

歡迎光臨學術園地

壺腹周圍癌(Periampulla Vater Cancer)

一般外科 石宜銘醫師主講

壺腹周圍癌是指壺腹及其周圍產生的癌(圖 1)，包括了 A. 胰頭癌，B. 壺腹癌，C. 總膽管下端癌，D. 壺腹周圍十二指腸癌。這些癌的臨床表徵，診斷及治療方法都相似，甚至手術後的外觀及病理檢查有時仍沒法很清礎的區別癌是從何處起源。因此這些癌常常被一起討論。但其預後則因起源不同而有差別，尤以胰頭癌預後最差，可切除率也最低。(1-7)

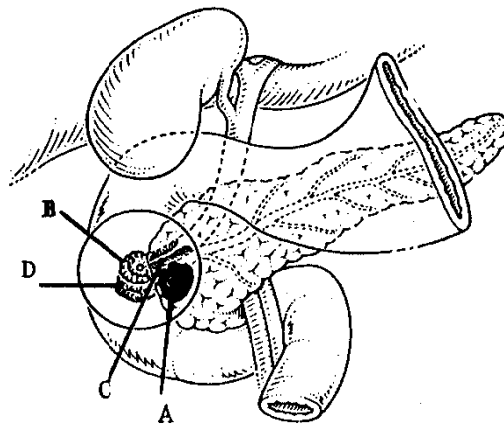


圖 1 壺腹周圍癌：A. 胰頭癌、B. 壺腹癌、C. 總膽管下端癌、D. 壺腹周圍十二指腸癌

流行病學

壺腹周為癌有逐年增加的趨勢。過去五十年來，歐美地區增加了 2 倍，亞洲增加 3 倍，日本增加 4 倍。胰頭癌是美國地區癌症死亡原因的第四位 (2)。根據 1993 年我國行政院衛生署的統計，胰癌死亡率是 2.79/100,000，佔所有癌死亡原因的第 11 位。好發年齡為 60 歲以下，男女比率約 1.4:1。(3) 病因不明，但根據統計，抽煙，高動物脂肪飲食、咖啡、糖尿病，可能和胰癌有關，而大腸息肉病及 Gardner*s syndrome 則和其他的壺腹周圍癌有關(2)。

病理學

約 85-90%的壺腹周圍癌是胰頭癌。病理組織的分類上，大部份(75-85%)是腺癌，少部份是黏液性囊性腺癌(mucinous cystic adenocarcinoma)，管內乳突腺癌(intraductal papillary adenocarcinoma)，淋巴癌，類癌(carcinoid tumor)，平滑肌瘤(leiomyosarcoma)，轉移癌等(2-5)。

臨床表徵

1.總膽管阻塞症狀：

黃疸(最常見)，Courvoisier*s sign (Palpable distended gallbladder)，皮膚癢，灰白泥土便(clay stool)等。

2.胃出口阻塞症狀：厭食、嘔吐、噁心

3.神經侵犯症狀：背部疼痛，上腹疼痛

4.其他：體重減輕、倦怠、上消化道出血(腫瘤潰爛)、脂漏便、糖尿病等症狀。

診斷

實驗室檢驗常會發現血中的 Alk-P, G-GT 及 Bilirubin 升高，這表示膽管已有狹窄或阻塞的現象。常用的腫瘤標記是 CA19-9，其敏感性為 68-93%，特異性為 72-93%，並非理想的診斷工具，通常被用來追蹤術後是否有癌症復發的跡象。(2,3,4,6)較特殊且具診斷價值的檢查包括超音波、電腦斷層、內視鏡逆行性膽胰攝影(ERCP, endoscopic retrograde cholangiopancreatography)、經皮肝膽管攝影及引流術(PTCD, percutaneous transhepatic cholangiography and drainage)、細針吸取細胞學(FNA, fine needle aspiration cytology)、核磁共振檢查(MRI)及血管攝影。這些檢查各有其優缺點及適應症。其敏感性及特異性也不同(表 1)。(3)

表 1. 各種檢查對胰臟癌診斷的比較

	敏感性	特異性
超音波	76%	91%
電腦斷層	83%	93%
內視鏡逆行性 膽胰攝影	92%	96%
細針吸取細胞學	83%	99%

超音波因方便，經濟且不具侵犯性，通常為黃疸病人的第一線檢查工具。若發現膽道擴張，胰管擴大及疑似壺腹腫塊且沒有它處轉移，則進一步行電腦斷層檢查，以便看清楚是否有淋巴轉移或血管侵犯。術前的內視鏡逆行性膽胰攝影也是必要檢查，以便了解膽道及胰管阻塞及做術前的內視鏡切片檢查(biopsy)。其他檢查則視

情況而定，並非都是例性檢查。

術前評估及準備

這類病人大部是年紀大，黃疸及營養不佳，及常合併有其他內科重大疾病如心臟病、糖尿病及高血壓等危險因素，因此若腫瘤可切除，這種胰十二指腸切除術 (pancreaticoduodenectomy, whipple operation)將是一個很大且危險的手術，因此術前和家屬的溝通相當重要，一定要把病情及手術的危險性解釋清楚。術前應儘量把危險因素解決，以期危險性降至最低。致於是否要先術前引流以降低術前黃疸則是一爭議問題。一般的共識是若須一段時間的營養補充如全靜脈營養後才手術的病人該考慮先行經皮肝膽道攝影引流(PTCD)或鼻膽道引流(NBD, naso-biliary drainage)，使血中的 bilirubin 最好降至 10mg/ml 以下。(2,3) 大部份病人因腫瘤阻塞，膽汁沒法流到腸道，因此脂溶性的維生素 K 沒法吸收，便會有凝血因子(coagulants 2,7,9,10)缺乏，故黃疸的病人應術前應常規給予靜脈注射維生素 K，以免術中有易出血的危險。

治療

壺腹周圍癌的治療，除了手術治療外，其他方法如化學治療、放射治療、免疫治療等都未被證實有效。不幸的是，壺腹周圍癌中好發率最高的胰頭癌切除率也最低(表 2)。

表 2. 壺腹周圍癌的手術切除率

	胰頭癌	壺腹癌	十二指腸癌	總膽管下端癌	全部
台北榮民總醫院*	23%	86%	63%	85%	55%
文獻報告	2-4,7-10	14-26%	88-98%	82%	52%

* 外科病人

壺腹周圍癌若無遠處轉移或重要血管侵犯，即屬可切除性腫瘤。至於局部淋巴腺轉移及上腸繫或肝門靜脈的侵犯是否該進行腫瘤切除的大手術，則仍是爭議的問題。目前的手術治療是以胰十二指腸切除術(Pancreaticoduodenectomy)為主。即所謂 Whipple Operation。由於壺腹是膽管及胰管交會進入十二指腸之處，解剖構造複雜，因此手術的切除與重建都比較困難及費時。Whipple 手術切除的範圍包括胰頭、十二指腸、空腸上端、胃竇部、膽囊、總膽管。近幾年來，流行把幽門保留。(Pylorus-preserving pancreaticoduodenectomy, PPPD)如圖 3。根據統計，PPPD 不

會影響預後，但手術時間縮短，術後病人較不會有 Dumping syndrome 且營養狀況較好，但胃排空時遲緩(delayed gastric emptying)及邊緣性潰瘍(marginal ulcer)的機會較大。3.其他治療性的切除手術如全胰切除術(totalpancreatectomy)及壺腹切除術(Ampullectomy)，各有其特別的適應症且較少使用。有將近一半的壺腹周圍癌及 75-85%的胰頭癌病患並非這麼幸運可以接受 Whipple operation，而這些沒法切除的壺腹周圍癌只能接受姑息性療法。姑息性手術主要包括: bilioenterostomy 及 gastric bypass，至於這兩種手術是否要在同一次手術完成(double bypass)，也仍是一個爭議問題。這種手術目的是解決因腫瘤引起的阻塞性黃疸及胃出口阻塞，以改善病人的生活品質，但因腫瘤沒法切除，對病人的存活期沒影響。

手術併發症及死亡率

Whipple Operation 是腹部手術最大，最危險也最耗時的手術，是相當有挑戰性的手術（圖 2）。除此之外，真正問題的產生往往是手術後才開始，因為這種手術帶來了 40-60%的手術併發症及 10-20%的手術死亡率。最近幾年來，由於醫學的進步及經驗的累積，大部份有經驗的醫師已把手術死亡率降低到小於 5%，但手術併發症則始終在 40%左右徘徊。手術併發症則以胰空腸吻合滲漏為最常見(表 3)。(1-7)

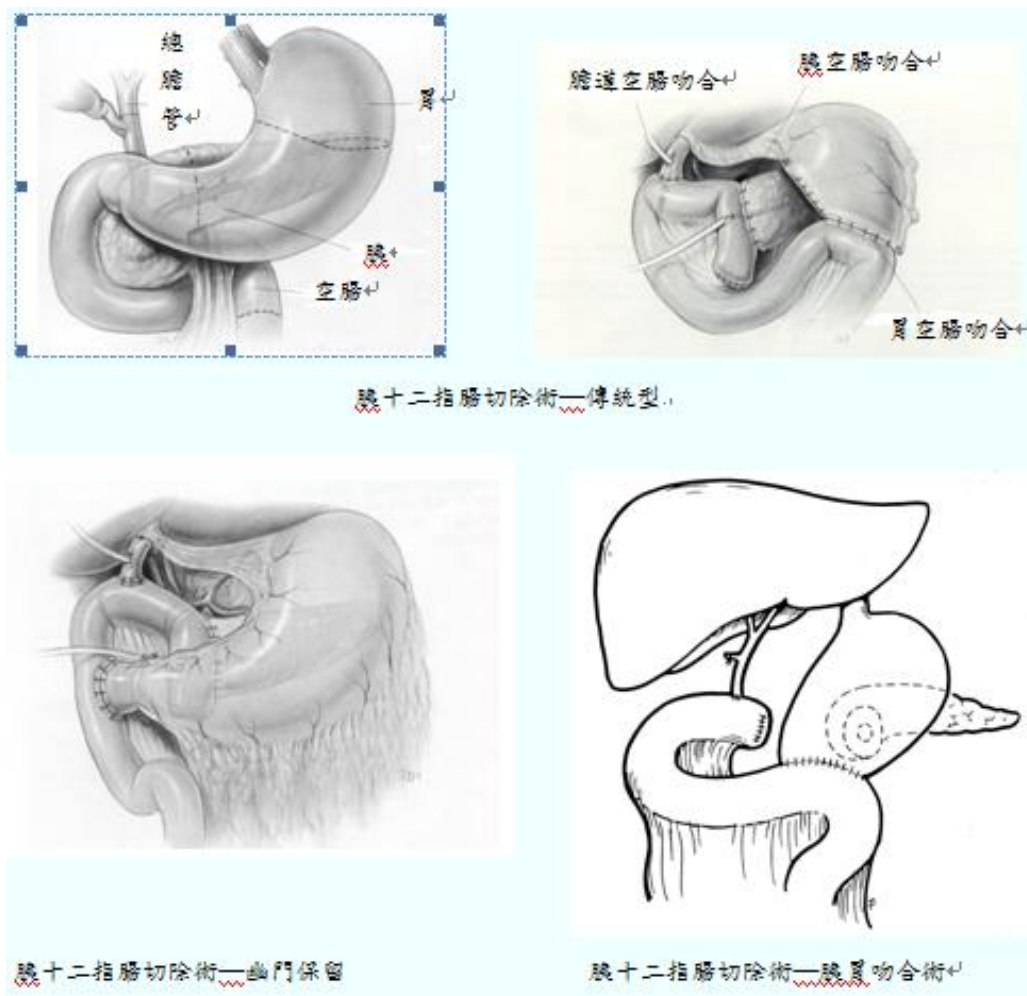


圖 2, 胰十二指腸切除術 (Whipple Operation)

表 3. 胰十二指腸切除術的併發症及手術死亡率
(台北榮民總醫院, 1965-1992)

	復發率
胰空腸吻合滲漏	13%
傷口感染	13%
腹內膿瘍	10%
腹內出血	9%
敗血症	8%
肝衰竭	5%
膽管空腸吻合滲漏	4%
胃空腸吻合滲漏	3%
腎衰竭	3%
瀰漫性血管內出血	3%
多器官衰竭	1%
傷口裂開	1%

總合併症	43%
再次開刀率	18%
手術死亡率	17%

預後

另一個不幸的是，胰頭癌在四種壺腹周圍癌，不僅好發率最高，切除率最低，同時預後也最差，五年存活率最近偶有大於 20%的報告，但大部份仍介於 0-10%，平均為 4%。10,11 其他的壺腹周圍癌的預後較好，5 年存活率為 22-62%。7-9 至於沒法切除的壺腹周圍癌，則不管是那一種，其平均存活期約 4-6 個月。(1,10)

參考資料

1. Shyr YM, Su CH, Nang HC, Lo SS, Lui WY: Comparison of resectable and unresectable Periapillary carcinoma. J Am Coll Surg 1994; 178: 369-378.
2. Cooperman AM: Pancreatic and Periapillary Carcinoma. In:

- Schwartz SI, Ellis H eds. Maingot's Abdominal Operations. 9th ed. London: Prentice-Hall International Inc., 1990: 1633-1669.
3. Braasch JW, Tompkins RK: Surgical Disease of the Biliary Tract and Pancreas Multidisciplinary management. St. Louis: Mosby, 1994: 514-587.
 4. Begar HG, Buchler M, Malfertheiner P: Standards in pancreatic Surgery. Berlin: Springer-Verlag, 1993: 567-681.
 5. Shyr YM, Su CH, Tsay SH, Lui WY: Mucin-producing neoplasms of the pancreas. Intraductal Papillary and mucinous cystic neoplasms. Ann Surg 1996; 223:141-146.
 6. Schmiegel W: Tumor markers in pancreatic cancer- current concepts. Hepato-Gastroenterol 1989; 36:446-449.
 7. Blumgart LH: Surgery of the Liver and Biliary Tract. 2nd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1994:997-1047.
 8. Delcore R, Conner CS, Thomas JH, Friesen SR, Hermreck AS: Significance of tumor spread in adenocarcinoma of the ampulla of Vater. Am J Surg 1989; 158:593-560.
 9. Delcore R, Thomas JH, Forster J, Hermreck AS: Improving resectability and Survival in patients with primary duodenal carcinoma. Am J Surg 1989; 158:593-560.
 10. Conlon KC, Klimstra DS, Brennan MF: Long-term Survival after curative resection for pancreatic ductal adenocarcinoma. Clinicopathologic analysis of 5-year survivors. Ann Surg 1996; 223:273-279.
 11. Janes RH, Niederhuber JE, Chmiel JS, etc: National patterns of care for pancreatic cancer. Results of a surgery by the commission on cancer. Ann Surg 1996; 223:261-272.

一般外科地址:台北市北投區石牌路二段 201 號中正樓十樓

門診位置：第二門診三樓

服務電話:(02)28757535

