

Yuan's General Hospital
消化系病中心臨床論壇
Clinical Forum of Institute of Hepato-Gastroenterology
發行單位：阮綜合醫院消化系病中心
地址：高雄市成功一路162號，電話：(07) 3351121，傳真：(07) 3354114 院長：阮仲洲

迎接千禧年
邁向新世紀

Vo18, No5, Oct, 2007

原發性腹膜惡性間質細胞癌一病例報告

消化系內科 曾建森醫師

許女士，是一位五十五歲家庭主婦。二年前因右下腹痛至某醫學中心求診，診斷為急性闌尾炎化膿並接受手術。術後仍經常發生右下腹痛，懷疑是腸沾黏導致因此再度接受手術治療。不料術後三個月開始發生大量腹水及體重下降，同時伴隨廣泛移行性腹痛。病人接受腹水抽吸檢驗，結核菌及黴菌培養呈陰性反應。腹水細胞學檢驗亦呈陰性反應。病人接受 flagyl 及 amoxicil 治療以控制腹痛，然而大量腹水及腹脹未見改善故轉入本院做進一步診斷及治療。

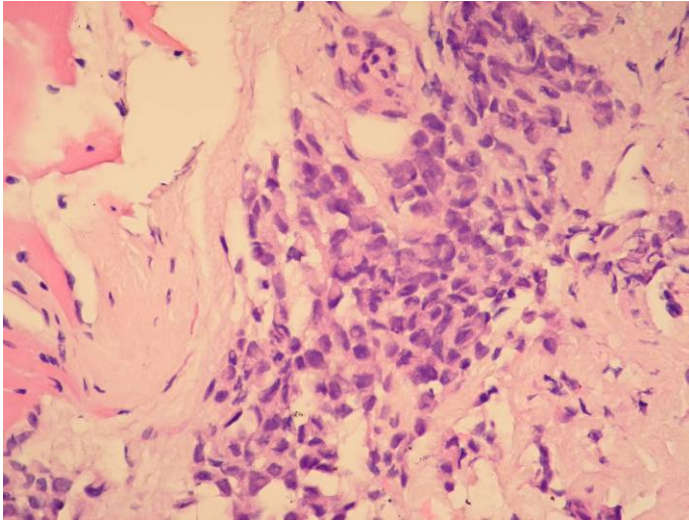
住院之後理學檢查發現有大量腹水及臍疝氣，腹部電腦斷層檢查如（圖一）所示。腹腔鏡腹膜切片並未發現癌細胞。之後病人因呼吸困難及肋膜積水（圖二）接受右側肋膜積液引流及肋膜切片檢查，病理報告証實為惡性間質細胞癌（圖三）。隨後實行剖腹探查術亦証實病人罹患原發性惡性腹膜間質細胞癌。



圖一



圖二



圖三

肋膜組織可見多角形腫瘤細胞聚集，有些類似上皮細胞，帶有粉紅色細胞質，常伴隨有絲分裂。其中亦可見腺體樣結構及細胞質空泡。HMW, LMW, Calretinin, Thrombomodulin 免疫染色呈陽性反應，TTF-1, CEA, CD15 免疫染色呈陰性反應。

討論

診斷原發性惡性間質細胞癌必須依靠病理診斷。然而要正確診斷此病對病理科醫師而言並非易事，免疫細胞染色法便佔有重要角色。Ordonez 曾提到 calretinin, thrombomodulin, keratin5/6 等特殊染色可做為鑑別診斷之 marker。

原發性腹膜惡性間質細胞癌其預後不佳。診斷之後平均存活為 12-14 個月。曾有報告指出 cytoreductive 手術可增進化療效果。然而大部份狀況手術只能得到病理診斷。因此化學治療便成為主要治療手段。包括 doxorubicin, mitomycin C, cisplatin, cyclophosphamide 等單一治療約有 10-20%反應率。Eltabbak 等人研究指出腹腔內灌注 cisplatin 配合 paclitaxel 及 cisplatin 靜脈注射有 58%反應率。腹部放射治療也可做為輔助療法，然而全腹腔照射影響許多器官，是否有長期療效仍待評估。

結論：

原發性惡性間質細胞癌少見且不易診斷，目前亦無特效之治療方式。然而多種化療藥物靜脈及腹腔內注射，如果情況允許，再加上 cytoreductive surgery，也許對預後有幫助。

參考文獻

1. Cutler SJ, Young JC: Third National Cancer Study Incidence, Data of Bethesda National Cancer Institute 1975; 41:442.
2. Ordoñez NG: Role of immunohistochemistry in distinguishing epithelial peritoneal mesothelioma from peritoneal and ovarian carcinomas. Am J Surg Pathol 1998; 22:1203–1214.
3. Rogof EE, Hilaris BS, Huvos AG: Long-term survival in patients with malignant peritoneal mesothelioma treated with irradiation. Cancer 1973; 32: 656–664.
4. Markman M, Kelsen D: Efficacy of cisplatin-based intraperitoneal chemotherapy as treatment of malignant peritoneal mesothelioma. J Cancer Res Clin Oncol 1992;118: 547–550.
5. Langer CJ, Rosenblum N: Intraperitoneal cisplatin and etoposide in peritoneal mesothelioma: Favourable outcome with multimodality approach. Cancer Chemother Pharmacol 1993; 32: 204–208.
6. Eltabbakh GH, Piver MS, Hempling RE, et al.: Clinical picture, response to therapy, and survival of women with diffuse malignant peritoneal mesothelioma. J Surg Oncol 1999; 70: 6–12.

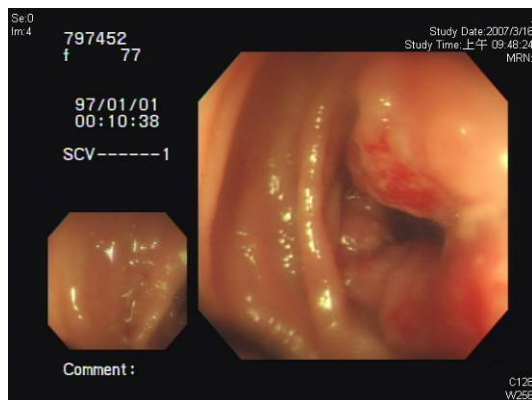
正子攝影在大腸阻塞型癌症的應用

大腸直腸外科 趙東波醫師

目前正子攝影在癌症相關方面的應用主要有 1.癌症的早期發現；2.癌症分期、轉移情形判定；3.治療效果的評估；4.有否復發。

應用案例介紹：一位 76 歲蔡姓婦人有糖尿病及高血壓多年病史，在 96 年 2 月底因為泌尿道感染以及解黑便至高雄國軍總醫院住院治療，3 月經過大腸鏡檢查發現在離肛門約 35cm 處有個表面不平整的腫塊，大小約 5 cm x 4cm x 3cm，造成乙狀結腸管腔狹窄，且輕輕碰觸就易流血，切片的病理報告是中等分化的腺癌，後來病患在至本院尋求治療，大腸鏡檢發現此腫塊已塞住約 3/4 的管腔，造成大腸鏡通過的困難，於是在 3 月 22 日安排 PET 來檢查其他無法用大腸鏡檢的部分大腸，以及其他器官(如常見的肝臟)和淋巴是否有轉移來決定術前的腫瘤分期。

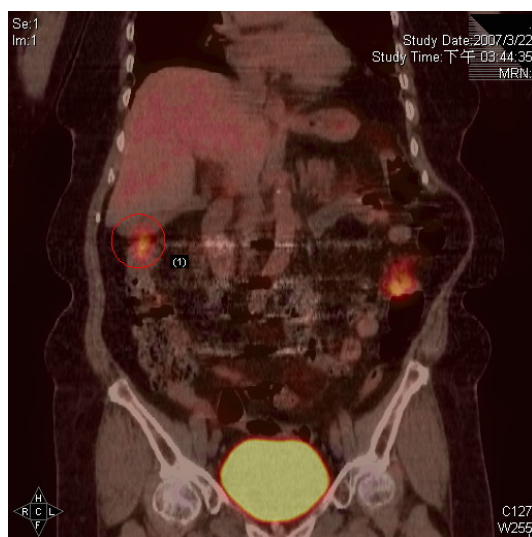
PET 結果顯示除了在降結腸遠端處是原發病灶外，在降結腸脾反折區近端，以及升結腸靠近肝反折區各有一個顯影亮處，這兩處的顯影介於良性和惡性之間無法判別。



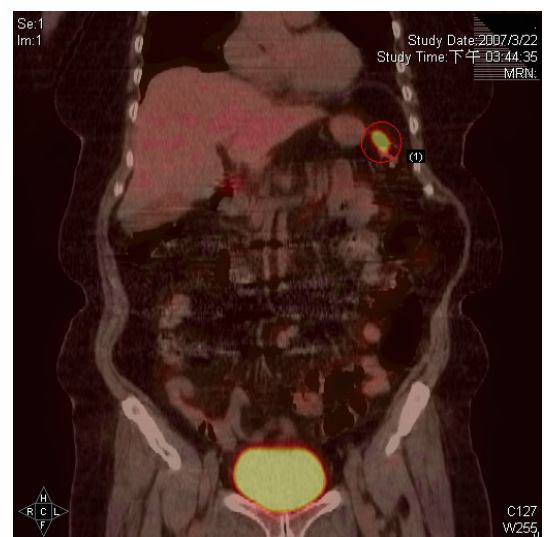
圖一、大腸鏡檢發現此腫塊已塞住約 3/4 的管腔



圖二、PET 結果顯示在降結腸有強訊號的顯影亮處病灶，應是原發病灶處



圖三、PET 結果顯示在升結腸靠近肝反折區有顯影亮處的病灶



圖四、PET 結果顯示在降結腸脾反折區近端有顯影亮處的病灶

此外,並無淋巴結或者是其他器官的轉移在 PET 顯示出來,因此手術打算應一併切除另兩處病灶。

手術時發現原發病灶在降結腸遠端處,術中經手摸探測在橫結腸以及升結腸靠近肝反折區各有一小凸起,位置與 PET 吻合,左、右半結腸切除於是一併做分節切除術(segmentotomy),然後再把切口端吻合。

病理報告證實降結腸以及升結腸處皆為腺癌,腫瘤分期皆為 B2,術後診斷為降結腸腺癌以及同發性升結腸腺癌。

對於腸阻塞無法用內視鏡觀察其餘部分是否有病灶的情況,正子攝影配合電腦斷層掃描可以彌補這一缺失,而且對於病灶位置有更精確的判讀、提供是否有遠處轉移的資訊.等,作為腫瘤分期、手術前、後治療的計畫都有很大的幫助。

參考文獻

Whole-body PET/CT tumour staging with integrated PET/CT- colonography: technical feasibility and first experiences in patients with colorectal cancer *Veit P et al. Gut. 2005 Jun 14*