

不易發現的殺手-下咽癌

 耳鼻喉科 / 莊俊義醫師

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。

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。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，臨床上也有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%以上的下咽癌病患有吸煙及喝酒的習慣。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為主，以及咽食道重建手術，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Erbitux，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最好方法。