

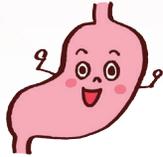
一般外科

● **學經歷** ● 中山醫學大學醫學系
高雄榮總一般外科主治醫師
高雄榮總屏東分院主治醫師
高雄榮總一般外科總醫師
高雄榮總外科部住院醫師

● **專長** ● 消化系外科 | 內視鏡外科 | 乳房外科



主治醫師 蔡忠育



淺談胃基質瘤

胃基質瘤

基質瘤 (Gastrointestinal stromal tumor, 簡稱GIST) 整個消化道從食道到大腸都有可能發生, 甚至有少數在消化道之外, 當然最好發的部位是胃(約佔六成), 其次是小腸。臨床上統計顯示, 盛行率每年每百萬人約有十至二十位新診斷病患, 好發於中老年人, 男女比例相等。胃基質瘤與一般較常見的胃腺癌不同, 非由黏膜層長出, 而是由黏膜下層、肌肉層或漿膜層長出, 通常有完整的黏膜層。

常見的症狀

症狀取決於腫瘤生長的部位及大小, 最常見為腹痛及腸胃道出血, 其他像腸阻塞、腹部腫塊...等。

診斷工具

常用診斷工具有幾種：

1. 胃鏡：常見黏膜完整之黏膜下腫瘤, 因此不易切片, 統計上, 切片成功率低於四成。
2. 內視鏡超音波(最準確)：依照超音波顯影特性, 可做較準確診斷。
3. 電腦斷層：主要用於腫瘤分期、手術計畫及評估治療效果。
4. 核磁共振：用途與電腦斷層相似, 主要用於骨盆腔或肝臟病灶。
5. 正子造影：高敏感性, 但低專一性, 可用於治療效果的評估; 但因費用高, 一般少用。
6. 超音波對比顯影劑檢查：藉由靜脈注射顯影劑, 增加腫瘤與周邊組織

顯影的對比, 增加診斷率, 但因基質瘤好發於消化道, 超音波訊號易被消化道內空氣阻隔, 因此少用。

治療

目前普遍認為基質瘤皆為惡性腫瘤, 但仍有惡性程度(復發風險)的差別, 主要依照腫瘤生長的部位、大小及分裂係數來對惡性程度作分級, 此分級也會對治療計畫有所影響。

1. 手術：若腫瘤小於二公分, 因腫瘤轉移風險低, 可選擇半年至一年追蹤內視鏡超音波, 待腫瘤大於二公分或產生症狀, 再行手術; 若腫瘤大於二公分則建議接受治療, 治療首選為手術切除, 除非腫瘤太大無法完整切除, 則建議先以標靶藥物治療, 待腫瘤縮小, 再行手術切除。手術原則須完整切除腫瘤, 避免腫瘤破裂, 因基質瘤幾乎不經由淋巴轉移, 手術並不需要做淋巴結廓清。

2. 標靶藥物：基質瘤對化學藥物及放射線治療效果不佳, 但對第一線標靶藥物伊馬替尼(Imatinib)卻有極佳的效果, 有接近九成的療效。目前健保給付高復發風險病人術後三年的標靶藥物治療, 對於轉移或無法手術切除病患, 則需一輩子使用。健保另有給付第二線舒尼替尼(Sunitinib)及第三線瑞格非尼(Regorafenib)於對第一線伊馬替尼(Imatinib)產生抗藥性的患者。

追蹤

術後仍建議每半年以電腦斷層或核磁共振追蹤五年, 尤其是高復發風險的病人。