

膽管癌

(Cholangiocarcinoma—Klatskin tumor)

消化系外科 許瑛救、楊明元

邱先生，64歲的男性，有高血壓及攝護腺良性增生的病史，求診的主訴為同事及朋友發覺病患看起來黃黃的，自覺解尿顏色呈茶色，長達十幾天之久；其他相關症狀有全身搔癢、右上腹持續的悶痛、食慾變差、體重減輕(7~8Kg/月)、且解便顏色呈灰白色；病患自訴沒有解便或解尿習慣的異常、腹絞痛等情形；平常有喝高粱酒的習慣(150cc/day 長達30年)。因上述原因於門診超音波檢查發現肝腫瘤、膽囊壁變厚、肝內膽管擴張的現象(如圖一)，疑似膽管癌的情況下入院治療。入院後，行了一系列的檢查，數據如下：

| Blood | | | Urine | Stool | | | | |
|----------|--------------|---------------|-----------------|----------|---------------|--------------|-----|----|
| WBC | 5.2 x 103/uL | GOT/GPT | 72/93 U/L | Na/K | 135/5.4 meq/L | Dark yellow | OB | 4+ |
| RBC | 3.28x 106/uL | TP/A1b | 6.9/3.7 g/dl | PT/Ctrl | 19.1/12.0 Sec | Bilirubin | 3+ | |
| Hb | 11.2 g/dL | Bi1(T/D) | 13.05/6.21mg/dl | (INR) | 1.58 | Urobilinogen | 0.1 | |
| Platelet | 258x103/uL | ALP | 338 U/L | BUN/Crea | 24/1.4 mg/dl | | | |
| Lipase | 7220U/L | Amylase | 1174 U/L | | | | | |
| CA 19-9 | 5580U/mL | HBsAg /HCV Ab | 0.13/0.34 COI | | | | | |

入院後行了MRCP(如圖二、三、四)，確定為膽管周圍的癌症。由於嚴重阻塞性黃疸，病人在左右肝內膽管各放置了pigtail引流。之後，病人的黃疸指數、amylase、lipase明顯下降。肝功能指數確是上升。病人將在之後動手術切除Klatskin tumor。病人amylase及lipase上升的原因可能是tumor embolism造成的暫時性阻塞；而肝功能上升的原因可能是膽汁淤積過久所造成。

圖一 Abdomen echo



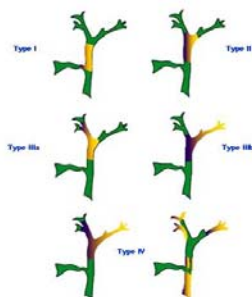
圖四 Axial T1



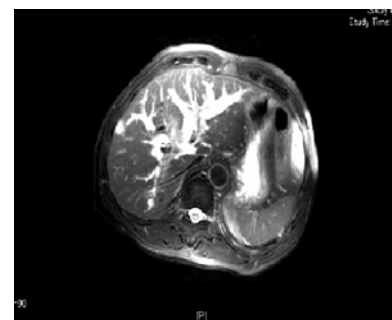
圖二 MRCP



圖五 Bismuth 分類



圖三 Axial T2W



膽管癌是卻除膽管壺腹及膽囊，而位於肝內膽管(15~25%)、肝外膽管(25%)及肝門周圍膽管(60~70%)的癌症。肝門周圍的膽管癌又另稱 Klastkin tumor，可分為四型(如圖五)。男性盛行率略高於女性，年齡層介於 50~70 歲間、主要的危險因子為 primary sclerosing cholangitis 及 choledochal cyst。Klastkin tumor 在早期是沒有症狀的，到末期，其主要表現為黃疸、搔癢、腹部持續悶痛、體重減輕、肝腫大的現象。實驗室數據會發現 total/direct bilirubin 上升(通常>10 mg/dL)；ALP(通常二到十倍的上升)、GGT 上升及凝血功能異常；癌症指數 biliary CEA 同常呈現五倍上升的現象。有文獻指出 CEA >5.2 ng/mL 併 CA 19-9 >180 U/mL 時，其 sensitivity 可達 100%，specificity 可達 78%，但是通常只有末期的病人其 CA19-9 會上升。

膽管癌的治癒率很低，平均五年存活率為 5~10%，唯有手術切除可治癒，但膽管癌可切除率為 10~40%；可切除率在肝外、肝內及肝門分別為 91%、60%及 56%。只要沒有淋巴結、肝臟轉移；沒有肝門動靜脈及鄰近器官侵犯或散在性的疾病，都可切除；但若左右肝內膽管第二分節有被侵犯、主肝門靜脈延至其分支被侵犯、一葉肝臟萎縮伴隨對側肝門靜脈或是第二節肝管的分支被侵犯，都無法行切除術。50~90%的膽管癌無法切除而採姑息療法，如採用 Surgical bypass、stenting、radiotherapy、chemotherapy、photodynamic therapy 等。術前需不需要行膽汁引流仍然是有爭議的，但若不進行膽汁引流，因膽汁淤積(>10mg/dl)所引起肝功能異常常常是肝臟切除後死亡率及住院率增加的主要原因；次要的預後因子為肝臟的可切除率；另外，albumin 低下(<3mg/dl)也是差的預後因子。常見的術後併發症為腹腔內膿瘍、肝臟衰竭及吻合處滲透。病理上以腺瘤為主，腺瘤中多是硬化型(Sclerosing type)，這類的腺瘤易在早期就侵犯膽管壁導致可切除率降低。

References :

1. Up to Date online -
Epidemiology; pathogenesis; and classification of cholangiocarcinoma
Clinical manifestations and diagnosis of cholangiocarcinoma
Treatment of cholangiocarcinoma
2. Factor influencing postoperative morbidity, mortality and survival after resection for hilar cholangiocarcinoma. *Annals of surgery*; 1996: 384-394
3. Improved outcome of Resection of hilar cholangiocarcinoma (Klatskin tumor). *Annals of surgical Oncology*; 2006. 05. 53
4. MR imaging and MRCP of hilar cholangiocarcinoma. *Abdom imaging* 2003;28:319-325

以機械性腸阻塞表現之急性闌尾炎

肝膽腸胃內科 許文欣、張維興

林先生，今年五十八歲，過去健康情形良好，沒有高血壓或糖尿病，也未曾開過刀，主訴約三到四天前做仰臥起坐時突發之右下腹疼痛，疼痛持續且沒有改善，除此之外還同時有泌尿道的症狀包括頻尿及輕微解尿疼痛，不過病人否認有發燒或畏寒之情形。當時為病人安排了腹部超音波及腹部 X 光檢查，同時發現病人有腸管擴張且可見氣液平面懷疑機械性腸阻塞之現象，後續追蹤 X 光此情形並無改善，且病人症狀持續，加上腹部電腦斷層同樣顯示小腸腸管擴張疑腸阻塞，所以，以此原因會診外科，外科評估後認為需行剖腹探查，於徵得病人同意後安排手術。手術結果卻意外發現是一急性闌尾炎且已進行至闌尾破裂，並因此而引起之機械性腸阻塞。

臨床上，急性闌尾炎的表徵會先以 periumbilical discomfort, nausea/emesis 來表現，即所謂之 visceral pain，待局部發炎更嚴重刺激周鄰近腹膜時，右下腹痛的情形便變得明顯，此即所稱之 somatic pain。一般會有輕微發燒 (38.3 Celsius) 和白血球增多 (up to 15,000/u1) 的情況，若已進行至闌尾破裂則可能體溫更高而白血球上升更明顯。而這位病人不僅疼痛情形不典型，也沒有發燒或白血球增多的現象 (WBC: 7,100/u1)，倒是用泌尿道症狀及腸阻塞來表現。事實上，因為闌尾靠近膀胱及輸尿管，所以急性闌尾炎也可以造成頻尿、血尿、膿尿，文獻上也有不少類似描述。也有報告因為闌尾炎造成近端小腸麻痺性腸阻塞 (paralytic ileus) 的狀況。但以機械性腸阻塞 (mechanical intestinal obstruction) 來表現者就不多見了，回顧文獻多以病例報告來呈現，最早在七零年代有一篇病例報告提出一位闌尾炎合併小腸機械性阻塞併發扭結 (strangulation) 的病人，最近也有一篇最初以機械性腸阻塞來表現，最後證實是一已破裂之闌尾炎。

因此，若一病人以小腸機械性腸阻塞來求診，必須也把急性闌尾炎(可能已進行至破裂)列入鑑別診斷。



小腸攝影、立姿腹部 X 光、及電腦斷層皆可見腸管擴張，立姿腹部 X 光可見氣液平面 (air-fluid level)，此為機械性腸阻塞影像診斷特徵之一。

Air Fluid level



參考文獻

1. Miehsler W, et al. Mechanic intestinal obstruction--a possible presentation of perforated appendicitis; *Z Gastroenterol.* 2000 Jan;38(1):39-43
2. Bose SM, et al. Appendicitis causing acute intestinal obstruction with strangulation; *Aust N Z J Surg.* 1973 Jul;43(1):56-7
3. Mowji PJ, et al. Localized ileus of the proximal jejunum: a new sign for acute appendicitis; *Gastrointest Radiol.* 1989 Spring; 14(2): 173-5
4. Bell, RH, et al. *Digestive tract Surgery: A Text and Atlas*, 1st edition, Lippincott-Raven Publishers 1996. p.1316