处病灶中有 1 处病灶术中出血量较多,用热活检钳将出血的血管电凝后出血停止,另有 1 处病灶术后 2 d 出现迟发性出血,复查内镜后可见创面有渗血,利用氩离子血浆凝固治疗(APC)后出血停止。本组总出血率为 11.76% (2/17),无一例发生肠穿孔等严重并发症。手术总操作时间为 391 min,平均每例为 23 min。20 处病灶中不能采用多环黏膜切除术进行切除的 3 处病灶因吸引后没有能将组织很好地吸引至透明帽内而放弃,改行 ESD 镜下切除,最后病理示有 2 例基底部见癌细胞,后追加送外科行结肠切除术。

2.2 术后复查结果 术后分别于 1、6 及 12 个月进行内镜复查,无一例发生肠道穿孔。术后 1 个月有 2 例发生狭窄,发生率为 11.76%,应用水囊扩张治疗,每一个月扩张一次,连续扩张 3 ~4 次,狭窄均缓解,无肠道梗阻等并发症的发生。术后 12 个月复查肠镜均未见有局部复发,患者无明显不适感。

3 讨论

3.1 我国逐步进入老年化,肠癌的发病率在逐渐增多,如何对癌前病变进行规范治疗有着重要的意义。对于Ⅰ型(隆起型)的病变比较容易切除,但是对于Ⅱ型(凹陷型)病变切除较困难,尤其是 >2 cm 的病变切除率较低,加上出血、穿孔等并发症的发病率极高,一直是内镜医师治疗的难点。本研究采用将病灶多黏膜套扎后圈套器逐一切除的方法,较 ESD 方法切除时间快,出血及穿孔等并发症少,是肠道较大扁平病变较好的切除方法。

3.2 如何能很好地运用该技术,笔者体会如下:术前的评估是减少术后并发症发生的关键。首先要判断病灶的深度,EUS 为目前首选的检查方法[7],它能清楚地显示消化道管壁各层,准确判断肿瘤浸润层次,对黏膜下肿瘤的诊断有指导作用[8]。Waxman 等[9]率先将 EUS 联合 EMR 用于黏膜下肿瘤的治疗,经过数年发展,许多消化系统疾病的诊断和治疗越来越依赖于 EUS,包括消化道隆起型病变的检测、

万方数据

食管癌和胃癌的分期和 ESD[10,11]。利用放大内镜结合染色内镜观察腺体开口形态(pit pattern),可以有助于提高癌前病变及早期肠癌的诊断率,同时对病灶的深度可以进行评估。本研究中术前均先行 EUS 判断病灶所在的层次,再结合放大内镜判断病灶的 pit 腺体开口特点,再利用染色内镜判断病灶的边缘,从而较好地评估了 MBM 的可行性。MBM 的病灶切除率达 85%,Ono 等[12]对内镜套扎切除术(EMRL)和 EMR 的疗效进行了对比研究发现,利用食管静脉套扎器吸引病灶后,根部结扎再切除,18 例(75%)能完全切除,且全部病例切除标本的病理组织学检查结果显示其切缘呈阴性,认为 EMRL 是治疗直肠黏膜内和黏膜下小癌的简单、安全的微创治疗方法。本研究出现并发症少,考虑术前对其病灶能够利用 EUS 结合放大染色内镜对病灶的浸润深度有较好的判断有关。

3.3　MBM 在食道运用较多,但在肠道平坦病变中的应用国内报道较少。利用 MBM 使带有 6 个橡胶的多环帽,具有良好的视野,且天然橡胶环套扎力适中,不会套扎至固有肌层,从而减少了穿孔等并发症的发生,另外其无需进行黏膜下注射,也可以不用针状切开刀进行标记,用专用六边形圈套器的头端进行灼热标记,减少手术的步骤;六边形的圈套器多次使用不变形,无需重复装置圈套器,大大缩短手术时间。在操作时将多环帽成直角对准需要吸引的位置,观察所吸引部位是否与计划一致,如不一致可调整,或者重新吸引,再用多环帽轻轻推动几次套扎在息肉上的橡胶环,以确保固有肌层不被套住,套扎完成后,使用圈套器套橡胶环下方,保证能将病灶完整切除。最后观察切除的部位是否有并发症发生,完全切除后观察是否有标记点遗漏。如病变组织太大,需要多次切除时,每次切除的部位应与上次的部位稍微重合,以保证病灶完整切除,术后应分别于 1、6 及 12 个月进行复查。

总之,肠道 MBM 安全可靠、简便,创伤小,疗效确切,能有效地治愈早期肠癌及癌前病变,不论患者年龄大小均可接受,有较好的应用前景。

参考文献

1　赵　平,陈万青. 2010 中国肿瘤登记年报[M]. 北京:军事医学科学出版社,2011:5 – 6.

2　Chen HM, Weng YR, Jiang B, et al. Epidemiological study of colorectal adenoma and cancer in symptomatic patients in China between 1990 and 2009[J]. J Dig Dis, 2011, 12(10):371 – 378.

3　Rundle AG, Lebwohl B, Vogel R, et al. Colonoscopic screening in average-risk inviduals ages 40 to 49 vs 50 to 59 years[J]. Gastroenterology, 2008, 134(5):1311 – 1315.

4　Cotton S, sharp L, Little J. The adenoma-carcinoma sequence and prospects for the prevention of colorectal neoplasia[J]. Crit Rev Oncog, 1996, 7(5 – 6):293 – 342.

5　Lieberman DA, Weiss DG, Bond JH, et al. Use of colonoscopy to screen asymptomatic adults for colorectal cancer. Veterans Affairs Cooperative study Group 380[J], N Engl J Med, 2000, 343(3):162 – 168.

6　Winawer SJ, Zauber AG, Ho MN, et al. Prevention of colorectal cancer by colonoscopic polypectomy. The National Polyp Study Workgroup [J]. N Engl J Med, 1993, 329(27):1977 – 1981.

7　孙思予. 电子内镜超声诊断及介入技术[M]. 第 2 版. 北京:人民卫生出版社,2006:12.

8　杨爱明,陆星华,鲁重美,等. 超声内镜在上消化道黏膜下肿瘤诊断中的应用[J]. 中华消化内镜杂志,2000,17(3):163 – 165.

9　Waxman I, Saitch Y, Raju GS, et al. High-frequency probe EUS-assisted endoscopic mucosal resection: a therapeutic strategy for submucosal tumors of the GI tract[J]. Gastrointest Endosc, 2002, 55(1): 44 – 49.

10　Shah SM, Sussman D, Jorda M, et al. EUS with EMR of an inflammatory myofibroblastic tumor of the stomach [J]. Gastrointest Endosc, 2008, 67(3):561 – 563.

11　Arebi N, Swain D, Suzuki N, et al. Endoscopic mucosal resection of 161 cases of large sessile or flat colorectal polyps [J]. Scand J Gastroenterol, 2007, 42(7):859 – 866.

12　Ono A, Fujll T, Saito Y, et al. Endoscopic submacosal resection of rectal carcinoid tumors with a ligation device[J]. Gastrointest Endosc, 2003, 57(4): 583 – 587.

[收稿日期　2012 – 12 – 17][本文编辑　黄晓红　韦　颖]

欢 迎 订 阅　　欢 迎 投 稿　　欢 迎 刊 登 广 告

本刊地址:广西南宁市桃源路 6 号,邮编:530021,电话:(0771)2186013

E – mail: zglcxyxzz@163.com

《中国临床新医学》杂志编辑部

万方数据