

10. 大腸直腸瘻肉

大腸直腸腫瘤包括大腸直腸癌、類癌(carcinoid)、平滑肌肉瘤、淋巴組織瘤等惡性腫瘤，以及各種瘻肉、脂肪瘤等良性腫瘤。另外還一些因發炎疾病如腸結核、放線菌感染等也會產生有如腫瘤之病灶，在作鑑別診斷時需考慮。肛門腫瘤包括肛門鱗狀上皮癌、肛緣皮膚癌、Paget 氏病、Bowen 氏病等。大腸直腸癌因病例多，目前居國內十大癌死亡原因之第三位，且形成原因與直腸腺瘤性瘻肉(Neoplastic polyp, Adenomatous polyp)關係密切。本節將就大腸直腸瘻肉敘述。

前言

瘻肉(Polyp)一字原意係指任何粘膜突出物(projection above surface epithelium)。在大腸這種粘膜上突出物依病理組織可分為五大類:

- 1.增生性瘻肉(hyperplastic polyp)
- 2.腺瘤(adenoma)
- 3.缺陷瘤(hamartoma)
- 4.發炎性瘻肉或偽瘻肉(inflammatory polyp or pseudopolyp)
- 5.其他。如非粘膜性腫瘤 (leiomyoma, hemangioma, lipoma, etc.)。

在大腸直腸各種瘻肉中，因腺瘤為最常見之新生瘤(neoplasm)，且與腸癌之關係較密切，常為臨床上討論及治療的目標，故常將瘻肉及腺瘤(adenoma)視為同義詞。習慣上 5 至 100 個稱為多發性瘻肉(multiple polyps)，超過 100 個稱為瘻肉症(polyposis)。

增生性瘻肉(Hyperplastic polyp)

這種瘻肉通常見於直腸及乙狀結腸，常多發，大小 2-5mm，但偶也有 1-2cm 的，顏色同腸粘膜，但較蒼白。增生性瘻肉之臨床意義目前仍不十分清楚，唯一般認為與大腸直腸癌較無關係。臨床上之重要性在於必須與腺瘤作鑑別診斷。雖然一般而言增生性瘻肉常較小、多發、表面較蒼白，但事實上由內視鏡並無法全然與腺瘤區分。必須切除瘻肉，作組織病理檢查較準確，如證明為增生性瘻肉則按常人定期作篩檢即可，如為腺瘤，則全大腸必需作完整檢查，切除所有腺瘤，且作定期追蹤。

缺陷瘤(Hamartomas)

A. Peutz-Jeghers 氏症

Peutz-Jeghers 症候群是一種自體染色體顯性遺傳疾病，但仍有少數病例無家族史。病人主要是自幼在嘴唇、口腔粘膜及身體各處內臟尤其是手指、腳趾產生黑褐色，大小 1-2 毫米有如雀斑之色素沈著；以及在腸胃道，尤其是空腸產生大小不等的瘻肉。病人常見之症狀為腹痛（腸阻塞、腸套疊），腸道出血，瘻肉突出。Peutz-Jeghers 氏瘻肉大小不一，有大到數公分的。大瘻肉常有根，外觀上有時難

與腺瘤區別。Peutz-Jegher 瘻肉臨床上之意義為有時會產生腸阻塞或出血等併發症而需屢次切除小腸造成吸收表面積不足。一般認為與腸癌之發生較無關。故認為症應採較保守之態度，即使有併發症產生也僅切除必要之病灶部分而盡量保留小腸。

B. 幼年型瘻肉(Juvenile polyp)

幼年型瘻肉通常見於 10 歲以下的小孩，但較年長的小孩甚或大人亦可能出現，兩個高峰好發年齡為 4 及 18 歲，男比女多。百分之六十見於直腸，但其他部位之大腸亦有分佈。常見的症狀為直腸出血，瘻肉由肛門突出，血便中帶粘液，10% 的病人瘻肉有自己斷落(autoamputation)現象。大部分(70%)之 juvenile polyp 為單發，少部份(30%)為多發，極少數的病人則呈瘻肉症現象(polyposis)。從組織上看，juvenile polyp 為缺陷瘤，與腸癌關係不大，切除後也少有再發。在此特別要說明的是雖然 juvenile polyp 大多見於孩童，但 adenomatous polyp 在二十歲以下之病人亦不少見，且直腸看到 juvenile polyp，其上位之大腸仍可能長出 adenomatous polyp，故在小孩的直腸看到 juvenile polyp，其上位大腸之 polyp 不一定也是 juvenile polyp，用腸鏡作瘻肉切除以確定診斷仍是必須的。

發炎性瘻肉(Inflammatory polyp or pseudopolyp)

任何大腸之傷害，尤其嚴重且反復發生之大腸發炎均有可能產生發炎性瘻肉。最常見的慢性潰瘍性大腸炎或 Crohn 氏病(Crohn's disease)。其組織主要為殘留的、或再生的腸粘膜及其下之浸潤發炎細胞所構成。發炎性瘻肉本身與腸癌並無關係。但在長期慢性全大腸潰瘍性結腸炎(long-term pancolitic ulcerative colitis)病人，其粘膜細胞有惡性變化之可能，且此惡性變化往往沒有在粘膜表面造成突起，甚至變性的細胞藏於粘膜下層，故長期全大腸潰瘍性結腸炎之病人必須定期作大腸鏡多位置切片檢視以早期發現變性之粘膜細胞以便治療。

淋巴組織性瘻肉常見於身體有炎性反應時，尤其是小孩之迴腸末端及直腸。為粘膜下之淋巴組織增生、肥大。此時切片確定診斷即可，不需特別治療。

腺瘤(Adenoma)

腺瘤通常沒有明顯的症狀，常為體檢或作大腸直腸檢查時附帶發現。少數較大之腺瘤偶而會出血而使糞便有潛血反應。在直腸，尤其是直腸下端之大腺瘤較會有粘液便，血便，稀便，肛突出物等症狀。有時大的廣基性絨毛腺瘤會分泌大量粘液以及水泄而導致脫水及電解質不平衡。在直腸及一部分乙狀結腸之腺瘻肉則可用乙狀結腸鏡(sigmoidoscopy)作較準確之診斷及瘻肉切除。自從大腸鏡廣泛使用後，大腸瘻肉之診斷及治療更邁入一新里程。大部分的報告均顯示對於瘻肉之診斷率，大腸鏡要比鉭劑檢查準確得多。至於腺瘤是否已有癌化，更無法由腸鏡外觀準確判斷。取下標本作病理組織檢查為必要之步驟。因腺瘤癌化常只在瘻肉之

某一部份，其他部份仍呈良性腺瘤，且癌化部分侵犯之深度為選擇治療方式之重要依據，故只作瘰肉切片檢查是不夠的。正確的作法為作整個瘰肉包括其柄、基部之瘰肉切除，全部組織包埋、檢查。有細長柄之腺瘤以腸鏡作切除無多大困難。但廣基性，尤其基部大於 2 公分要在大腸鏡作全切除則較困難，且危險性較高。以往有所謂作分片瘰肉切除(piecemeal polypectomy)，因取下之標本呈許多碎片，失去其方位性，一旦有癌化，則癌化的範圍有多大，侵犯到腸壁有多深，以及切面是否有癌組織殘留均無法正確判斷而影響到進一步治療之決定。因此大部分學者主張無法用大腸鏡整個切除之廣基性瘰肉應考慮剖腹或經由腹腔鏡作大腸切開或腸段切除以便切除瘰肉。位於直腸中、下段之廣基性大腺瘤 則可作“經肛門”(transanal)“經薦骨、尾骨”(trans-sacral, transcoccygeal or Kraske procedure)或“經括約肌”(trans-sphincter, Mason procedure)切除。

腺瘤性瘰肉切除後一定要作定期追蹤檢查。此乃小的瘰肉在鏡檢時常被忽略，或因大腸之粘膜褶皺而被隱藏，經一段時間後瘰肉又長大了。

1. 腺瘤性瘰肉之復發率相當高。
2. 多發之腺瘤較單發之腺瘤易復發。

臨床上如何正確的面對瘰肉

腸腺瘤與腸癌關係最密切，其發生率又甚高，通常好發年齡為五十~六十歲，隨年齡增加而逐漸升高，到七十歲以上維持穩定的高發生率。年齡五十歲以上者應作篩檢（大腸鏡最好，至少也要作軟式乙狀結腸鏡檢）。高危險群例如有家族腸癌或其他癌症病史者，曾患腸癌切除治療過者，更應提早檢查。發現有異常顏色變化之粘膜應作切片檢查，有突起之瘰肉應作瘰肉切除（只作切片不夠），如為腺瘤，術後需定期追蹤。較大的（0.5cm 以上）、廣基性、絨毛性、多發性，甚或癌變者追蹤之間隔要較短（開始時三個月至一年，視情況而定，經 1-2 次追蹤無復發則將間隔延長至 2-3 年一次）。增生性瘰肉雖與癌較無關，但如為 hyperplastic polyposis 則難以斷定其中不摻雜有腺瘤，故仍需密切追蹤。缺陷瘤中如為 juvenile polyposis 則需 特別注意，因產生腸胃道癌之機會頗高。

有部分癌化之腺瘤如癌組織只局限於粘膜層，且切端無癌細胞殘留則腸鏡瘰肉切除已足。如癌組織已侵入粘膜下層則淋巴腺轉移機會約 10%，此時是否要進一步切除大腸需視情況而定。一般而言如為廣基性絨毛腺瘤，一旦癌化組織侵入粘膜下層，則腸鏡瘰肉切除常會有殘留癌組織在切端，且淋巴腺轉移機會高，應勸 病人接受腸段切除。如為有根之管狀腺瘤，除非瘰肉切端有癌細胞、為分化不良癌、癌細胞有淋巴管或血管侵入等情況需進一步切除腸段以外，一般作腸鏡瘰肉切除後密切追蹤即可。