

惡性嗜鉻細胞瘤-病例報告
黃國良¹、張高耀¹、項正川¹
國軍高雄總醫院 內科部¹

摘要

嗜鉻細胞瘤(pheochromocytoma)顧名思義就是從嗜鉻細胞增生所形成的腫瘤。最早提出嗜鉻細胞瘤是1886年的Frankel。嗜鉻細胞瘤惡性化的表現相對較少,約佔10%。良性與惡性在組織學與生化學上的特性不易區分。目前公認上惡性嗜鉻細胞瘤的確定診斷只有病理上出現周邊的侵犯或遠端轉移,所以很難提早診斷。資料顯示最久的轉移有於手術切除後二十年出現轉移現象,故不論良性或惡性,長期追蹤皆有其必要性。惡性嗜鉻細胞瘤最佳的治療還是手術切除,所以早期診斷早期治療還是不變的金玉良言。目前不斷地從基因學、病理學、生化學的角度提出許多方案來達到早期診斷的目的。這次藉著一個個案的分析來探討目前針對嗜鉻細胞瘤的良性或惡性之診斷與治療。

關鍵字: 嗜鉻細胞瘤、腎上腺、癌症

壹、前言

嗜鉻細胞瘤(pheochromocytoma)顧名思義就是從嗜鉻細胞增生所形成的腫瘤。最早提出嗜鉻細胞瘤是1886年的Frankel(3Fränkel& Ein,1886,5 Felix,1886)。最常見的位置是在腎上腺;若位於交感神經鏈上則叫做副神經節(paranglioma)。以前也稱這類腫瘤為"10%的腫瘤":腎上腺外、雙側、惡性、無症狀、遺傳(家族性)各佔10%比例(2Yaser、Michael、Bruce G Robinson, 2005)。較常見的遺傳性(家族性)的症候群包括 von Hippel-Lindau disease(VHL)、multiple endocrinoneoplasia type 2 (MEN II)、neurofibromatosis type 1(NF-1)(11 Korpershoek, Van Nederveen, Dannenberg,2006)、和 Carney's syndrome(12 Young, Baysal, 2002)。這些症候群有較多的雙側或多發性的表現。嗜鉻細胞瘤惡性化的表現相對較少,但也相對

容易疏忽。腹部副神經節瘤及 succinate dehydrogenase B(SDHB)gene mutation 有較多的惡性變化(Riordain, Young, Grant,1996, Amar, Bertherat, Baudin, 2005, Ider, Elder& Larsson,2005, Brouwers, Eisenhofer, Tao,2006)。這次藉著一個個案的分析來探討目前針對嗜鉻細胞瘤的良性或惡性之診斷與治療。

貳、病例

陳女士,71歲家庭主婦,20年前因膽結石接受過膽囊切除手術,8年前因冠心症接受藥物治療。民國94年8月因為陣發性胸悶、冒汗、及高血糖,入院接受治療及檢查。一開始也當作心絞痛及糖尿病治療及追蹤,因腹部超音波發現後腹腔腫瘤,將調查方向轉向了嗜鉻細胞瘤。當時的24小時尿液的VMA:

收文日期:100年04月18日 接受日期:100年05月16日

通訊作者:黃國良,國軍高雄總醫院神經內科部

聯絡地址:802 高雄市苓雅區中正一路2號

電話:(07)749-6751 轉 726132

E-mail: HKL.1005@gmail.com