

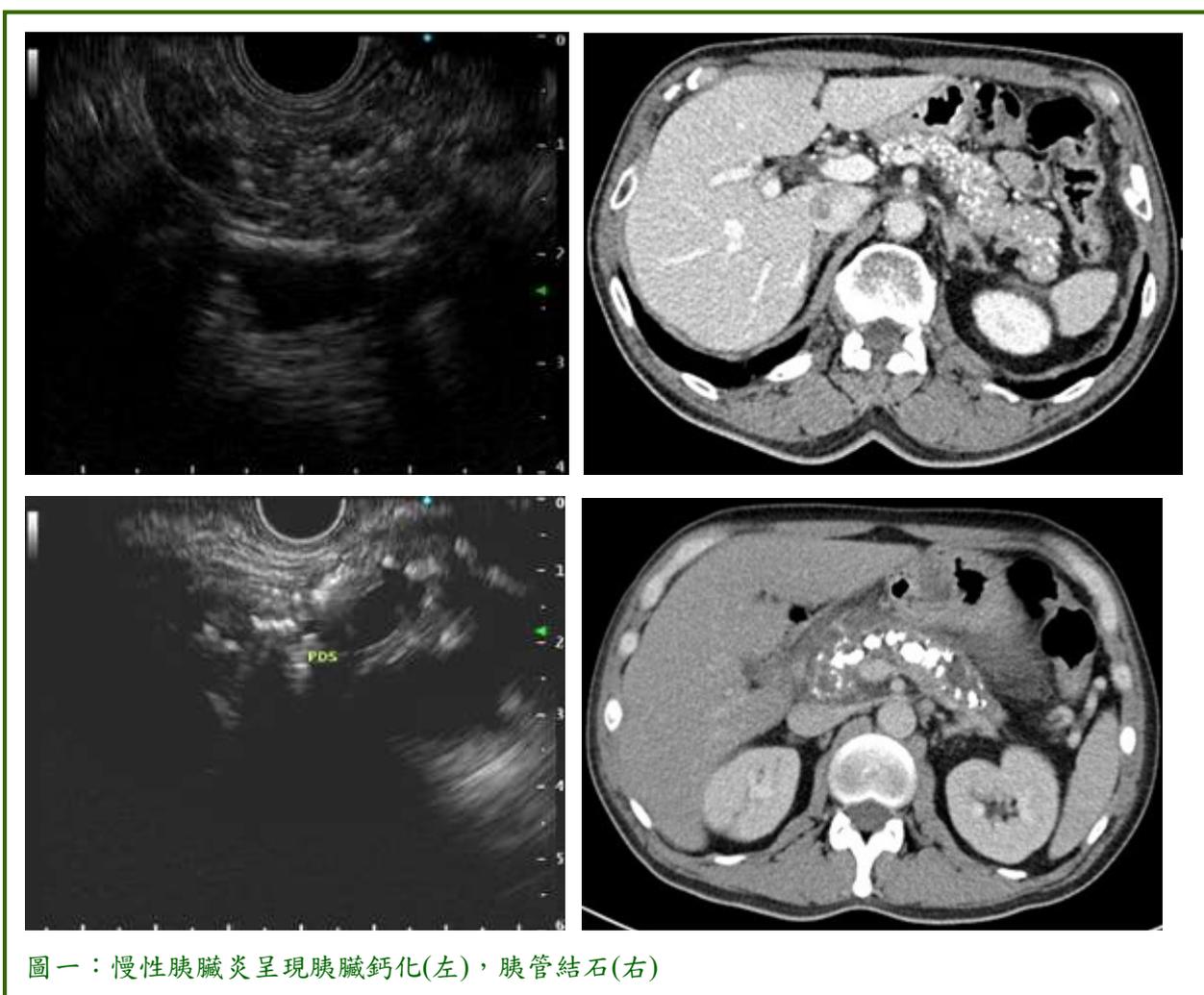
內視鏡超音波在慢性胰臟炎的應用

賴建翰醫師 / 馬偕紀念醫院 胃腸肝膽科

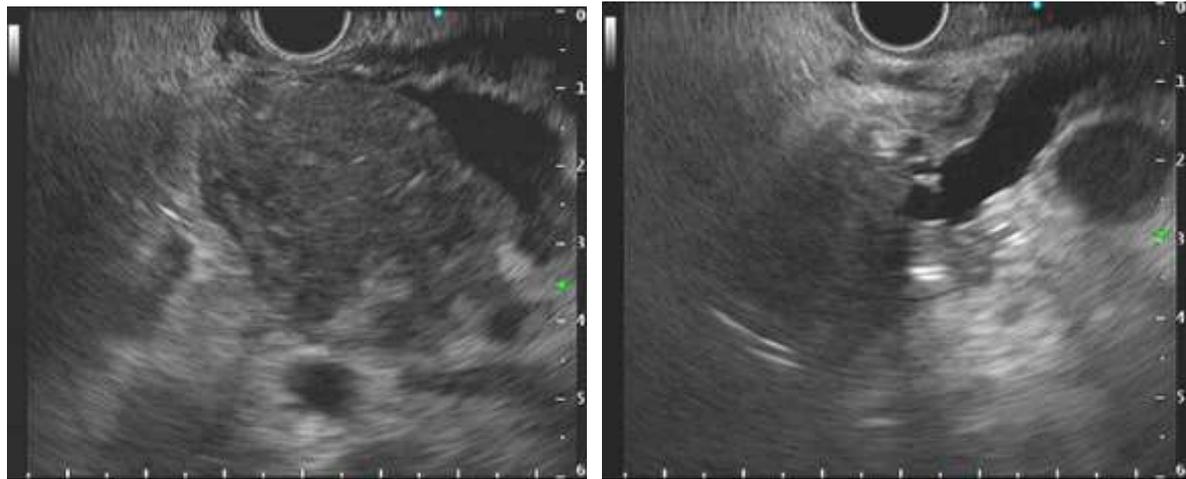
慢性胰臟炎會導致胰臟纖維化，罹患胰腺癌的風險也會增加，而胰腺癌是一種死亡率很高的致命疾病，只有早期發現才可能提高生存率，然而，臨床醫師要早期發現慢性胰臟炎的患者有胰腺癌可能不是那麼容易，因為胰臟的瀰漫性纖維化(圖一)，會使得小病灶的診斷具有挑戰性，另一方面，

因為慢性胰臟炎患者有時會有良性的發炎性腫塊，需要與惡性的腺癌做區分，往往會造成臨床醫師診斷上的壓力，畢竟雖然胰臟切除的手術可以讓癌症患者提高存活率，但如果因誤判而讓良性的患者去接受開刀，卻也可能造成不小的併發症，因此在手術前的診斷是非常重要的。

腹部超音波常用來作為初步檢查的方式，但是因為常常會被胃腸的氣體干擾，因此有時需要進一步使用電腦斷層來幫助診斷，在電腦斷層的影像中，如果一個胰臟腫瘤呈現低/中密度訊號(hypo/iso-attenuation)，伴隨者胰臟管擴張、尾端胰臟萎縮，血管侵犯等徵象，就會懷疑是惡性腫瘤。



圖一：慢性胰臟炎呈現胰臟鈣化(左)，胰管結石(右)



圖二： 低回音腫瘤併腹水(左)、胰管擴張(右)，兩者經細針切片術證實都是惡性腺癌

另一種常用的檢查方式是內視鏡超音波(EUS)，這是一種結合了內視鏡和超音波的檢查，可顯示胰臟和其他靠近腸胃道的病灶，它可以檢測胰臟中的病灶，補足其他影像學檢查（例如電腦斷層CT和核磁共振MRI）的不足，也能配合顯影劑使用的對比增強影像來協助病灶診斷，惡性腫瘤常呈現為低回音(hypo-echoic)低顯影(hypo-enhancement)的特性(圖二)，在之前的研究裡發現，內視鏡超音波有比電腦斷層更好的鑑別診斷率 (92.5% vs 82.5%, $p=0.02$)¹，因此內視鏡

超音波被用來作為慢性胰腺炎追蹤重要的工具。

若患者有胰臟腫瘤，需要組織學的化驗時，可以用內視鏡超音波導引的細針抽吸/切片術(FNA/FNB)來獲取組織樣本，得到良性或惡性病灶的細胞或病理診斷，這樣的組織取得方式是一種相對安全的檢查，相關併發症也很少，因此是目前首選方式，只是對於初學者而言，慢性胰腺炎可能會導致細針抽吸術的診斷成功率降低²，因此若操作者還未累積到40例的經驗之前，仍須小心偽陰性的結果，避免造成臨床

上對於惡性腫瘤的誤判。而顯影劑的併用，雖然能減少做細針抽吸/切片術穿刺所需要的針數(2.21 ± 0.68 vs 3.64 ± 1.2 , $p<0.001$)，但仍不能有效的提高診斷率(91.7% vs 90.6% , $p=0.835$)³，因此臨床上不需常規使用。

慢性胰臟炎患者接受定期追蹤的建議需根據患者個別的因素，尤其是如果患者有長期飲酒、抽菸的習慣或胰臟癌家族史的話，更需要定期的追蹤，而內視鏡超音波是一個有用而安全的檢查方式。

參考文獻

- 1.Jian-Han Lai et al. Predicting Factors for Pancreatic Malignancy with Computed Tomography and Endoscopic Ultrasonography in Chronic Pancreatitis. *Diagnostics*, 2022, 12(4), 1004
- 2.Jian-Han Lai et al. Factors affecting cytological results of endoscopic ultrasound guided-fine needle aspiration during learning. *Diagnostic Pathology*, 2020, 15:17
- 3.Jian-Han Lai et al. Is contrast-enhanced endoscopic ultrasound-guided fine needle biopsy better than conventional fine needle biopsy? A retrospective study in a medical center. *Surgical Endoscopy*, 2022, 36; 6138–6143