

# 冰火两重天——带你了解肠镜病理报告中的“癌”和“瘤”

复旦大学附属肿瘤医院病理科 黄丹 郑雨薇

各位看官，是不是听过身边有人感觉肚子不舒服，去医院做了个肠镜结果查出来肠子里长了个肿瘤？随着我国生活方式的改变以及环境因素的影响，我国特别是城市人群的结直肠癌发病率呈逐年上升趋势。好消息是，肠镜筛查已被证实能降低结直肠癌的发生风险。

那么问题来了，肠镜是怎么发现结直肠癌的呢？问问做过肠镜的朋友，部分人会被告知，几天后记得回答医院取一份病理报告。事实上，医生们是在进行肠镜检查的同时，对可疑病灶进行活检取材。之后送了病理检查，交给病理医生通过显微镜观察肿瘤切片后出具病理报告，从而得出是否患有结直肠癌的结论。

那么问题又来了，为什么一定要抠一块肉下来，取活检送病理才能明确是不是得了结直肠癌呢？医生做肠镜的时候自己看看不行吗？这就要说到肿瘤诊断的标准了。

病理诊断才是肿瘤诊断的唯一金标准，而病理医生就是借助显微镜对送检标本进行良恶性判定的“判官”。肠镜活检取得的小组织块，将被送入病理科，在经历一系列复杂的处理流程后，被制成一张张只有几微米的切

片。病理医生将在显微镜下对这些切片上的细胞进行仔细观察，之后结合各种临床信息，出具病理诊断报告。所以，病理医生也被称为“医生的医生”。

所以，身上长的肿块到底是良性还是恶性的，临床医生们说了不算，病理医生说的才算，病理医生拥有肿瘤诊断的一票否决权。那大家可能会觉得，直接请病理医生看病不是更快更方便。恰恰相反，术业有专攻，临床科室与病理科分工并不相同，但临床与病理相互配合，才可以打好抗击肿瘤的攻坚战。

而要攻克肿瘤，我们首先要知道，肠镜病理报告中的“癌”和“瘤”对应的，都是什么意思，怎么才能看懂？

先来看看“癌”这个字。大部分情况下，“癌”代表恶性肿瘤（图1）。有心的朋友还会注意到，肠镜病理报告上可能会打出“腺癌”、“神经内分泌癌”等字眼，这要怎么理解？其实，癌是一个大类，下面还有许多小的分类，比如，腺癌、鳞癌、神经内分泌癌（图2）等等。所以对于“癌”而言，肿瘤类型还需进一步区分，其中最常见的是腺癌（占到80%以上），此外还有腺鳞癌、未分化癌和神经内分泌癌等。



复旦大学附属肿瘤医院  
临床病理诊断报告书

病理号: C [redacted]

姓名: [redacted] 性别: 男 年龄: 68岁 送检日期: 2015-19

门诊号: [redacted] 科别: 大肠外科 送检医生: [redacted]

住院号: [redacted] 床号: [redacted] 身份证号: [redacted]

送检医院: 本院

病理诊断:

(距肛门80cm处, 活检) 管状腺瘤伴低级别上皮内瘤变。  
 (距肛门40cm处, 活检) 管状腺瘤伴低级别上皮内瘤变。  
 (距肛门12cm处, 活检) 管状腺瘤伴低级别上皮内瘤变。  
 (距肛门4cm处, 活检) 腺癌。

图1 肠镜病理报告中的“瘤”和“癌”是关键字



复旦大学附属肿瘤医院  
临床病理诊断报告书

病理号: [redacted]

姓名: [redacted] 性别: 女 年龄: 56岁 送检日期: 2015-11-11

门诊号: 35 [redacted] 科别: 大肠外科 送检医生: [redacted]

住院号: [redacted] 床号: [redacted] 身份证号: 3 [redacted] 25

送检医院: 本院

病理诊断:

(距肛门10-14cm处, 活检) 恶性肿瘤, 需行免疫组化辅助诊断, 请至病理科办理付费手续。

补充报告:  
 (距肛门10-14cm处, 活检) 恶性肿瘤, 结合免疫组化结果, 符合神经内分泌癌(NEC)。

免疫组化 (IHC) 结果: [redacted]

图2 肠癌的少见类型——神经内分泌癌, 诊断需要免疫组织化学染色才能确诊

每一种类型的癌，治疗方法各有不同，需要具体情况具体分析，临床主诊医师会详细跟患者与家属进行沟通。

说完了“癌”，让我们来看看“瘤”的具体含义。这里要分两种情况，第一种代表良性的肿瘤。比如，经常出现在肠镜病理报告中的“管状腺瘤”、“绒毛状腺瘤”和“锯齿状腺瘤”等。这些病变通常范围比较小，可以在肠镜下进行局部切除。切除后的腺瘤组织，会送至病理科进行病理分析与诊断。值得注意的是，瘤与癌之间，是一个连续的变化状态，也就是说，瘤可能转变成癌。由于肠镜活检夹取的组织大小有局限，对整个息肉的性质评价有可能出现不足，所以对局部切除后的息肉再次病理诊断评估是非常必要的。

特别是当息肉比较大的时候，局部有些区域可能已经进展到更接近“癌”的形态。针对这种情况，病理学上使用“异型增生”或“上皮内瘤变”这两个词语来描述这种介于良性与恶性之间的“灰区地带”。依据疾病严重程度，使用三分类法，将腺瘤的细胞增生分为轻度异型增生、中度异型增生和重度异型增生，或使用两分类法，分为低级别上皮内瘤变和高级别上皮内瘤变。目前国际上更倾向使用两分类法划分肠的癌前病变，也被大部分医院采用，其中，高级别上皮内瘤变提示更严重的病变。

特别需要强调的是，由于肠镜下能夹取的组织体积有限，对于“高级别上皮内瘤变”

这个词语的理解一定需要结合肠镜报告。一种情况是息肉切除后，局部区域有癌前病变。另一种情况是肠壁内还有癌症存在，但是由于肠腔狭窄，坏死等原因，导致肠镜只能夹取到一些表浅或周边组织，难以取得真正满意的可疑病灶。

因此，遇到“异型增生”、“上皮内瘤变”这些词语，请一定记得，带着病理报告咨询你的主诊医师下一步的诊疗手段。如果只是低级别上皮内瘤变，可以暂时随诊。但如果是高级别上皮内瘤变的话，请一定要注意鉴别。

那么，是不是但凡带个“瘤”字都是良性的疾病呢？这就要说到第二种情况了，并不是所有的“瘤”都是良性的，有一些“瘤”很特别。比如“淋巴瘤”是指淋巴造血系统起源的恶性肿瘤。再如，“间质瘤”是胃壁肌层间的间叶细胞来源的恶性肿瘤。这些肿瘤的诊断非常依赖病理亚型或分子特征，常常需进行免疫组化染色和基因检测后才能签发完整的病理报告。整个实验过程需耗费一周甚至一个月的时间，因此，这些特别的“瘤”所需病理诊断时间也较长，需要与前面常见的“腺瘤”区分开。

说了这么多，希望能大家理解肠镜病理报告上的“癌”与“瘤”字对应的临床意义有所帮助，需要指出的是，到目前为止，肠镜检查仍然是肠道肿瘤最可靠的检测手段。所以规律的肠镜检查才可以及时发现肠道病变，特别是对于超过 55 岁的人群，非常有必要。