

胰臟癌



- 胰臟癌臨床症狀
- 胰臟癌高危險群
- 胰臟癌診斷方法
- 胰臟癌分類
- 胰臟癌分期
- 胰臟癌手術治療
- 胰臟癌放射治療
- 胰臟癌化學治療
- 胰臟癌術前輔助性治療
- 胰臟癌術後輔助性治療

胰臟癌臨床症狀

早期大多沒有症狀，不易發現，直到腫瘤大到某一程度便會出現腹痛，甚至背痛等症狀。其症狀依部位而有所不同：

胰臟可分為三部分：頭部、體部和尾部

位於頭部

- 腹痛
- 體重減輕
- 消化不良
- 腫瘤壓迫膽管產生黃疸
- 皮膚搔癢
- 灰白色糞便

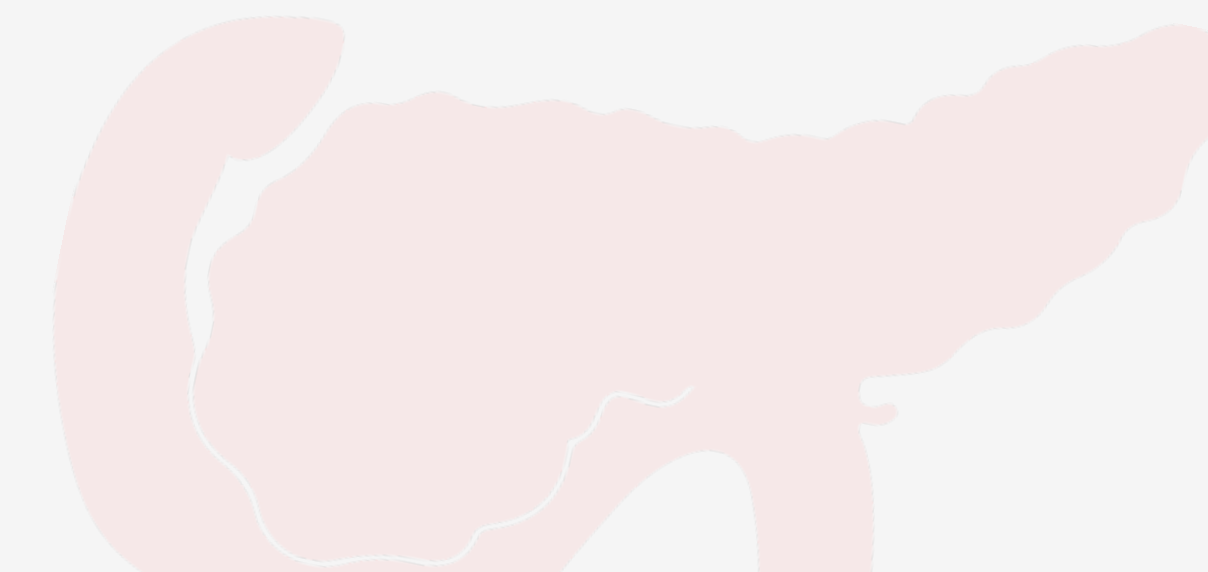


位於體部或尾部

腫瘤巨大時才會出現

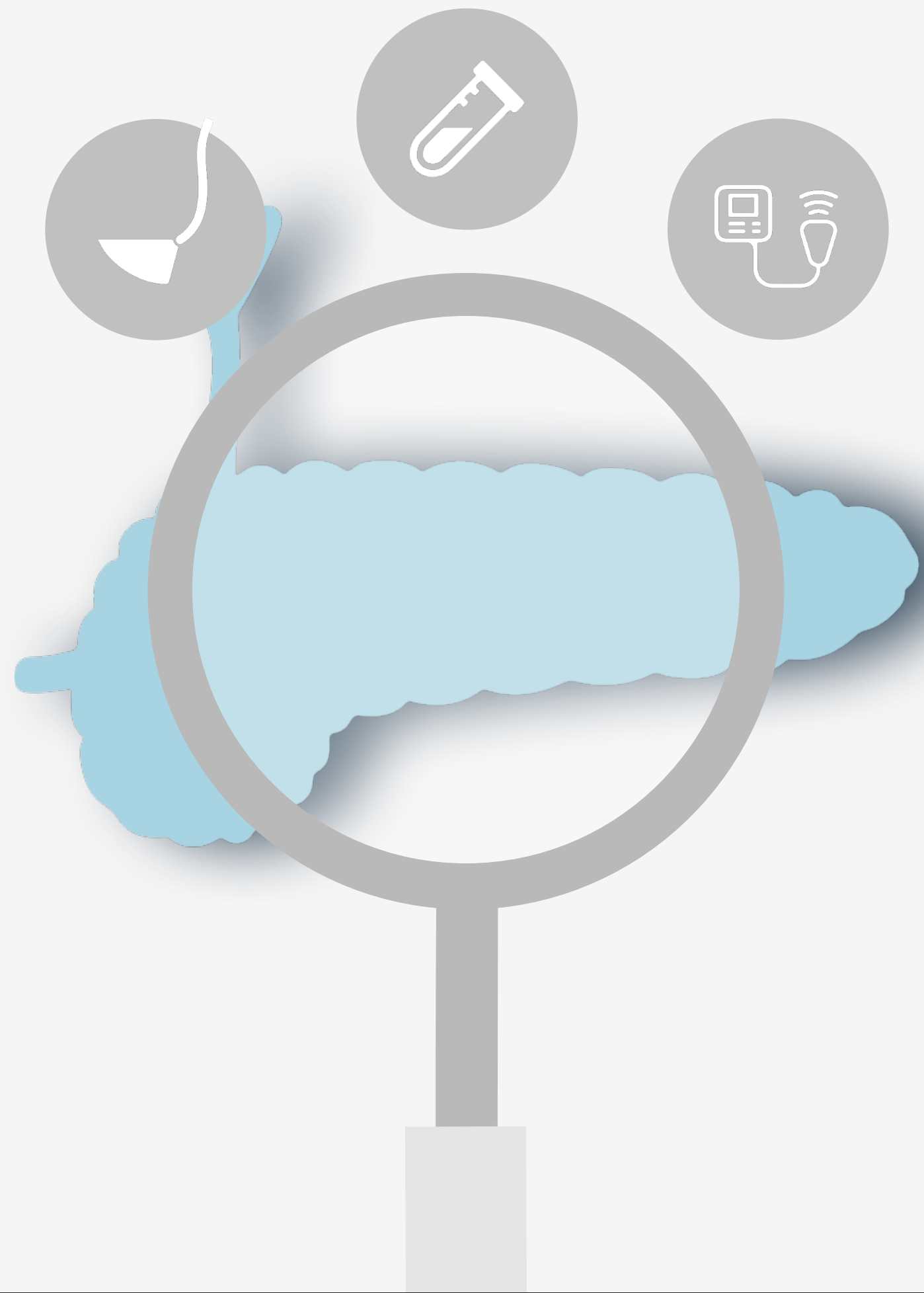
- 腹部疼痛
- 體重減輕
- 胃口不佳

胰臟癌高危險群



年齡	胰臟癌發生的年齡通常較大，大部分發生在 60歲以上 ，較少低於40歲。
性別	男性居多
抽菸	這是目前確認與胰臟癌最相關的危險因子，吸菸者罹患胰臟癌的機率比不吸菸者高出 2-3倍
肥胖與飲食	經常吃高脂肪者，肥胖和超重者，風險也會跟著增加
化學藥品	長年接觸化學藥品者較易罹患胰臟癌
家族史	家中直系親屬若發病，則一等親罹患此癌症的風險有 3-4倍 。另外有遺傳性結腸癌、乳癌、卵巢癌、黑色素瘤的家族，得到胰腺癌的風險也增加
遺傳性慢性胰臟炎基因變異者	這是因為基因突變所導致(PRSS1基因，SPINK1基因)。有遺傳性胰臟炎基因變異者發生胰臟癌的機率平均為一般人的 數十倍以上 。是胰臟癌的“超高”危險群。依據先前在臺灣之研究，每7至10個胰臟癌病人即有一位具有基因突變。其家屬建議應作篩檢
曾接受部分胃切除或膽囊切除者	發生胰臟癌機率增加
慢性胰臟炎	非遺傳性慢性胰臟炎病人，不管慢性胰臟炎之原因為何，發生胰臟癌均增加約 數至十倍
糖尿病患者	初診斷糖尿或糖尿病突然控制不佳時要注意

胰臟癌診斷方法



- CA-19-9和CEA檢查特異性不高，但高數值CA19-9也可能與罹患胃癌、大腸癌、膽囊癌等有關
- 可觀察腫瘤本身、鄰近器官是否受到侵犯或淋巴腺是否有轉移等訊息
- 內視鏡逆行膽管胰管攝影（ERCP）是一種侵襲性檢查。對胰臟癌的診斷的多半已不需要。現在多用於引流膽管之治療所需
- 正子掃描（PET）對於胰臟癌早期診斷效果未有確切定論，但仍可以參考

胰臟癌分類

常見胰臟癌

胰管細胞癌

Ductal adenocarcinoma

佔90%以上

腺鱗狀癌

Adenosquamous carcinoma

預後極差
鱗狀上皮分化

少見胰臟癌

內分泌腫瘤

腺細胞癌

Acinar cell carcinoma

囊腺癌

Cystadenocarcinoma

預後較佳



胰臟癌分期

- 癌症的分期一般是根據腫瘤大小 (T)、淋巴結是否有轉移 (N) 以及遠處器官是否也有轉移 (M) 來做決定
- 胰臟癌的分期通常必須藉助電腦斷層
- 最常使用的分期系統是美國癌症聯合委員會 (AJCC) 與國際抗癌聯盟 (UICC) 共同制定的系統

第1期

腫瘤侷限在胰臟部位，沒有發生局部淋巴結轉移或是遠處器官轉移。又可依照腫瘤大小再分為stage IA (腫瘤最大直徑2cm) 以及stage IB (腫瘤最大直徑 > 2cm)

第2期

腫瘤已擴散到附近的組織或器官，但還未侵犯到腹腔動脈 (celiac axis) 或上腸繫膜動脈 (superior mesenteric artery, SMA)，也無遠處器官轉移。可依局部淋巴結是否轉移再分成stage IIA (無局部淋巴結轉移) 以及stage IIB (有局部淋巴結轉移)

第3期

腫瘤已侵犯到腹腔動脈或是上腸繫膜動脈，可能有局部淋巴轉移，但無遠處器官轉移

第4期

腫瘤已經擴散到遠處器官，確定為遠處轉移

胰臟癌手術治療

位於早期癌症時，可進行以下三種手術切除：

- **惠普爾手術** (Whipple's procedure)
- 又名胰十二指腸切除術 (pancreaticoduodenectomy)

在胰臟頭出現腫瘤時採用，醫生會將胰頭、部分胃部、部分十二指腸、總膽管、膽囊及附近淋巴結切除

- **胰臟尾部切除術** (distal pancreatectomy)

在胰臟體部或尾部出現時採用，但極少見，因大多發現生長在體部或尾部的胰臟癌時已末期

- **全胰臟切除術** (total pancreatectomy)

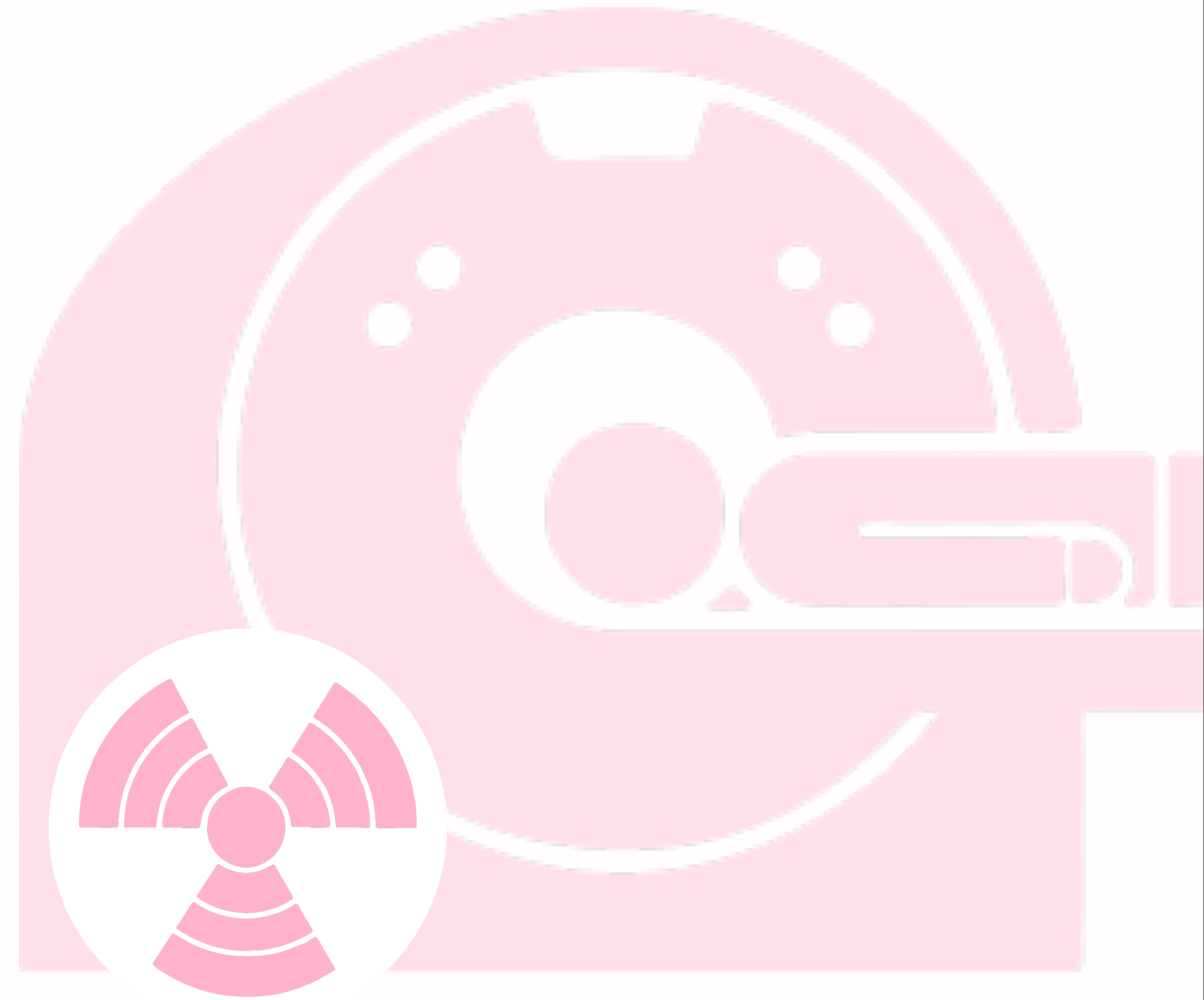
擴散到整個胰臟時採用。將切除整個胰臟、部分胃部、部分十二指腸、總膽管、膽囊、脾臟、附近淋巴結。但也極為少見，因此情形出現時病患已末期而無法手術

大部分出現症狀就醫的胰臟癌，有八成以上無法手術，僅能利用手術減緩癌症引起症狀

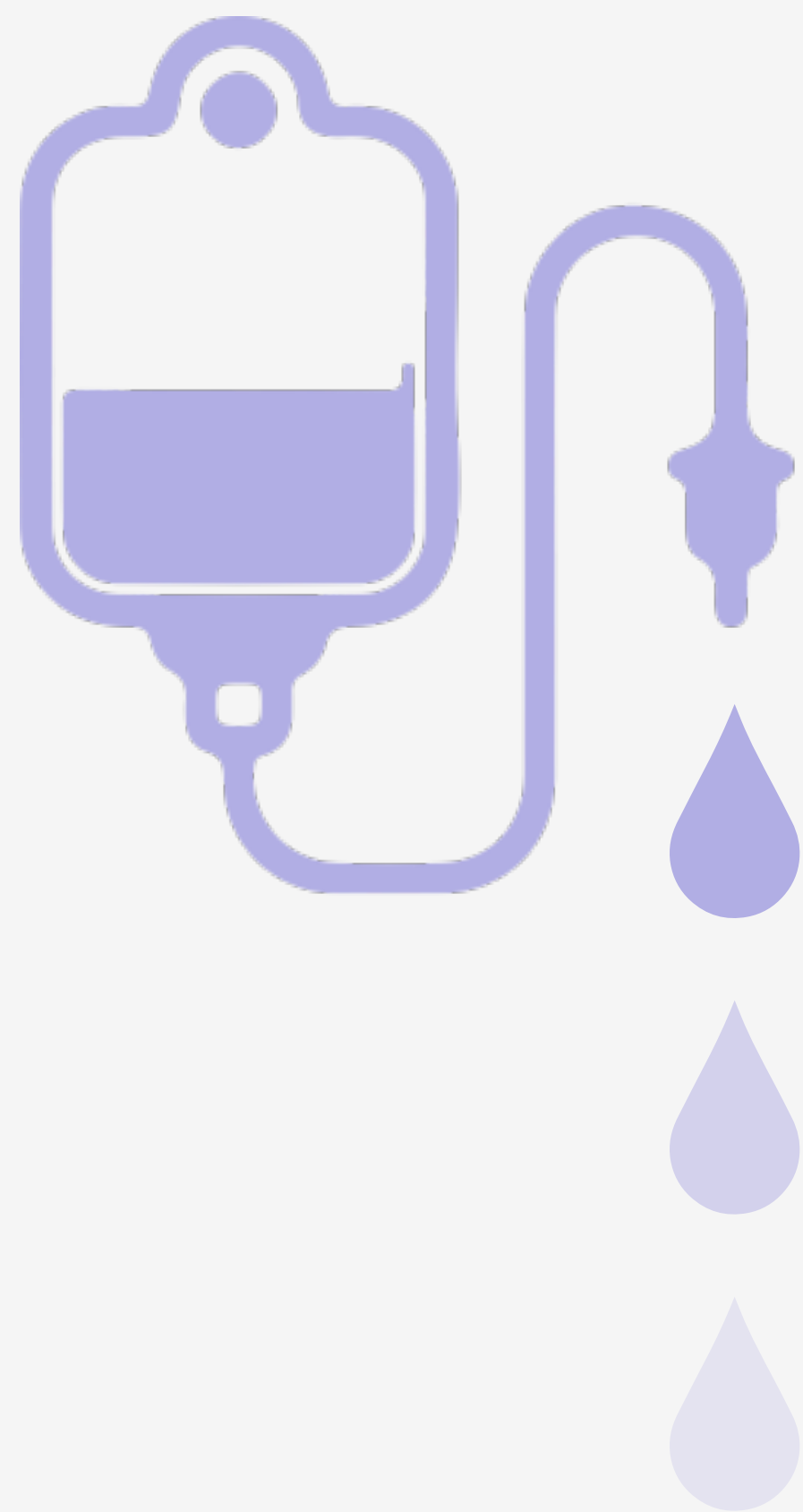
胰臟癌放射治療

放射線照射治療僅用於輔助性治療，目前仍無法治癒非切除性胰臟腫瘤，一般性照攝劑量約為4000 - 5000 rads，若配合化學藥物治療，可提昇治療成效

放療也許有助於將腫瘤縮小至可切除的大小。但對於不可切除的腫瘤而言，研究的結果仍有歧異



胰臟癌化學治療



化學治療是晚期胰臟癌最主要的治療方式

Gemcitabine 在1998年被美國食品藥物管理局（FDA）第一個核准用於治療胰臟癌的藥品

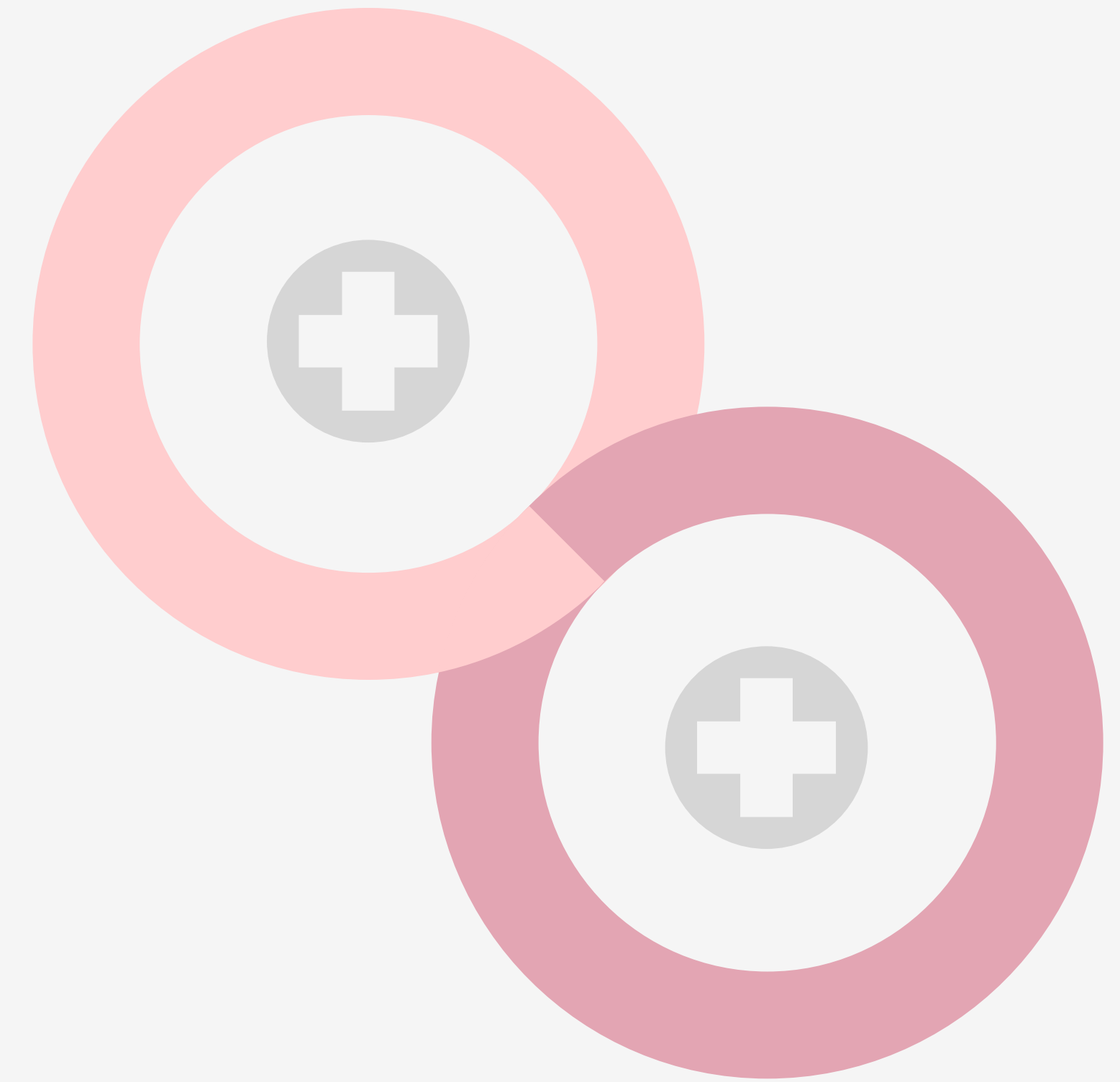
單一使用有**5-12%**緩解率，可達**20%**以上並延長患者存活時間，但不能根治胰臟癌

此藥物可做為**前導性治療、術後化學治療，或緩解性治療**使用

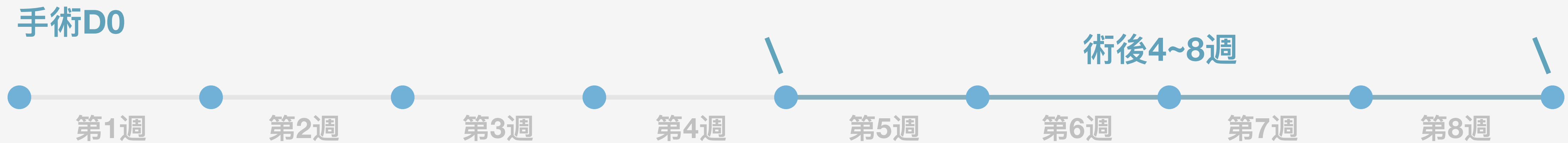
標靶治療雖然在多種癌症的治療上發揮效果，然而在胰臟癌的治療成效卻未盡理想

胰臟癌術前輔助性治療

目前尚未有第3期臨床研究實證，術前輔助性化學治療優於直接手術。但根據第2期臨床研究指示，其可提高R0手術（指微觀下完全切除，切除邊緣無侵犯）機會，讓原本無法切除的局部晚期胰臟癌可切除



胰臟癌術後輔助性治療



- 胰臟癌**治療早期以手術切除**為主，術後加上輔助化療，降低復發風險
- 可切除胰臟癌病患中位**存活期僅20個月**，且可能在診斷時已有微量轉移，因此術後輔助性治療有其迫切必要，但目前療效尚未完全確認
- 美國國家癌症資訊網（NCCN），將建議療法選項建議項目：**單獨輔助性化學治療與合併化學放射治療**，並應在術後4-8週開始

預後

2015年，胰臟癌在全球已造成約411,600人死亡，為英國第五大死因，美國第四大死因。胰臟癌於已開發國家較常見，佔了2012年新病例的70%。胰臟腺癌的預後通常很差，一年存活率和五年存活率分別僅有25%和5%；早期診斷的五年存活率則提高到約20%。神經內分泌腫瘤的預後則較好，診斷後的五年存活率約有65%，雖然患者預後仍需視個別癌症種類而定。

全球死亡人數
411,600

佔2012年新病例
70%

一年存活率
25%

五年存活率
5%