

大腸直腸外科

學經歷

國立陽明醫學院醫學士
教育部部定助理教授
國立陽明醫學大學醫務管理研究所碩士
國立台灣大學商學研究所 (EMBA) 碩士
台中榮總外科部住院醫師、總醫師、大腸直腸外科主治醫師
竹東榮民醫院外科主任、副院長
高雄榮總屏東分院 (前龍泉榮民醫院) 院長

專長

肛門疾患 | 腸息肉 | 憩室炎 | 腸癌如大腸 | 直腸或肛門癌



主任 張敏琪

淺談大腸直腸之鋸齒狀息肉

根據衛福部國民健康署台灣癌症登記報告的資料顯示，2014年大腸癌發生率，是癌症中首屈一指的。大腸直腸腺癌的可能惡性化之三大途徑：1. 腺瘤-癌症染色體不穩定，約占50%-70%，其前驅病變是常規的腺瘤性息肉，分為管狀腺瘤，管狀絨毛狀腺瘤，絨毛狀腺瘤。2. 基因突變型，約占整之3%-5%。3. 鋸齒狀，約占30%-35%。

過去增生性息肉 (hyperplastic polyps, HP) 被認為良性的息肉，於顯微鏡下腸黏膜之腸隱窩 (crypts)，呈現鋸齒狀之增生。現依據型態表現、分子改變的情形與惡性化的風險，已經被再分類了。1990年代，Longacre 等人創造了 "serrated adenoma" 這個詞；2003年 Torlakovic 等人發現 HP 有一個次分類 "serrated polyp with abnormal proliferation"，也就是現今的 "sessile serrated adenoma" (無蒂鋸齒狀腺瘤, SSA)。世界衛生組織 (WHO) 於2010年對此鋸齒型息肉進行分類，分為增生性息肉 (HP)、無蒂鋸齒狀腺瘤 / 息肉併或不併細胞分化不良 (sessile serrated adenomas/polyps with or without cytologic dysplasia, SSA/P) 及傳統性鋸齒狀息肉 (traditional serrated polyps, TSA)；後兩者有癌化潛能，尤其是 SSA/P。在這種分類下之 HP 一般認為是良性的，但有一鋸齒狀途徑是由 HP 之一個次型轉化成大腸直腸癌，好發在近端大腸。

鋸齒狀息肉的盛行率不同文獻報告有相當大的差異，與受測對象、診斷標準、做大腸鏡者及病理醫師有關。文獻報導 SSA/P 約占整體息肉之12.1%。在鋸齒狀息肉中的占比，HP 最多，SSA/P 約15%-20%，而 TSA 則最少，多在5%以下；在分佈上，SSA/P 大部分在近端大腸，內視鏡外觀上多為平坦且顏色較接近腸背景色，又因常出現在腸壁褶皺，上面覆蓋一層似糞水的黏液，息肉界線不清楚，容易疏忽而遺落未切除，致以後發生癌化，這可能也就是所謂的「間隔癌」 (interval cancers) 發生的原因之一，但也有較大而突起的。在內視鏡下要區分，SSA/P 與 HP 較不容易，通常 HP 較小顆且多在遠端的結直腸，藉由影像增強內視鏡 (image enhancing endoscopy techniques) 的方法，可以協助分辨。SSA/P 的特徵為隱窩的基底擴張 (basal dilation of crypts)、隱窩基底鋸齒狀 (basal crypts serration)、隱窩分支化 (crypt branching) 且呈現與基底膜同方向，如倒 T 或 L 型。而 HP 的鋸齒狀則多在隱窩的上半部，其隱窩為線型或直的，沒有變形。TSA 較多在遠端大腸，就息肉大小而言，TSA 較大，多為突起松錐形，發生的年齡層 TSA 較高。

正確認識大腸直腸鋸齒狀的息肉及其分類與臨床意義，尤其是分辨出 SSA/P，有助於提高大腸直腸息肉的臨床診斷與息肉切除，增加預防大腸直腸息肉癌化的效果。