

### 13. 肛門及肛門週邊惡性腫瘤(Anal and Perianal Cancers)

#### 肛門癌(Anal cancer)

肛門(Anus)是指人體消化道的最後一段 4-6 公分的構造；嚴格的來說，肛門是指肛道(Anal Canal)，這段包括眾多不同上皮的整體結構。肛門的許多解剖學名詞必須加以釐清，從外往內看，肛緣(Anal Verge)是正常皮膚的終點，在肛緣以外是正常有角質層的多層鱗狀上皮 (Keratinized Stratified Squamous Epithelium)，齒狀線(dentate line)是鱗狀上皮的終點，在它與肛緣之間的是無角質層的多層鱗狀上皮(non-keratinized Stratified Squamous Epithelium)，沒有毛髮及皮膚附屬器官(dermal appendage)；肛門直腸交界線(Anorectal ring)，是提肛肌(levator ani)與外括約肌(external sphincter)的交界，而在肛門指診時可輕易摸出的一圈肌肉構造；由齒狀線 往上約 1.5- 2cm 的轉化型上皮地帶(transitional zone)，是一處非常獨特的組織帶，它可能包括了各種上皮，可以是鱗狀、柱狀或轉化型上皮；而在轉化型上皮地帶以上就是典型腸道的柱狀上皮。肛道的定義，各家不同，有從肛緣到齒狀線，有的認為是肛緣到肛門直腸交界線，但較為大家接受的是有內括約肌涵蓋的這段，即從內外括約肌交界溝(intersphincteric groove)往上到直腸肛門交界。肛門因在處於內外胚層的交界之處，所以腫瘤種類複雜，最多的是鱗狀上皮癌(Squamous Carcinoma or Epidermoid Carcinoma)，其它還有腺癌(Adenocarcinoma)、泄殖腔細胞癌(Cloacogenic cell carcinoma)、黑色素細胞癌(melanoma)。肛門癌症只佔大腸直腸癌症的 1-2%(3)，男女比例約 2:1，好發年齡在 50-80 歲之間，可能病因包括人類乳突病毒 Human Papilloma Virus (HPV), type 16&18, 致癌基因 oncogen(c-myc, P53, Rb-1)，局部慢性肛門疾病或克隆氏症(Crohn's disease)。

#### 鱗狀上皮癌及泄殖腔細胞癌(Squamous cell carcinoma and cloacogenic cell carcinoma)

在細胞型態，腫瘤治療及預後上，泄殖腔細胞癌都與鱗狀上皮癌相似，所以臨床上兩者可以合併討論。肛門腫瘤的徵狀包括：出血、疼痛及腫塊...，所以常被以為是痔瘡而延誤，診斷上肛門指診及肛門鏡有很大的幫忙，尤其是對潰瘍、出血或硬塊的病灶。腫瘤分期通常是以 1987 年 International Union Against Cancer (UICC)為主。在醫學歷史上，肛門鱗狀上皮的治療演變是非常特別的，它的主要治療方法是由外科大夫轉至放射治療大夫手中的一種疾病。起初的治療是外科腹部會陰切除術(Abdomino-Perineal Resection. APR)，將直腸肛門做根治性的切除及行永久人工造口術，5 年存活率約在 60%左右，腫瘤期別的早晚會影響其各別的存活率，在 1974 年 Nigro 提出綜合化學放射治療，可用來治療肛門鱗狀上皮癌，之後許多的報導都顯示，化學放射治療可以治愈此種癌症，其存活率比 APR 高，而病人又可保留肛門。Nigro 提出的治療計劃是：從治療第 1 天至 21 天給予 30cGY 的放射線治療，於第 1 至 4 天及第 28 至 31 天予以靜脈注射 5-FU，而於第 1 天給予 mitomycin-c；在這同時 Cummings 等人也提出類似治療方法，治愈率約在 60-90% 之間，2/3 以上之病人可以保留肛門。如果治療失敗才考慮接受手術治療。在臺北榮總所整理的一篇 81 病人當中，22 個病人接受綜合化學放射治療，5 年存活

率是 53%，68%可以保留肛門，存活率略低於國外的報告，這是因為我們的病人全部都是第二期以上的病人，尤其第三期的病人佔一半以上(13/22)。

### **肛門腺瘤(Adenocarcinoma)**

是較少見的肛門腫瘤，臨床上較常與肛門瘻管的慢性發炎有關，如果腫瘤病灶跨過齒狀線(dentate line)，分類上就應看腫瘤主要位置是在直腸或肛門，而如果兩個地方都侵犯很深，則臨床上會認為應是直腸腺癌，因為腺癌還是較好發於直腸。它的治療方法與直腸的腺癌相類似，根治性的切除（外科腹部會陰切除術）是主要選擇。

### **肛門肉瘤(Sarcoma)**

也偶有報告，如果腫瘤是小型低惡性度(Low grade)，才可考慮局部切除，一般都需要做根治性切除；而另外愛滋病患者(AIDS)所易發的 Kaposi's sarcoma，也會發生於肛門及肛門旁皮膚，以許多 0.5-2cm 大小，紫色或黑色腫塊表現，一般而言，基於 AIDS 病人身上免疫力缺失的眾多嚴重問題，無徵狀的局部 Kaposi's Sarcoma 不需治療，如需治療，在切片確定診斷後，可用放射線治療從外部照射(external radiation)或內部照射(endocavitary)，全身性的 Kaposi's Sarcoma 則建議用化學藥物治療。

### **黑色素細胞癌(Melanoma)**

也是少見，只佔全部肛門癌的 1%左右，預後非常不好，治療方法也是以根治性切除為主。

其它更少見的腫瘤包括小細胞癌(small cell carcinoma)及淋巴癌(lymphoma)，其臨床特性及治療與身體其他部位的同樣腫瘤類似。

### **肛週皮膚癌(Perianal Cancer)**

所謂肛週(perianal area)就是指 anus 以外周圍 5 公分之內的地方，這部份常見的腫瘤包括 Paget's Disease、Bowen's Disease，基底細胞癌(Basal cell carcinoma)、鱗狀上皮癌(Squamous cell carcinoma)。簡單來說，Paget's disease 是表皮細胞間的腺癌 (Intraepithelial adenocarcinoma)，Bowen's disease 是表皮細胞間的鱗狀上皮癌 (Intraepithelial Squamous cell carcinoma)。

### **Paget's Disease(PD)**

肛門是乳房外(Extramammary Paget's Disease)好發的地點之一；以乳房 PD 而言，它合併乳癌的機會幾乎達 100%，而肛門 PD 合併內在器官癌症的機會約 40-50%。肛門 PD 好發於老年人，病灶以紅腫為主，可合併出血、脫皮或搔癢，臨床上常誤為濕疹，而以局部藥膏處理發現效果不佳，結果進一步檢查才發現是肛門 PD。診斷以切片看到 Paget's cell 為準，治療必須做廣泛切除(wide excision)，而另一方

面必須做全身器官的檢查，以免漏失內在癌症的診斷，癌症好發部位為肛門附近及直腸，遠處的地點亦被報告過，必須非常小心檢查。在臺北榮總所整理的一篇 3 病人當中，2 個發生癌症分別為膽囊癌及泄殖腔細胞癌，另外一位產生復發，所以合併內在器官癌症及復發是 PD 的兩大特性。

### **Bowen's Disease(BD)**

好發於 50 歲以上中、老年人，病灶也是類似濕疹、紅腫而凸起，病理檢查可以看到所謂“Bowenoid cells”，它是多核的巨大細胞(Giant cell)，又有濃染的核仁，與“Paget's cell”不同在於“Bowenoid cells”無法被 PAS 染色(Periodic acid-Schiff stain)，有些 BD 會進展成為侵犯性鱗狀上皮癌(Invasive Squamous Carcinoma)，本院的二位病例，都是以局部廣泛切除治療，其中一位半年後發現胃癌，所以儘管 BD 是否合併身體內部癌症，仍有爭議，但還是要做全身系統性的評估。局部廣泛切除(wide local excision)是主要的治療，在病灶周圍外要做切片以證實切除邊緣沒有腫瘤，因為有時候肉眼看起來正常的部位，仍有腫瘤細胞存在，如果切除範圍太大無法縫合，就考慮以補皮(skin graft)來覆蓋。

### **基底細胞癌(Basal Cell Carcinoma)**

罕見的肛門皮膚腫瘤，病灶中間有潰瘍，而邊緣是捲起而不規則，有時會擴散影響到肛道；病理檢查必須小心與鱗狀上皮癌或泄殖腔細胞癌小心鑑別，因為二者的腫瘤特性截然不同，治療仍是局部廣泛切除為主，切除邊緣的安全距離至少 5-10mm。