КЛИНИЧНИ СЛУЧАИ
CASE REPORTS

ГОЛЯМ ТУБУЛОВИЛОЗЕН АДЕНОМАТОЗЕН ПОЛИП НА РЕКТУМА ПРИ МЛАД ПАЦИЕНТ

А. Коцев[1] и М. Мирчев[2]

[1]Катедра по пропедевтика на вътрешните болести, МУ – София
[2]Клиника по гастроентерология, УМБАЛ „Света Марина“, МУ – Варна

LARGE TUBULOVILLOUS ADENOMATOUS POLYP OF THE RECTUM IN A YOUNG PATIENT

A. Kotzev[1] and M. Mirchev[2]

[1]Department of Propedeutics of Internal Diseases, Medical University – Sofia
[2]Clinic of Gastroenterology, University Hospital „Sv. Marina”, Medical University – Varna

Резюме:

Данните от много проучвания сочат, че по-голямата част от случаите с колоректален рак възникват от аденоматозни полипи. Аденоматозните полипи на дебелото черво се установяват често в населението на индустриализираните страни със “западна” диета, особено с напредването на възрастта. Хроничната ректорагия при по-млади пациенти обаче не изключва наличието на аденоматозни полипи и нуждата от колоноскопия и ендоскопска полипектомия.

Ключови думи: аденоматозен полип, дебело черво, ендоскопия, полипектомия

Адрес за кореспонденция: *Д-р Андрей Коцев, д.м., Отделение по гастроентерология, УМБАЛ „Александровска“, бул. „Св. Георги Софийски“ № 1, 1431 София, e-mail: dr_andrey_kotzev@abv.bg*

Abstract:

Data from many studies showed that most of the colorectal cancers originate from adenomatous polyps. Adenomatous polyps are often detected in the population of industrialized countries with Western diet, especially in elder persons. However, chronic rectal bleeding in younger patients does not exclude the presence of adenomatous polyps and the necessity from colonoscopy and endoscopic polypectomy.

Key words: adenomatous polyp, colon, endoscopy, polypectomy

Address for correspondence: *Andrey Kotzev, M. D., Gastroenterology Unit, University Hospital „Aleksandrovska”, 1, Sv. G. Sofiyski Blvd., Bg − 1431 Sofia, e-mail: dr_andrey_kotzev@abv.bg*

ВЪВЕДЕНИЕ

Гастроинтестинален полип представлява всяка обособена тъканна маса, която се вдава в лумена на стомашно-чревния тракт. Терминът полип произлиза от гръцката дума многокрак [πολυ, poly – много; πους, ποδος (gen.), pes, podos – крак]. Честотата на колоректалните аденоматозни полипи (КАП) се увеличава с напредване на възрастта [28]. Рискът за развитие на КАП е най-висок след 69-годишна възраст в сравнение с индивидите под 50-годишна възраст [16]. Честотата на КАП у мъжете е по-висока в сравнение с жените [14, 16]. Приема се, че КАП са прекурсори на колоректалния рак (КРР) [17]. КРР се нарежда на трето място по честота в света при мъжете (746 000 случая, 10.0% от всички видове рак) и на второ място при жените (614 000 случая, 9.2% от всички видове рак) [6]. Ракът на дебелото черво е на трето място по честота при мъжете и на второ при жените и у нас. КРР представлява 8.6% от всички злокачествени заболявания общо при двата

пола в България, като фактическата заболяемост е 41.1 на 100 000 мъже и 35.0 на 100 000 жени. Съгласно данните от Националния раков регистър тенденциите в стандартизираните показатели на заболяемостта и смъртността от рак на дебелото черво показват увеличение и при двата пола, по-добре изразено при мъжете [1]. Тези данни и настъпващата епидемия от КРР обясняват важността на своевременното откриване и отстраняване на КАП.

Последователността аденом-карцином е описана за първи път от Jackman и Mayo през 1951 г. [10]. Съществуват убедителни епидемиологични доказателства за последователността аденом-карцином при КРР. Честотата на КАП съответства на честотата на рака на дебелото черво в съответната страна и развитието на аденоми предшества развитието на рак с 5-10 г. [13, 18]. Ендоскопската полипектомия на КАП води до изразено намаляване на предполагаемата честота от КРР [29]. При една трета от хирургичните резекции по повод КРР се установяват КАП, както и наличието на аденоматозна тъкан сред раковата тъкан. Освен това малки карциномни фокуси често се установяват в КАП, но почти никога в нормална дебелочревна лигавица [18]. Честотата на КАП в различните части на дебелото черво е подобна на честотата на КРР в съответните колоректални отдели [4]. Сигурното развитие на КРР при пациентите с фамилна аденоматозна полипоза (при които се наблюдават стотици до хиляди КАП) също подкрепя тезата за последователността аденом-карцином при КРР.

КАП са доброкачествени неоплазии на дебелочревния епител, които могат да малигнизират. Необходимо е да се отбележи, че хистологично всички КАП са диспластични [23]. Съгласно класификацията на СЗО КАП се разделят на тубуларни (поне 80% от жлезите са разклонени), вилозни (поне 80% от жлезите са с вилозна структура) и тубуловилозни [11]. Тубуларните аденоми са с най-висока честота (65%), докато тубуловилозните и вилозните са с честота 25.8% и 7.2% съответно [12]. Тубуларните аденоми са изградени от разклонени аденоматозни жлези с различно количество lamina propria. Вилозните аденоми се състоят от аденоматозни жлези, които се разпространяват пръстовидно пряко от центъра на полипа към неговата повърхност, а тубуловилозните са хистологично смес от двата типа аденоми. КАП се представят на краче или на широка основа. Тубуларните аденоми могат да са на широка основа или на краче с гладка или по-рядко набраздена повърхност, с цвят, подобен на околната лигавица или с лекостепенна хиперемия. Тубуларните аденоми с размери над 10 mm могат да са силно зачервени поради значимото им кръвоснабдяване. Вилозните аденоми по-често са с по-голям размер (могат да достигнат и гигантски размери – над 50-100 mm) и на широка основа, с нодулирана, неравна повърхност, покрита с вилозни израстъци и лигавица с бледорозов цвят [2].

Трябва да се отбележи обаче, че само малка част от КАП се развиват до карцином. Това зависи от големината, хистологичната структура и степента на дисплазия на КАП. Обикновено КАП протичат безсимптомно. Възможно е да се установят ректорагия, диария, констипация, флатуленция, спастични болки в хипогастриума, анемия и водно-електролитни нарушения [24]. Най-често КАП се откриват случайно при пациенти, на които се извършва колоноскопия по повод желязодефицитна анемия, скрининг за КРР или във връзка със симптоми, които се отдават на дебелочревна патология. Тоталната колоноскопия е най-добрият, макар и инвазивен метод за откриване на КАП, който позволява и терапевтична намеса. Фекалният тест за окултно кървене не е достатъчно чувствителен за откриване на КАП, защото по-малките от 10 mm КАП обикновено не кървят. Иригографията, вкл. двойноконтрастната, също не е достатъчно ефективен начин за установяване на КАП [30]. Компютърнотомографската колонография (виртуална колоноскопия) трудно открива полипи, по-малки от 5 mm. Има данни, че изследването на фекална ДНК открива 54% от КАП, по-големи от 10 mm и 92% от КАП, по-големи от 40 mm [3]. КАП се премахват ендоскопски, а в отделни случаи се прилага и хирургично лечение. Задължително е КАП да се изследват хистологично.

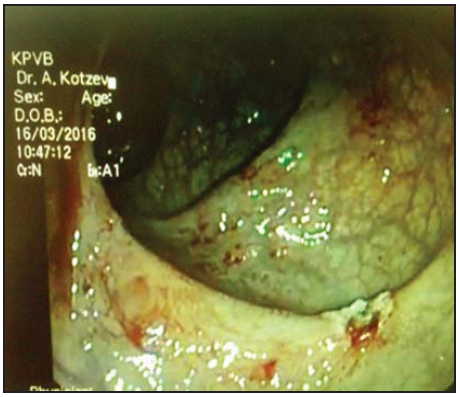
Описание на случая

Мъж на 39 г. постъпва в Отделението по гастроентерология на УМБАЛ „Александровска“ с оплаквания от ректорагия от 2 месеца, редуване на кашави с нормални изпражнения, спастични болки в ляв хипогастриум, подуване на корема и често оригване. Пациентът е претърпял в миналото операции за варикоцеле и за ингвинална херния. Фамилна анамнеза – сестра с хистеректомия по повод карцином на матката на 28-годишна възраст и с операция по повод карцином на пикочния мехур на 38-годишна възраст. Рискови фактори – умерен прием на етанол. Физикален статус – б.о. Без анемия (хемоглобин – 150 г/л; хематокрит – 0.41; еритроцити – 4.88 10^12/L) и с нормални биохимични лабораторни показатели. Абдоминална ехография – бъбречна киста с размери 21 mm. ЕКГ – синусов ритъм. От

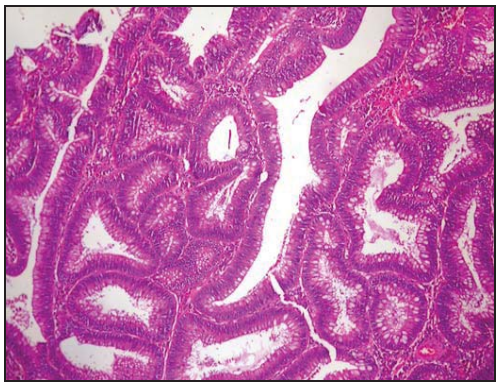
езофагогастродуоденоскопията се установиха хроничен гастрит с висока активност, HP (+++) и ерозивен дуоденит. На пациента бе проведено успешно лечение за ерадикация на H. pylori. От колоноскопията се установиха полип в ректума на широка основа с размери 20/18/10 mm (фиг. 1), по-малък полип в сигмата на широка основа с размери 6/4 mm и хемороиди. При пациента бе извършена трансендоскопска полипектомия на двата установени полипа в дебелото черво (фиг. 2) с хистологичен резултат от полипа в ректума – тубуловилозен аденом с нискостепенна до огнищно високостепенна епителна дисплазия и свободна фиброваскуларна ос (фиг. 3 и фиг. 4) и с хистологичен резултат от полипа в сигмата – тубуларен аденом и лимфофоликуларна хиперплазия. При контролната колоноскопия на втория месец след полипектомиите не бе установен рецидив (фиг. 5 и фиг. 6). Рецидив не е установен и по време на проведена една година след полипектомията колоноскопия. Пациентът бе насочен за извършване на генетична консултация във връзка с фамилната обремененост за неоплastичен процес в свързана с КРР локализация.



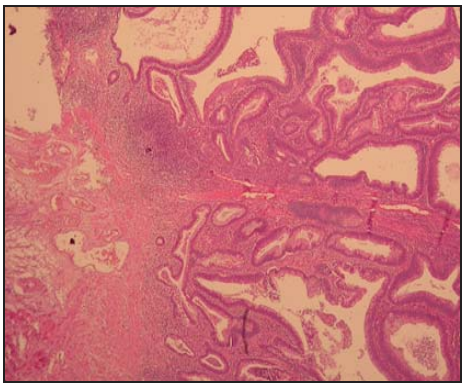
Фиг. 1. Тубуловилозен аденом на ректума – преди полипектомия



Фиг. 2. Ендоскопска полипектомия на същия полип



Фиг. 3. Тубуловилозен аденом на ректума – хистология



Фиг. 4. Тубуловилозен аденом на ректума – хистология



Фиг. 5. Контролна колоноскопия – 2 месеца след полипектомията



Фиг. 6. Контролна колоноскопия – 2 месеца след полипектомията

Обсъждане

Аденоматозните полипи на дебелото черво, особено напреднали, се установяват рядко в по-ранна възраст. В голямо проучване в САЩ са изследвани некропсично дебелите черва на 1001 индивиди в по-млада възраст (20-49 г.) и е установена ниска, но покачваща се честота на КАП (1.72% до 3.72%) от третото към петото десетилетие на живота, като честотата рязко се увеличава след 50-годишна възраст [20]. Данните от колумбийско проучване също потвърждават ниската честота на КАП от 2.4% при индивиди под 44-годишна възраст [22]. Некропсичните резултати при по-възрастните индивиди сочат честота на КАП от около 29% при жените и около 37% при мъжете [28]. При колоноскопски скрининг на над 900 човека на възраст 40-49 г. не са установени полипи в 78.9%, в 10% са установени хиперпластични полипи и в 8.7% са установени тубуларни аденоми [9].

Най-често КАП се откриват в левия колон, като при по-възрастните пациенти се наблюдава увеличаване на честотата на проксималните КАП [5, 15, 20]. Данните от Ерлангенския полипозен регистър показват следното разпределение на КАП: ректум – 34%, сигма – 30%, colon descendens – 10%, colon transversum – 9%, colon ascendens – 13%, и цекум – 4% [7]. При разглеждания пациент и двата полипа също бяха в левия колон – сигма и ректум.

КАП се делят на три групи според големината си: малки (≤ 5 mm), средни (6-10 mm) и големи (≥ 11 mm). По-големите КАП, подобно на разглеждания случай, се откриват обикновено в дисталния колон, където се развива най-често и КРР [18]. Разпределението на ендоскопски отстранените КАП по размер, съгласно Националното полипозно проучване на САЩ, е, както следва: 38% от аденомите са по-малки от 5 mm, 36% са размери 6 до 10 mm, и 26% са над 10 mm [19]. Тубуларните аденоматозни полипи са най-честите и обикновено са с малък размер (до 5 mm) и с нискостепенна дисплазия, докато по-редките тубуловилозни и вилозни аденоми често са с размер над 10 mm (колоректалните вилозни аденоми могат да достигнат размери до над 100 mm в някои случаи) и високостепенна дисплазия [2]. Данните от Ерлангенския полипозен регистър сочат честота на КАП от 75% за тубуларните, 15% за тубуловилозните и 10% за вилозните, като малигнената трансформация по време на диагностицирането е била 4.8% при тубуларните, 19% при тубуловилозните и 38,4% при вилозните КАП [7]. Тези резултати се потвърждават и в този случай, където тубуловилозият аденом беше голям и с напреднала патология, докато тубуларният аденом в сигмата беше с по-малки размери и без високостепенна дисплазия. Много ниска е вероятността тубуларните аденоми, по-малки от 10 mm, да съдържат огнища от инвазивен карцином [27]. Не бива да се забравя обаче, че съществува риск за малигнизация от 5% за всеки аденоматозен полип [31]. В 1.3% от КАП, по-малки от 10 mm, има карцином, но при преобладаваща вилозна структура или огнище на високостепенна дисплазия, карциномът е съответно в 10% и в 27% от случаите [18]. Тези данни определят необходимостта от полипектомия на всички установени КАП. Освен това аденомите в ректума и сигмата, особено по-големите от вилозен тип, понякога са показател за развитие на КАП и КРР в проксималните отдели на дебелото черво [21]. Вероятността за малигнено преобразуване на КАП се определя от големината му, хистологичния тип и степента на дисплазия, като високостепенната дисплазия е по-честа при по-големи КАП и КАП с по-голям вилозен дял. Поради зависимостта си един от друг, трудно е да се определи кой от трите фактора е най-важният, въпреки че вилозната съставка вероятно играе основна роля за злокачественото израждане на КАП [19].

Ректорагията е рядка при КАП, по-малки от 10 mm. Тя е по-чест симптом при пациенти с големи КАП, но това невинаги, подобно на разглеждания случай, предизвиква анемия. При пациента бяха установени и хемороиди, които също могат да причинят кървене от ануса. Наличието на хемороиди обаче не изключва други причини, вкл. колоректални полипи, за ректорагия. Коремните болки и хроничната диария, особено при по-млади пациенти, често се свързват със синдрома на дразнимото дебело черво. Тези симптоми нерядко се откриват обаче и при пациентите с КАП въпреки бедната клинична картина в повечето случаи. Затова и при млади хора тези оплаквания не трябва да се подценяват, а изискват изясняване, което включва и ендоскопско изследване на долния и горния гастроинтестинален тракт. При пациента не бе установена диселектролитемия, която може да се наблюдава при по-големи (над 30-40 mm) КАП с вилозна съставка.

Пациентът е с фамилна обремененост за неопластичен процес в свързана с КРР локализация (ендометриум), което го поставя в повишен риск за развитие на КРР. Фамилната анамнеза за малигнено заболяване сред болните с КАП е доста по-честа в сравнение с останалата популация [2]. Наличието на аденоматозен полип при пациент под 40 години е показател за

извършване на генетична консултация [25]. Пациентите с полипектомирани КАП с високостепенна дисплазия трябва да бъдат проследявани чрез колоноскопия. Съгласно препоръките на ESGE (Европейска асоциация по гастроинтестинална ендоскопия), колонокопия трябва да се извърши на третата година след ендоскопска полипектомия на колоректален аденоматозен полип, който е с размер ≥ 10 mm или е с високостепенна дисплазия [8]. Установено е, че пациентите с КАП ≥ 10 mm и с високостепенна дисплазия са с висок риск за последващо развитие на КАП с високостепенна дисплазия или КРР [26]. По-краткият интервал за скринингова колоноскопия в тези случаи (на третия месец, на първата и на петата година след полипектомията) е вероятно по-подходящ [2]. Съществуват данни, че инфекцията с H. pylori, освен с развитието на рака на стомаха, е положително свързана и с риск от развитие на КРР [32, 33]. Затова биха могли да се предполагат и допълнителни ползи от проведената ерадикация на H. pylori в представения случай.

Заключение

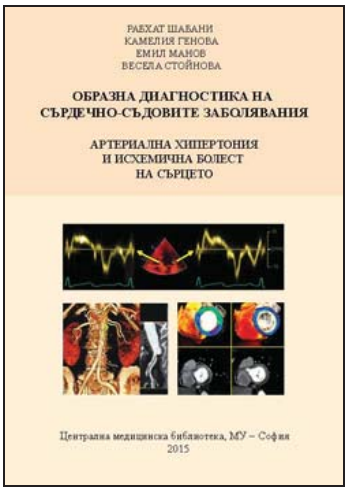
Наличието на хемороиди и евентуалната ректорагия, свързана с тях, не изключват наличието на колоректални полипи и при по-млади пациенти. Хроничната ректорагия винаги е алармиращ симптом, който изисква клинично изясняване и извършване на колоноскопия. В ректума е възможно да се извършва еднократна полипектомия и на по-големи полипи. Необходим е по-активен скрининг, вкл. ендоскопски, при лица с фамилна анамнеза за неоплазия в свързана с КРР локализация.

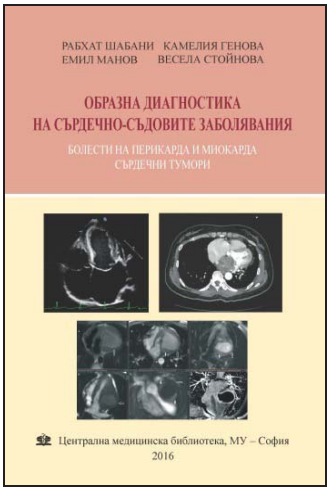
Библиография

1. Валерианова, З., Н. Димитрова, С. Тонев, М. Вуков (редактори). Заболяемост от рак в България, 2012. Български национален раков регистър. София, 2014.
2. Коцев, И. Гастроинтестинални полипи – клиничен подход, рискови фактори, малигнизация и превенция, Докт. дис., Варна, 2007, 45-52, 113-4.
3. Ahlquist, D. A., H. Zou, M. Domanico et al. Next-generation stool DNA test accurately detects colorectal cancer and large adenomas. Gastroenterology, 142, 2012, № 2, 248-56.
4. Boland, R. Malignant tumors of the colon. In: Textbook of Gastroenterology, 4th edn (Yamada T, Alpers DH, Kaplowitz N et al., eds). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins, 2003, 1940-89.
5. Clark, J. C., Y. Collan, T. J. Eide et al. Screening for colon malignancy with colonoscopy. Am J Gastroenterol, 86, 1991, № 8, 946-51.
6. Ferlay, J., I. Soerjomataram, R. Dikshit et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. Int J Cancer, 136, 2015, № 5, 359-86.
7. Frühmorgen, P. Kolorektale Polypen und Polyposen. In: Hann E, Reimann J (eds.). Klinishe Gastroenterologie. Stuttgart: Thieme 2000, 966-78.
8. Hassan, C., E. Quintero, J. M. Dumonceau et al. Post-polypectomy colonoscopy surveillance: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. Endoscopy, 45, 2013, № 10, 842-51.
9. Imperiale, T. F., D. R. Wagner, C. Y. Lin et al. Results of screening colonoscopy among persons 40 to 49 years of age. N Engl J Med, 346, 2002, № 23, 1781-5.
10. Jackman, R. J., C. W. Mayo. The adenoma-carcinoma sequence in cancer of the colon. Surg Gynecol Obst, 93, 1951, № 3, 327-30.
11. Jass, J. R., L. H. Sobin. World Health Organization. Histological typing of intestinal tumours. 2nd ed 1989 Springer-Verlag New York.
12. Khan, A., I Shrier et P. Gordon. The changed histologic paradigm of colorectal polyps. Surg Endosc, 16, 2002, № 3, 436-40.
13. Kozuka, S., M. Nogaki, T. Ozeki et al. Premalignancy of the mucosal polyp in the large intestine: II. Estimation of the periods required for malignant transformation of mucosal polyps. Dis Colon Rectum, 18, 1975, 494-500.
14. Lieberman, D. A., J. L. Williams, J. L. Holub et al. Race, Ethnicity, and Sex Affect Risk for Polyps Greater than 9 mm in Average-risk Individuals. Gastroenterology, 147, 2014, № 2, 351-8.
15. Lieberman, D. A., F. W. Smith. Prevalence of polyps in an autopsy series from areas with varying incidence of large-bowel cancer. Int J Cancer, 36, 1985, № 2, 179-86.
16. McCashland, T. M., R. Brand, E. Lyden et al. Gender differences in colorectal polyps and tumors. Am J Gastroenterol, 96, 2001, № 3, 882-6.
17. Morson, B. C. Evolution of cancer of the colon and rectum. Cancer, 34, № 3, 1974, 845-9.
18. Muto, T., H. J. Bussey et B. C. Morson. The evolution of cancer of the colon and rectum. Cancer, 36, 1975, № 6, 2251-70.
19. O'Brien, J., J. Winawer, G. Zauber et al. The National Polyp Study. Patient and polyp characteristics associated with high grade dysplasia in colorectal adenomas. Gastroenterology, 98, 1990, № 2, 371-9.
20. Pendergrass, C. J., D. L. Edelstein, L. M. Hylind et al. Occurrence of colorectal adenomas in younger adults: an epidemiologic necropsy study. Clin Gastroenterol Hepatol, 6, 2008, № 9, 1011-5.
21. Read, T. E., J. D. Read et L. F. Butterly. Importance of adenomas 5 mm or less in diameter that are detected by sigmoidoscopy. N Engl J Med, 336, 1997, № 1, 8-12.
22. Restrepo, C., P. Correa, E. Duque et al. Polyps in a low-risk colonic cancer population in Colombia, South America. Dis Colon Rectum, 24, 1981, № 1, 29-36.
23. Riddell, R. H., H. Goldman, D. F. Ransohoff et al. Dysplasia in inflammatory bowel disease: standardized classification with provisional clinical applications. Hum Pathol, 1983, 14, № 11, 931-68.
24. Shamblin, J. R. Jr, J. F. Huff, J. M. Waugh et al. Villous adenocarcinoma of the colon with pronounced electrolyte disturbance. Ann Surg, 156, 1962, № 2, 318-26.
25. Syngal, S., R. E. Brand, J. M. Church et al. ACG clinical guideline: Genetic testing and management of hereditary gastrointestinal cancer syndromes. Am J Gastroenterol, 110, 2015, № 2, 223-62.
26. Toll, A. D., D. Fabius, T. Hyslop et al. Prognostic significance of high-grade dysplasia in colorectal adenomas. Colorectal Dis, 13, 2011, № 4, 370-3.

27. Weston, A. P., D. R. Campbell. Diminutive colonic polyps: histopathology, spatial distribution, concomitant significant lesions, and treatment complications. Am J Gastroenterol, 90, 1995, № 1, 24-8.
28. Williams, A. R., B. A. Balasooriya et D. W. Day. Polyps and cancer of the large bowel: a necropsy study in Liverpool. Gut, 23,1982, № 10, 835-42.
29. Winawer, S. J, A. G. Zauber, M. N. Ho et al. Prevention of colorectal cancer by colonoscopic polypectomy. The National Polyp Study Workgroup. N Engl J Med, 329, 1993, № 27, 1977-81.
30. Winawer, S. J., E. T. Stewart, A. G. Zauber et al. A comparison of colonoscopy and double-contrast barium enema for surveillance after polypectomy. National Polyp Study Work Group. N Engl J Med, 342, 2000, № 24, 1766-72.
31. Winawer, S. J., A. G. Zauber, B. Diaz et al. The National Polyp Study: overview of program and preliminary report of patient and polyp characteristics. In: Steele G, et al. (eds). Basic and Clinical Perspectives of Colorectal Polyps and Cancer. New York, Alan R Liss, 1988.
32. Wu, Q., Z. P. Yang, P. Xu et al. Association between Helicobacter pylori infection and the risk of colorectal neoplasia: a systematic review and meta-analysis. Colorectal Dis, 15, 2013, № 7, e352-64.
33. Zhang, Y., M. Hoffmeister, M. N. Weck et al. Helicobacter pylori infection and colorectal cancer risk: evidence from a large population-based case-control study in Germany. Am J Epidemiol, 175, 2012, № 5, 441-50.

Постъпила за печат на 30 октомври 2017 г.





ОБРАЗНА ДИАГНОСТИКА НА СЪРДЕЧНО-СЪДОВИТЕ ЗАБОЛЯВАНИЯ е поредица от ръководства. Първата част – АРТЕРИАЛНА ХИПЕРТОНИЯ И ИСХЕМИЧНА БОЛЕСТ НА СЪРЦЕТО, вече е свободно достъпна и в електронен вариант в репозиториума на Централна медицинска библиотека, МУ – София. Във втората част – БОЛЕСТИ НА ПЕРИКАРДА И МИОКАРДА. СЪРДЕЧНИ ТУМОРИ, авторите *(д-р Шабани, доц. Стойнова, доц. Генова и доц. Манов)* описват съвременните диагностични възможности на образните методи в кардиологията при различните нозологични единици. Разгледани са в детайли ролята на ехо- и Doppler-кардиографията, компютърната и ядрено-магнитно-резонансната томография, приоритетните им възможности, разликите в диагностичната им достоверност и естественото им допълване и надграждане при различните кардиологични заболявания. Обсъдени са диагностични алгоритми, които са от съществено значение за комплексния клиничен подход спрямо патологията в областта на кардиологията. Ръководствата са подходящи за кардиолози, за рентгенолози, за специализанти, както и за всички медици, проявяващи интерес към съвременната кардиология.