

肝腫瘤的細針切片診斷

王景弘醫師 / 高雄長庚醫院 肝膽胃腸科

慢性肝炎及肝腫瘤的發生為國人常見的疾病。肝腫瘤的鑑別診斷除了影像學的典型表現外，組織診斷對於肝腫瘤診斷、分類、治療選擇、預後評估及研究具有重要影響。肝腫瘤組織的取得需切除或切片取得，然而肝腫瘤的切片檢查具侵襲性，有出血、惡性腫瘤散播及極少的死亡率。如何更安全的施行肝腫瘤的切片檢查為重要的課題。肝腫瘤的切片檢查通常為經皮穿肝技術，以切片針切取或吸取腫瘤組織，提供細胞學、組織學、特殊染色檢查及研究使用。肝腫瘤的正確診斷及分類賴於取得腫瘤組織的量及質，所以切片技術及器具，包含切片針大小，對於組織的質量和切片檢查的危險性相關。使用較大的切片針雖可以提供較佳的組織質量以供病理學判讀，但其危險性相對增高及病患接受度相對減低。隨著病理組織處理及診斷進步，細針切片切取或吸取的腫瘤組織已足以提供肝腫瘤正確診斷的組織質量，可減低切片檢查的危險性、增加病患接受度及減少切片檢查時間。所以臨床上大部分的肝腫瘤可經由細針切片

提供細胞學或組織學判讀，得到正確診斷。

一般細針切片對於肝腫瘤診斷需有經驗的執行細針切片肝臟科臨床醫師或放射線醫師及有經驗的判讀病理科醫師合作及討論。肝臟科醫師或放射線醫師使用

20-22 號的切片針於影像指引下（一般為超音波）以經皮穿肝技術於肝腫瘤行切取或吸取腫瘤組織，取得的組織的質量若不足可多次執行細針切片或於不同位置行細針切片。組織取得後視肝臟科醫師及病理科醫師判讀需要進行不同處理及診斷。以高雄長庚紀念醫院肝膽胃腸科系為例，目前是由肝臟科醫師以超音波為指引，22 號照影針於肝腫瘤執行細針吸取切片，取得的組織由執行的肝臟科醫師行細胞學抹片三份，一份置放乾燥後由肝臟科醫師以 Lix 染色後快速判讀，另二份放入 95% 酒精槽內固定，送交病理科由病理科技術員 Papanicolaou 染色後由病理科醫師行細胞學診斷。剩下的組織則放入福馬林溶液槽內固定，送交病理科由病理科技術員 Paraffin 包埋、切片、H&E 染色及特

殊染色，由病理醫師行 Cell Block 或 Microhistology 等組織學診斷。

文獻報告對於細針切片肝惡性腫瘤診斷的靈敏度及特異度分別為 90% (67% - 100%) 及 100%。在一項大型研究中，診斷惡性腫瘤的陽性預測值、陰性預測值及正確度分別為 100%、59.1% 及 92.4%，罕見假陽性病例。高雄長庚紀念醫院病理科對於 936 病患肝腫瘤診斷研究，顯示本院以上述細針切片方法，其中 72.1% 具有足夠組織診斷檢體，對於診斷惡性腫瘤的靈敏度及特異度分別為 85.1% 及 98.7%。本科對於 22 號照影針切片同時以細胞學及組織診斷研究中，肝腫瘤診斷正確度為 88.7%，假陰性率為 11.7%，無細針切片引起的併發症，因此細針切片可以安全及方便使用於門診常規檢查。本科肝臟科醫師以 Lix 染色後快速細胞學診斷惡性腫瘤的靈敏度、特異度、陽性預測值、陰性預測值及正確度分別為 97.9%、95.1%、96.9%、97.3% 及 96.3%，所以臨床上肝臟科醫師可以自行經由 Lix 細胞

染色判讀，正確且快速的診斷，對病患及早訂定治療計劃。

雖然細針切片可以安全、方便及正確使用於門診及病房肝腫瘤病患的鑑別診斷，但可能的危險性包含罕見的出血及皮膚或皮下散播

還是可能發生。腹腔出血死亡的機率為 **0.018%**，危險因子為嚴重肝硬化併凝血功能障礙病患或肝表面腫瘤病患。皮膚或皮下散播的機率為**0.6%-0.11%**，危險因子為肝表面腫瘤、高度惡性腫瘤或大於**2**公分腫瘤。另外細針切片對於高度分化的肝癌

診斷陽性率並不理想，且高度分化肝癌通常為小於**2**公分腫瘤。所以臨床上對於細針切片診斷陰性且小於**2**公分肝腫瘤需參考影像學、腫瘤和肝炎標記及肝硬化診斷訂定進一步的處置策略。