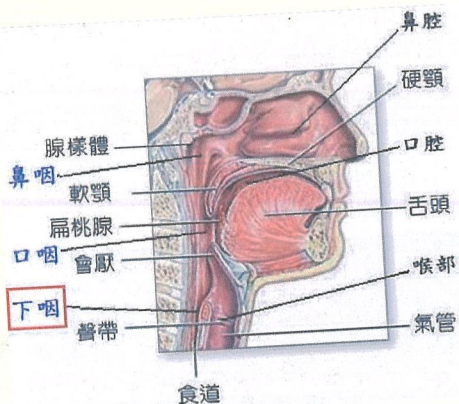


不易早期發現的殺手——下咽癌

文/耳鼻喉科 莊俊義主治醫師

前言

根據行政院衛生署癌症登記年報，「每7分鐘就有1人罹癌，而且罹癌人數正繼續攀升中！」，查詢過去資料民國96年台灣口腔、口咽及下咽惡性腫瘤的發生率及死亡率位居十大癌症第六位，於男性則為第四位，其中又以下咽癌為頭頸癌中第三位，且有逐年增加的現象。早期的下咽癌位於深部，症狀不明顯，檢查不易，且易被忽略，加上它容易有早期局部區域、頸部淋巴或遠處轉移的情形，患者大多等到頸部長瘤、沙啞不癒或吞嚥困難才就醫，導致診斷時，大多已是晚期了。所以國人應對此病有所認知與警覺，才可以在病情惡化前，即時治療。



圖一：人體頭頸器官顯示圖(紅框部分顯示為下咽)

解剖

咽部為一上寬下窄的管腔，依解剖位置，包括鼻咽（頭頸癌第二位的鼻咽癌就發生在此）、口咽及下咽三部分(圖一)。下咽包含四部分：左、右側梨狀窩、環狀軟骨後

區及下咽後壁。下咽緊接著喉部，構成整個喉嚨構造。喉嚨功能有四：呼吸、吞嚥、發音和刺激引起咳嗽。

初發於下咽的惡性腫瘤就叫下咽癌，台灣地區下咽癌最常發生的部位是梨狀窩，最常見的細胞型態是鱗狀上皮細胞癌。因下咽具有很豐富的淋巴引流系統，所以下咽癌也很容易有頸部轉移。

症狀

早期症狀不具特異性，常見的有嚙嚙異物感、咽部疼痛及耳痛等，這些在常見的疾病如上呼吸道感染、慢性咽喉炎、逆流性喉炎或食道炎及外耳炎等都可能出現，隨著腫瘤持續的侵犯，喉嚨的四種基本功能都會有少許的喪失，症狀還是以超過兩週的聲音沙啞為主要表現，頸部轉移而出現頸部腫塊，下咽腫瘤較大時會有吞嚥疼痛、體重減輕、痰中帶血、咳血甚至呼吸困難等症狀。另外，臨床上下咽癌患者主訴只有頸部腫塊卻沒有任何咽喉症狀的。病患如未提高警覺，往往易失去早期診斷的先機。因此一旦有上述情形都要儘早請耳鼻喉科醫師詳細診治。

病因

抽煙、喝酒與嚼檳榔是引起頭頸癌相當重要的因素，約有90%以上的下咽癌病患吸煙及喝酒的習慣。最近研究發現人類乳突病毒(HPV)也具有相當程度的相關性。

診斷

因解剖位置的關係，臨床上必須用特別的檢查設備才能看下咽，因此一般門診檢查時下咽癌比口腔癌更難被發現。下咽的檢查需使用喉反射鏡或內視鏡，頸部要觸診看有無腫塊。確定診斷需作病灶切片檢查。經病理化驗證實是下咽癌時，進一步安排癌症分期的全身檢查，看是否有遠處轉移，確定下咽癌的臨床分期，作為治療時的重要依據，包括：(1)頸部電腦斷層或磁振造影；(2)胸部X光；(3)腹部超音波；(4)全身骨骼核醫掃描；(5)支氣管鏡；(6)胃鏡；(7)正子斷層掃描等。最近研究顯示，對於早期診斷下咽及上消化道腫瘤，窄頻影像(Narrow Band Imaging, NBI)比傳統一般光源的內視鏡有更好的效果。

治療與預後

下咽癌是頭頸癌中預後最壞的腫瘤之一，又因發現時多已為晚期，其治療仍為一大挑戰，五年存活率約為34.8%，下咽癌的治療，主要有前導式化學治療、放射治療、同步化學放射治療、手術治療及最新的標靶治療等方法，根據癌症分期按照治療指引接受治療，目前都朝保留器官功能的方向在努力。

第1期的病人以手術或放射治療為主，兩者通常都有很好的療效；晚期下咽癌症可採前導式化學治療為先，再視反應接受同

步化學放射治療或手術治療。化學治療以 Cisplatin + 5-FU 為主；放射治療常用強度調控放射治療(Intensity Modulated Radiation Treatment, IMRT)，它可有效提高腫瘤控制率和降低正常組織併發症機率；至於晚期的手術治療以廣泛性切除原發病灶合併頸部淋巴擴清術以及咽食道重建手術為主，常需術後輔助放射化學治療，術後發聲功能影響，可用人工助講器講話。

此外，由於90-95%的頭頸部鱗狀細胞癌會高度表現表皮細胞生長因子接受體(EGFR)，因此針對EGFR使用標靶治療藥物加以阻斷，可使腫瘤無法成長進而萎縮，此外，2006年美國FDA首次宣佈單株抗體藥物 Cetuximab (商品名Erbix，爾必得舒)，可合併放射治療對局部侵犯性頭頸癌有顯著療效，近三年來標靶治療藥物在復發性/轉移性頭頸癌的治療上已嶄露曙光，相信未來將扮演更積極的角色。

結語

本院已建置窄頻影像內視鏡系統，期待它能對下咽癌早期診治提供更佳的助益，也結合各領域專家成立陣容堅強的頭頸癌團隊共同為治療癌症努力，以期達到全人的醫療照護，最後要呼籲民眾：莫輕忽不顯眼的症狀，有任何不適，儘早就醫；改掉抽煙、喝酒及嚼檳榔的習慣並定期檢查，才是最健康及預防癌症的好方法。