

# 影像檢查

## 在大腸直腸癌的應用

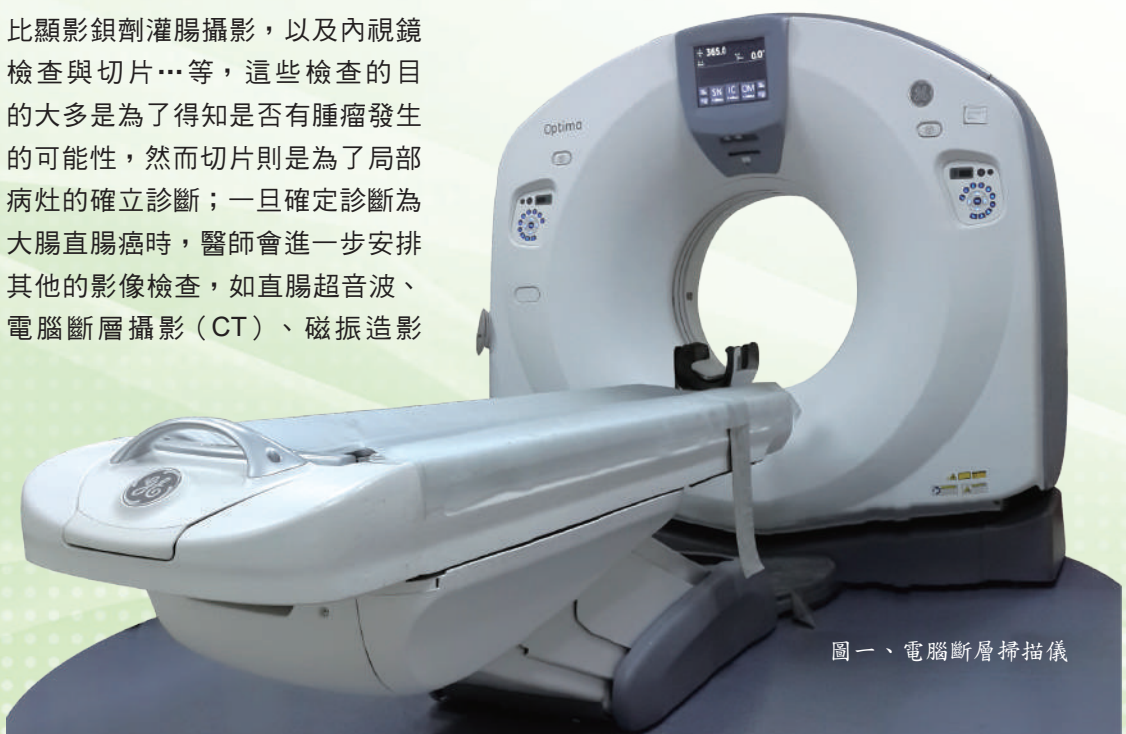
影像醫學部醫師·薛靖

依據行政院衛福部公布 2018 年台灣民眾十大死因，癌症連續 37 年位居十大死因榜首，其中大腸直腸癌佔所有癌症死因中之第三位。隨著國人的飲食、生活習慣改變，大腸直腸癌的發生率還有持續增加的趨勢。一般來說，由於資訊的普及加上衛生單位的宣導，經由體檢發現罹癌的比率有漸漸升高的趨勢；再加上不時有公眾人物罹癌或病逝的消息傳出，當有排便習慣改變（如排便次數增加、便秘、排便還想再解）、便血、腹部不適，體重減輕... 等症狀出現時，民眾可能會前往醫療機構作進一步的檢查。

對大腸直腸癌而言，檢查項目通常有潛血檢查、肛門指診、雙對比顯影鋇劑灌腸攝影，以及內視鏡檢查與切片... 等，這些檢查的目的大多是為了得知是否有腫瘤發生的可能性，然而切片則是為了局部病灶的確定診斷；一旦確定診斷為大腸直腸癌時，醫師會進一步安排其他的影像檢查，如直腸超音波、電腦斷層攝影（CT）、磁振造影

（MRI）、正子斷層造影（PET）... 等，以確定此患者是罹患第幾期的大腸直腸癌。

有些患者不禁要問，都已經知道是大腸癌了，為何不趕緊治療，還要多花時間做這些檢查幹什麼，做完檢查大腸癌還是大腸癌，也不會有所改善！事實上，做這些檢查主要的目的是因為大腸直腸癌的治療方式以及治療預後的好壞取決於確立診斷時的期別，不同期別的大腸直腸癌有不同的治療方式，需要處理的範圍有所不同，且治療的預後好壞也有所不同。然而要如何決定此一患者的大腸直腸癌是第幾期的癌症呢？目前大多數的醫療機構會採用美國癌症聯合協會（American Joint Committee on Cancer, AJCC）的 TNM 分期方式，此一分期方式考慮的因子有腫瘤侵犯的程度（T）、是否有淋巴結的轉移（N）、以及是否有遠處的轉移（M）三因子，綜合這三者（TNM）的程度，以決定此一癌症是第幾期的癌症。



圖一、電腦斷層掃描儀



圖二、磁振造影掃描儀

話說回來，先前提到的臨床檢查項目中，潛血檢查可測得消化道中是否有潛在的出血，當然有出血也不一定是腫瘤造成的，但腫瘤的可能性一定不能排除掉；肛門指診可檢查是否有距離肛門較近的腫瘤，因為在直腸癌當中，超過半數可由肛門指診觸及；雙對比顯影鋇劑灌腸攝影則可偵測出大腸管徑狹窄的位置。上述三項檢查可懷疑患者是否有罹患大腸癌的可能性，至於內視鏡檢查雖然可說是診斷大腸直腸癌的最佳利器，切片檢查可以確定診斷，配合直腸超音波可以了解腫瘤侵犯之深度以及偵測附近是否有腫大的淋巴結，但對於遠處淋巴結及器官的轉移則無法得知，於是，進一步的影像檢查（電腦斷層攝影、磁振造影、正子斷層造影…等）就有其必要性。

在本院，大腸直腸癌患者於內視鏡檢查與切片結束後，會例行安排電腦斷層攝影或磁振造影檢查。針對大腸直腸癌患者所安排電腦斷層攝影與其他疾病患者所進行之電腦斷層攝影有些許不同，不同處在於患者在接受檢查前，檢查人員會事先灌入些許的空氣進大腸使其膨脹，此時若發現有部分腸壁不正常增厚、或有異常腫塊出現，就會懷疑有大腸直腸癌的發生。對於較不明顯的腫瘤，若不使大腸膨脹，有時會無法辨別是腸子收縮時造成的腸壁增厚，抑或是因腫瘤產生造成的腸壁增厚；此一方式或許會造成部分患者感到

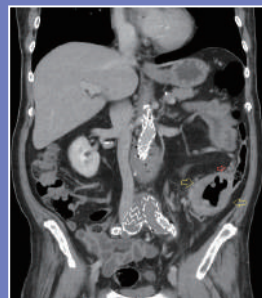
腹脹不適，但卻能提高對較不明顯腫瘤的診斷率。

另一項影像學檢查：磁振造影，其主要的優點為組織對比性優於電腦斷層攝影，適用於評估直腸癌侵犯的深度及周圍是否有淋巴結轉移。至於在影像判讀的部分，皆依據先前提到的決定分期的三因子（腫瘤侵犯的程度、是否有淋巴結的轉移、以及是否有遠處的轉移）逐一判讀，綜合三者的結果以決定患者罹患哪一期的大腸直腸癌，以利於後續治療方式的決定以及治療預後的評估。

除了決定治療前大腸癌的期別外，對於手術及治療後追蹤腫瘤的復發、淋巴結及遠處器官的轉移，電腦斷層攝影及磁振造影亦有相當的重要性。電腦斷層攝影對偵測骨盆腔腫瘤有高度的敏感性，但美中不足的是無法精確區分某些腫塊是術後形成的纖維組織或是復發的腫瘤，故建議患者於術後三到六個月再次接受電腦斷層攝影，以作為日後電腦斷層攝影比較的標準，若追蹤的影像中，腫塊有顯著的變化或表現侵犯性，則高度懷疑為惡性腫瘤的復發，宜進一步接受檢查治療；若腫塊無顯著的差異性，則可能是術後形成的纖維組織，宜繼續追蹤。



▲ 圖三、電腦斷層橫切面圖 乙狀結腸癌（黃色箭號）



▶ 圖四、電腦斷層冠狀切面圖 乙狀結腸癌（黃色箭號）局部淋巴結（紅色箭號）