

無症狀胰臟癌的臨床表現

周旭桓 醫師

基本資料：

林小姐，62歲，已婚，目前沒有從事任何工作。本身有高血壓病史並規律服藥控制，過去接受過結紮手術及兩側全膝關節置換術。沒有抽菸喝酒的習慣，也不嚼食檳榔。家中成員皆無任何慢性病及癌症病史。

病史：

62歲的林小姐兩年來有間歇性的上腹痛。其他相連屬症狀為偶爾食慾不佳。過去病史方面有高血壓並規律服藥控制。經詳細詢問後，患者表示疼痛為間歇性發作，位置主要在上腹部中央而且不會傳導至其他部位，飯後疼痛更劇烈，沒有發燒畏冷的情形，排尿排便狀況正常，無噁心嘔吐，沒有體重減輕的現象也沒有皮膚變黃的情形。

兩年前林小姐來門診求診之後接受腹部超音波的檢查，發現有膽結石，其他肝臟、膽管、胰臟並沒有發現有任何異常。當時建議林小姐開刀治療，但是林小姐選擇繼續保守治療。最近幾個月開始上腹痛的情形變得愈來愈嚴重而且愈來愈頻繁，林小姐再度求診並再次安排了腹部超音波檢查，發現膽結石的情況依然存在，且胰臟頭部發現一個大約1.3公分的腫瘤且有胰管擴張的情形(圖1)。因此林小姐又接受電腦斷層檢查，結果顯示一個約1.3公分異質性的腫瘤在胰臟頭部懷疑是胰臟惡性腫瘤(圖2)。隨後也安排了膽道胰管磁振造影術，結果顯示這個腫瘤在T1 phase是低信號(hypointense)(圖3)，在T2 phase是等信號(isointense)，沒有血管侵犯或是淋巴轉移，高度懷疑這是一個惡性腫瘤。因此林小姐住院接受手術治療。

理學檢查：

頭頸部並沒有明顯黃膽、貧血、及頸部淋巴結腫大的情形；兩側呼吸音正常，無囉音；心臟搏動規律無雜音；腹部柔軟平坦，肝臟及脾臟無明顯腫大，腸蠕動正常，叩診無漲氣；肛門指診僅發現殘餘糞便，沒有發現腫塊及出血。

實驗室檢查：

實驗室檢查顯示白血球數為4200/uL、紅血球數為4.55 million/uL、血紅素為13.6 g/dL、血比容為40.2%、血小板為181000/uL。血清丙酮轉氨基酶28 (GOT, glutamate oxaloacetate transaminase)為28 U/L、總膽紅素(total bilirubin)為0.6 mg/dL、血清白蛋白(albumin)為4.79 g/dL、鈉為138 mEq/L、鉀為2.9 mEq/L。麩草酸轉氨基酶 (GPT, glutamate pyruvate transaminase)為20 U/L、鹼性磷酸酵素 (alkaline phosphatase)為77 U/L、尿素氮(BUN)為9.4 mg/dL、肌酸酐(Creatinin)為0.65 mg/dL、脂肪分解酵素(Lipase)為17 U/L。腫瘤指數方面，CEA為2.36 ng/mL、CA19-9為12.92 U/mL、AFP為3.6 ng/mL。

住院經過：

林小姐住院進行手術前風險評估之後，隨即安排手術治療，術式為胰頭十二指腸切除術

(Whipple operation), 術中發現胰頭一個 1.5 公分像石頭一樣硬的腫瘤, 腹腔內其他地方並沒有發現腫瘤, 術中冷凍切片顯示切除邊緣沒有腫瘤存在。

病理報告呈現胰頭中度分化性腺癌(MODERATELY DIFFERENTIATED ADENOCARCINOMA), 沒有淋巴侵犯轉移, 病理分期為 T1N0M0, 第一期(Stage I)。膽囊則是有膽結石。

林小姐術後回一般病房休養, 術後第七天開始喝水。術後第八天開始流質飲食並逐日漸進, 直到術後第十二天開始吃軟質飲食。傷口癒合良好, 於術後第十三日拔除引流管後於術後第十五天出院。

圖 1



圖 2



圖 3



問題與討論：

1. 哪些人容易會有胰臟癌的發生？

ANS: 有家族癌症病史、長期抽菸、有慢性胰臟炎及慢性糖尿病的人、或是有 Peutz-Jeghers syndrome 的患者都是屬於高危險的族群。[1,2]大部分有症狀的胰臟癌發現的時候都是無法切除治癒的。胰臟癌的預後及五年存活率還是很不好。因此如果能夠早期發現早期開刀還是可以增加存活率。[1]

2. 無症狀的胰臟癌要如何篩檢？為什麼胰臟癌的病人需要篩檢？

ANS: 篩檢的種類分為兩個方面，一是腫瘤指數的檢測，另一種是影像檢查。影像檢查包括圖 3 (Adapted from reference 2) 圖 4 管攝影術、經內視鏡超音波及膽道胰管磁振造影術。研究統計指出對於無症狀的胰臟癌用經內視鏡超音波及膽道胰管磁振造影術更容易診斷(敏感性和特異性均較高)。[1]

3. 如果發現胰臟癌要如何進行治療？

ANS: 手術切除是唯一可以治癒的治療方式。主要還是以 Whipple operation 為主，其手術包含胰頭、遠端胃、十二指腸、膽囊、上端空腸切除，及胰、空腸吻合，胃、空腸吻合。即使可以開刀切除，整體來說五年存活率還是不到 20%。[3]其他治療包括化學治療和放射線治療，都還是當作輔助性或是姑息性治療的角色。[2,3]

4. 比較小的胰臟癌的預後會比較好嗎？

ANS: 根據研究胰臟癌的大小跟淋巴轉移與局部擴散沒有統計上的差別。小於兩公分的胰臟癌預後比第一期的胰臟癌還要差。也就是說胰臟癌腫瘤的大小對預後沒有顯著的差異，主要還是跟有沒有淋巴轉移和局部擴散有關係。[4,5,6]

參考文獻：

1. Eun Ji Shin, MD. Marcia Irene Canto, MD. Pancreatic Cancer Screening. Gastroenterology Clinics Volume 41, Issue 1. March 2012
2. Canto MI, Goggins M, et al. Screening for early pancreatic neoplasia in high-risk individuals: a prospective controlled study. Clin Gastroenterol Hepatol. 4(6). Jun 2006
3. Edward H. Livingston, Mark L. Welton, et al. Surgical treatment of pancreatic cancer: The united states experience. International Journal of Gastrointestinal Cancer, Volume 9, Number 1. 1991
4. Hiroyoshi Furukawa, M.D. et al. Clinicopathologic Features of Small Pancreatic Adenocarcinoma. Cancer Volume 78, Issue 5, DEC 1998
5. Egawa, Shinichi MD, PhD. et al. Clinicopathological Aspects of Small Pancreatic Cancer Pancreas Volume 28, Issue 3, April 2004
6. Kun-Chun Chiang, Chun-Nan Yeh, Wei-Chen Lee, Yi-Yin Jan, Tsann-Long Hwang. Prognostic analysis of patients with pancreatic head adenocarcinoma less than 2 cm undergoing resection

