



Vol11, No2.Apr, 2010

大腸直腸腫瘤性息肉處置的新進展

Updated management of colorectal neoplastic polyp

消化系內科 許文欣醫師

大腸直腸癌已經連續兩年超越肝癌，成為台灣癌症發生率的第一名。所幸，大多數大腸直腸癌的演變是依據所謂 adenoma-carcinoma sequence，從腫瘤性息肉演變而來，這提供機會讓我們在還是 adenoma（腺瘤）的階段將它移除，即可擋住後面癌病變的進程，進一步降低大腸直腸癌發生率及死亡率。所有大腸直腸的檢查中，只有大腸鏡可以提供整段大腸的觀察且同時移除所發現的腫瘤性息肉。以下分為：清腸、觀察、切除、追蹤四部份來探討。

討論

清腸

好的清腸絕對是有品質的大腸鏡的先決因素。可惜的是，現階段實證上清腸效果最佳的兩種藥物，Polyethelene glycol(PEG)和 Sodium phosphate，健保都不給付，不過考量自付價錢與萬一清腸不佳漏掉病灶的代價，大多數病人都可接受此一負擔。這兩種藥物，安全性以 PEG 為佳，對於多重疾病與老年人甚至小孩子，PEG 絕對是首選。以 PEG 為例，清腸開始時間不需太早，大概約診檢查時間前 4-8 小時服藥即可，此階段是清腸藥作用黃金時期，過了這一階段之後即使都不進食，腸液仍會掉至盲腸及昇結腸段造成觀察困擾。

觀察

大腸鏡的觀察期主要在回拉時，所以文獻提出至少 6 分鐘的回拉時間以避免漏掉 adenoma。這是一個很重要的觀念與品質要求，大腸鏡不是只為了檢查有無惡性腫瘤，最主要的還是要尋找有無 adenoma，將之移除以降低之後癌症發生風險。另外，日本的研究發現，新的光學技術像是 NBI、AFI 是可以增加扁平性 adenoma 的發現率的。為何特別強調扁平性？事實上，這群病灶在臨床意義上大不相同，雖然佔所有 adenoma 比例不高，不過卻往往已經深藏癌病變！特別是存有輕微凹陷(depressed)的病灶，可能以 de novo pathway 的方式更快成為癌症。因為小且扁平，非常容易被忽略或被大便遮掩。在此，再次提醒好的清腸與仔細觀察的重要。

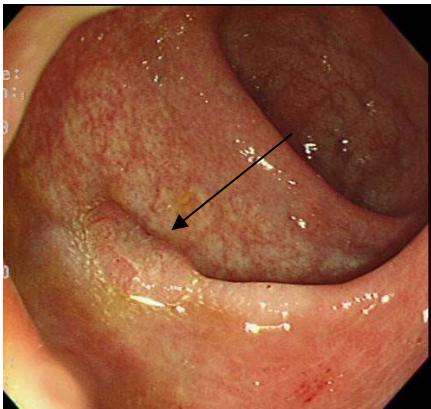
切除

大多數的 adenoma 皆可在大腸鏡過程中移除。稍大病灶可以藉助 IAP (Injection-assisted polypectomy)，以達到一次切除(en bloc)或分割切除(piecemeal)。目前的治療指引，針對兩公分以下的 adenoma，是不可以在沒有嘗試內視鏡切除的狀況下就安排手術的。日本甚至將以往多用在早期胃癌的 ESD (endoscopic submucosal dissection)用在大腸廣泛性、扁平性或有深度侵犯的 adenoma 切除，成果已十分優越。

追蹤

大腸直腸腫瘤性息肉切除後，下次應該再作追蹤性大腸鏡？這個問題美國有很清楚的臨床指引，但台灣並無自身報告。日本的研究已經完成收案，幾年後應該有東方人的報告可以參考。現階段，個人的作法是多方評估病人的家族史、該次清腸狀況、該次 adenoma 演變程度(villous? Size? High grade dysplasia?)、該次切除乾淨與否的把握度決定下次大腸鏡時間。

總之，透過好的準備與認知，大腸直腸癌是可以被預防的。也期待不久的將來，台灣也有自己的 polyp study 報告。



圖一、圖中的凹陷性病灶，已經癌病變

Reference

1. Monkemuller K, Neumann H, Malfertheiner P, et al. Advanced colon polypectomy. Clin Gastroenterol Hepatol. 2009; 7:641-652
2. Rex DK, Petrini JL, Baron TH, et al. Quality indicator for colonoscopy. Am J Gastroenterol. 2006; 101:873-888
3. Uraoka T, Saito Y, Matsuda T, et al. Detectability of colorectal neoplastic lesions using a narrow-band imaging system: a pilot study. J Gastroenterol Hepatol. 2008; 23:1810-1815

小腸胃腸道基質瘤個案報告

Small intestine Gastrointestinal Stoma tumor (GIST)

Case report

消化系外科 曾譯誦醫師

這是一位 58 歲女性經由急診住院，主訴解黑便約有 5-6 天，過去病史方面她因高血壓及慢性腎機能障礙長期於本院腎臟科門診治療，無糖尿病及開刀之病史。主要病史是在 5 個月前因為解黑便於本院消化內科門診治療，當時拒絕胃鏡檢查，但因情形改善而並未再追蹤，這次因 5-6 天前解黑便而至診所治療，但並未改善而且每天 2-3 次黑便合併頭暈、心悸、幾乎昏倒而被家屬送至急診治療。住院時 BP:140/60、HR:114/min、RR:20/min、36.9°C，理學檢查方面，臉色及結膜下明顯蒼白、呼吸音正常、腹部無壓痛且無可觸摸之腫塊、四肢無水腫情形、肛門指診有明顯黑便，生化學檢查方面:肝功能正常 BUN:27、Cr:2.7 血液檢查方面除 Hb:4.3、WBC:16300、Hct:13，腫瘤標記方面為正常，在輸血後安排胃鏡檢查但並無明顯潰瘍或出血，大腸鏡檢查發現有 3 個息肉於降結腸及乙狀結腸處，分別切除，病理報告無惡性變化、腹部超音波顯示除肝、腎囊腫外，右上腹腸壁有一低迴音病灶約 3.7 X 1.8 公分疑小腸之胃腸道基質瘤，影像學方面:胸部 X 光並無明顯病兆，腹部 X 光無腸阻塞，腹部電腦斷層顯示疑小腸之胃腸道基質瘤(圖一、二)、小腸鏡檢查發現空腸黏膜下腫瘤疑小腸之胃腸道基質瘤(圖三)。

於住院第 8 天後安排手術治療，術中發現距離 Treiz ligment 20 公分的地方有一明顯 5 公分左右腫瘤(圖四)，沒有其它小腸腫瘤或腹內病灶，將病灶部份小腸切除並吻合手術，病理報告為 Gastrointestinal stroma tumor, intermediate risk for malignant potent，術後第六天出院門診追蹤，恢復良好無貧血、黑便、血便之情形。

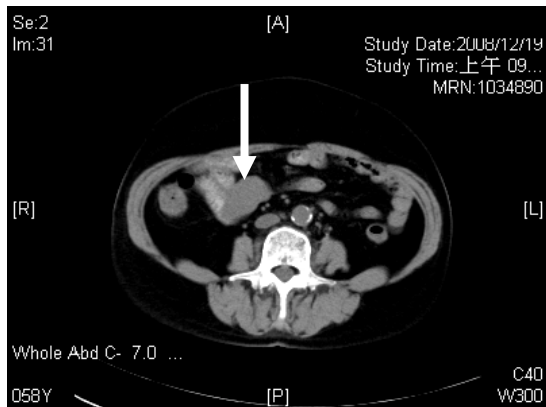
討論

胃腸道基質瘤 (gastrointestinal stromal tumor 或簡稱 GIST) 的發病率約每年每 100 萬人約 10 至 20 人，男女罹病比例約 1:1，胃腸道基質瘤是一種發生在胃腸道的罕見腫瘤，可能發生在胃腸道的任何一處，最常發生在胃部(佔 60%-70%)、小腸(佔 20%-30%)、結腸及直腸(佔 5%)和食道(佔 <5%)，偶爾也會有腸繫膜和腹腔網膜的案例。

胃腸道基質瘤的發生原因是由於一種稱為 KIT 的蛋白質變異所造成的，有接近 20% 的胃腸道基質瘤是無症狀的，而是在進行內視鏡檢查或腹腔鏡檢查，及電腦斷層檢查時而被意外地發現。胃腸道基質瘤因其發生部位不同會有不同的症狀，主要有腸阻塞(10-30%)、胃腸慢性出血(50%)而導致貧血、腹痛(20-50%)、體重減輕及偶而可觸摸到腫瘤硬塊的情形或幾種症狀同時出現。診斷上以內視鏡檢查、電腦斷層檢查、核磁共振攝影、消化道攝影及腹腔鏡檢查。

胃腸道基質瘤患者的治療選項不多，手術將腫瘤完全切除是主要的治療方法，無法手術切除或轉移性之胃腸道基質瘤患者以分子標靶藥物基利克 (Glivec) 治療，判定胃腸道基質瘤是良性或惡性的標準具有爭議性，所有胃腸道基質瘤應被視為有發展為惡性腫瘤的可能性。有轉移的胃腸道基質瘤通常預後不佳。

胃腸道基質瘤復發的危險性評估，以腫瘤大小及顯微鏡下有絲分裂數來定義，將腫瘤分成非常低危險性、低危險性、中危險性及高危險性。



圖一、電腦斷層：疑小腸之胃腸道基質瘤



圖二、電腦斷層：疑小腸之胃腸道基質瘤



圖三、小腸鏡：空腸黏膜下腫瘤疑小腸之胃腸道基質瘤



圖四、術中之小腸 GIST

Reference

1. 中華民國癌症希望協會所出版：希望之路；面對胃腸道基質瘤
2. Das A, Wilson R, Biankin AV, Merrett ND. Department of Surgery, Bankstown Hospital, University of New South Wales, Eldridge Rd, Bankstown, New South Wales, 2200, Australia. Surgical therapy for gastrointestinal stromal tumours of the upper gastrointestinal tract. *J Gastrointest Surg.* 2009 Jul; 13(7):1220-5. Epub 2009 Apr 16
3. Bailey AA, Debinski HS, Appleyard MN, Remedios ML, Hooper JE, Walsh AJ, Selby WS. Diagnosis and outcome of small bowel tumors found by capsule endoscopy: a three-center Australian experience. *Am J Gastroenterol.* 2006 Oct; 101(10):2237-43

4. Andersson J, Sihto H, Meis-Kindblom JM, Joensuu H, Nupponen N, Kindblom LG. NF1-associated gastrointestinal stromal tumors have unique clinical, phenotypic, and genotypic characteristics. *Am J Surg Pathol.* 2005 Sep; 29(9):1170-6
5. Machado-Aranda D, Malamet M, Chang YJ, Jacobs MJ, Ferguson L, Silapaswan S, Goriel Y, Kolachalam R, Mittal VK. Prevalence and management of gastrointestinal stromal tumors. *Am Surg.* 2009 Jan; 75(1):55-60

編輯顧問：陳寶輝

編委：阮仲洲（主編），羅海韻（副主編），陳明楨，孫盟舜，吳志松，莊永芳，曾譯誦，謝展中