



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)335-1121 · 傳真: (07) 335-4114
董事長: 阮仲洲

迎接新未來
邁向新世紀

Vol13, No3. Jun, 2013

巨大肝腫瘤切除後復發之治療

消化系內科 陳錫榮 醫師

一個 28 歲女性，上腹痛約一個星期，100.6.20 到門診檢查，發現一個巨大的肝腫瘤約 12.7 x 10.2 x 8.0 cm，長在左側肝臟且侵犯到右側肝臟 (如附圖一)。病人過去未曾有過肝病病史，也不知道是 B 型肝炎帶原，AFP 為 250811 ng/ml，HBsAg(+)，HBeAg(-)，安排入院檢查，ICG test：2.9%，肝臟沒有硬化，肝功能完全正常。經外科評估後，可開刀切除腫瘤，手術前 AFP：306238 ng/ml。

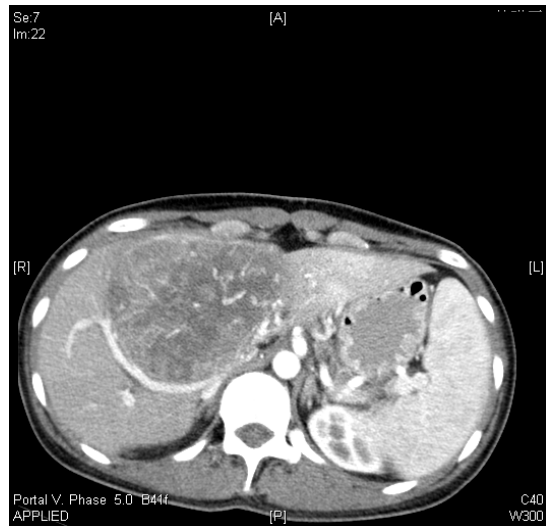
病人於 100.6.28 接受手術 (S_{2,3,4} hepatectomy + S_{5,8,1} partial hepatectomy + Cholecystectomy + IOC + intra-operative echo)，開刀術後恢復良好。病人術後 2 週腹部超音波檢查一切良好，術後 4 週 AFP：8557 ng/ml，病人於術後 6 週(100.8.10)接受第二次超音波檢查，卻發現有多發性轉移肝腫瘤在剩餘的肝內，大小約 3.8~1.2 cm，至少十多顆腫瘤分布在 S_{5,6,7,8}。(如附圖二)。此時立刻安排病人住院準備接受肝動脈化療 (HAIC，Hepatic artery infusion chemotherapy)，化療開始前 (100.8.25) AFP 已升高到 143088 ng/ml。

施行 4 週的肝動脈化療後，(100.09.30) AFP 降為 16631 ng/ml，之後每 2 週在門診打一次化療 (HAIC) 到 101.2.3 AFP 為 263.1 ng/ml，維持每 2 週一次化療，但是到了 101.4.9 發現 AFP 升高到 4125.8 ng/ml，安排腹部超音波及腹部斷層掃描，都未能找到復發之腫瘤(如附圖三)，倒是發現肝動脈化療的管子掉到 aorta。此時回想起，原本病人作此化療是完全沒有不適感，但到了 101 年 2 月病人開始打完化療會有噁心、想吐的反應，但可用藥物控制 (Kytril 1Amp IVP before HAIC)，於是立即安排把舊的管子移除，重新放置新的 catheter 到 hepatic artery，再補打 HAIC 5 次，之後再每 2 週打一 HAIC，AFP 由 101.4.19 的 4125.8 ng/ml 掉到 101.5.28 的 82.5 ng/ml，病人也不再打有打完之後噁心及嘔吐的副作用。

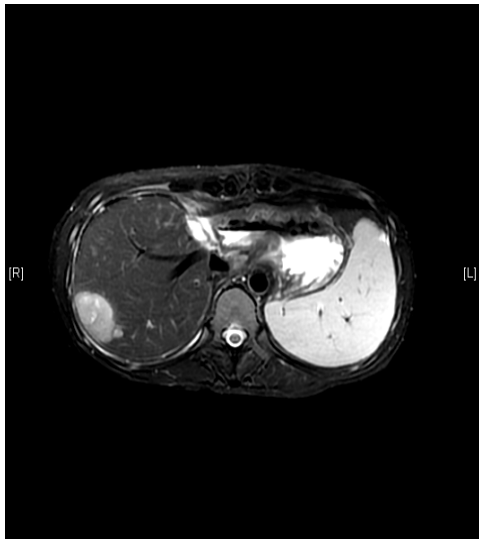
但是不幸的 AFP 從 (101.08.31) 618 ng/ml → 升到(102.01.17) 5088 ng/ml，其間作腹部超音波及腹部斷層掃描皆沒有找到復發的肝腫瘤。(102.02.19) AFP 升到 10209.1 ng/ml，此時發現肺部有許多小白點，作胸部斷層掃描證實為肺部轉移，但肝內依舊沒有後發的腫瘤，於是病人接受局部螺旋刀放射性治療(Tomotherapy)。目前 AFP 由治療前的 16237.9 ng/ml (102.04.18) 到 11013 ng/ml (102.05.20)，最近一次的腹部超音波及腹部斷層掃描都未再發現肝內腫瘤。



圖一、左側巨大肝腫瘤約 12.7 x 10.2 x 8.0 cm



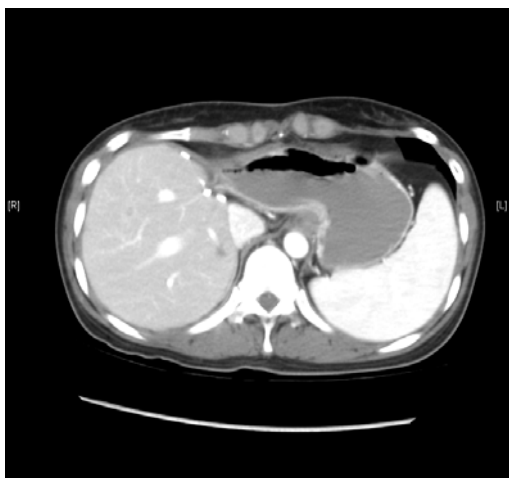
圖二、多發性轉移肝腫瘤約 3.8~1.2 cm



圖三、腹部超音波及腹部斷層掃描皆未發現復發之腫瘤(?)



圖四、腹部超音波及腹部斷層掃描皆未發現復發之腫瘤(?)



圖五、腹部超音波及腹部斷層掃描皆未發現復發之腫瘤



圖六、腹部超音波及腹部斷層掃描皆未發現復發之腫瘤

討論

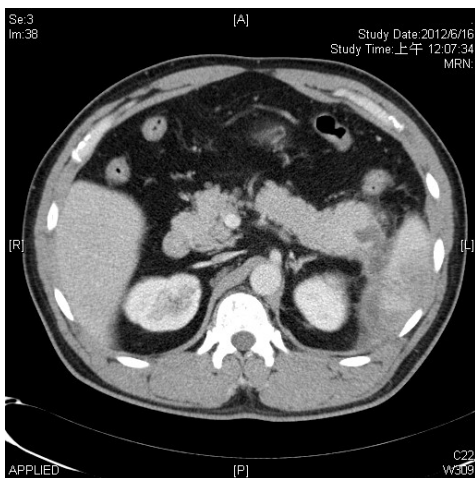
1. 該患者的 AFP 極為敏感，是用來追蹤腫瘤時是否復發最好的工具，當 AFP 下降時可知道治療是有效的。
2. 肝動脈化療 (HAIC, Hepatic artery infusion chemotherapy) 是將一特殊材質 catheter 放置在股動脈進入主動脈再進入肝動脈，基本上如果化療藥物不逆流或 catheter 沒有掉出來，是不會有噁心、嘔吐或白血球低下等副作用。
3. HAIC 是使用 Cisplatin + 5-Fu 作低劑量灌注，此一病人對這個配方非常有效，一打 AFP 就立即下降。若日後病人肺部腫瘤復發或轉移到其他部位如淋巴結或骨頭，可用 Cisplatin + 5-Fu 當作 base 的全身性化療治療之。

急性胰臟炎併發的脾臟包膜內出血 Subcapsular Splenic Hemorrhage Complicated from Acute Pancreatitis

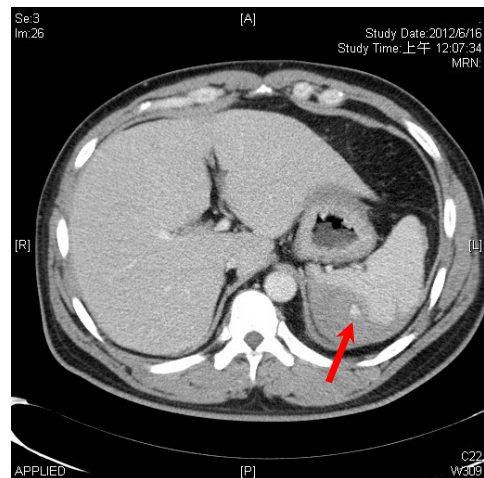
消化系外科 張德銘 醫師

案例分享

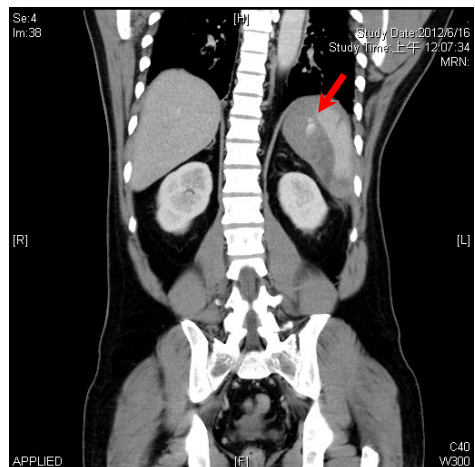
一位 39 歲的年輕男性，平時就有喝酒的習慣，但除此之外，沒什麼特別的不舒服，也沒有什麼慢性疾病的病史。他由於突發的腹痛，幾個小時後症狀未緩解，被送至急診救治。主訴腹部疼痛的位置介於劍突(Xyphoid process，胸骨的最下端，兩側肋骨下緣的中心交界處)和肚臍的高度，稍微偏左側，是種尖銳有跳動感覺的抽痛。急診的血液檢查發現輕白血球過高及發炎指數上升 (WBC 12800/uL; CRP 18.6mg/dL)，腹部電腦斷層發現胰臟尾部有個囊狀病灶、病灶旁的輕微發炎(圖一、圖二)、以及疑似脾臟包膜內(subcapsular)的出血(圖三)。由於有看到出血點，懷疑是動脈的急性出血，且隨時有脾臟包膜破裂而進一步腹腔內大出血的可能，病人緊急接受了血管攝影檢查及脾臟動脈栓塞止血(圖四)。在栓塞治療順利完成後，病人的急性跳動性腹痛就緩解了。住院治療四天後，病人情穩定而出院，門診追蹤雖還有喝酒後急性胰臟炎發作，但未再有出血的症狀。



圖一、胰臟尾部的病灶及脾臟包膜內血腫



圖二、脾臟包膜內血腫及出血點



圖三、脾臟包膜內血腫及出血點(另一角度)



圖四、脾臟動脈栓塞施行中

討論

急性胰臟炎發生的原因很多，比較常見的是塞住膽道出口的結石、酗酒以及高血脂症。而它的發生率約為每年每10萬人中4.9到35人，其中15%的急性胰臟炎患者會發生嚴重的併發症。

由於脾臟跟胰臟尾部位位置鄰近，所以急性或慢性胰臟炎的併發症中，有一些也和脾臟有關。這類和脾臟相關的併發症雖很少見，但有大約8%的死亡率。文獻上曾提到的有脾臟靜脈栓塞、脾臟動脈瘤、脾臟包膜內血腫（出血）及脾臟破裂。其中脾臟包膜內血腫（出血）發生機率大約是0.4%，一般認為和胰臟發炎後，脾臟周圍的沾粘、脾臟動靜脈血管栓塞、脾臟包膜內的假性囊腫（Pseudocyst）及胰臟酵素的消化分解有關。由於發生率不高，這類脾臟併發症的診斷就需要臨床醫師的警覺，輔以影像學的檢查來達成。許多處理方法曾被發表過，有人建議作脾臟切除手術，有人建議先內科保守治療，另外有人成功地用栓塞及經皮穿刺引流的方式來處理。截至目前，治療方法並沒有一個定論，仍須由臨床醫師根據每個病人的病情，選擇對病人最佳的治療方式。

Reference

1. Splenic parenchymal complications in pancreatitis. JOP. 2011 May 6; 12(3):287-91.
2. Ruptured subcapsular giant hematoma of the spleen as a complication of chronic pancreatitis. Intern Med. 1995 Jun; 34(6):564-8.
3. Percutaneous Drainage of Large Subcapsular Hematoma of the Spleen Complicating Acute Pancreatitis. J Chin Med Assoc 2008;71(2):92-95