

哪些 T1-2 口腔鱗狀細胞癌病患可以頸部觀察即可？

喉頭頸科 主治醫師 戴世光

早期 T1-2、無臨床頸部轉移之口腔鱗狀細胞癌的頸部處置，目前多主張預先施行頸部廓清手術，以便防止隱藏性頸部轉移進展為晚期。事實上，追求簡單化治療原則又要降低復發的產生，必然需要全面增加治療的強度。雖然一般認為頸部廓清手術在病患身上造成的後遺症可能不多，但是將有超過 75% 的無頸部轉移 T1-2 口腔癌病患接受了並非必要的頸部手術，這也是不爭的事實。為了要能安全實施頸部觀察，我們認為臨床上需要有高陰性預測值的預測因子，來區分有無頸部轉移的風險，才能達到個人化手術醫療的目標。

病理指標是口腔癌手術後最廣泛可得的資訊，我們在 253 位 T1-2、無臨床頸部轉移之口腔癌病患中，重新檢視病理切片並分析各病理指標與頸部淋巴轉移狀態的相關特性。首先發現依原先臨床判斷決定施行頸部廓清手術或頸部觀察，在接受手術組雖然有較高惡性度的病理指標表現，但是頸部轉移率卻與接受頸部觀察組幾乎相同，這代表依據臨床判斷並無法有效區分隱藏性頸部轉移是否存在。

我們於是分析與頸部轉移相關性最強的四項病理指標，發現神經旁或淋巴血管侵犯對於隱藏性頸部轉移，與腫瘤大小、腫瘤厚度、腫瘤分化程度相比，具有最高的陰性預測值(85.5%)。若以神經旁或淋巴血管侵犯的存在來決定施行頸部廓清手術，我們發現頸部廓清手術的施行可以減少一半，頸部過度治療的現象可降低 6 成，而頸部治療不足率僅略微增加，但仍維持在 10% 以下。

在佔 68% 的無神經旁或淋巴血管侵犯病患族群中，我們發現不論接受頸部觀察或頸部廓清手術，最終頸部控制率以及 5 年存活率都幾乎相同，這明顯代表了在此一佔多數的病患族群，頸部觀察是合理的選擇，且頸部廓清手術事實上是過度治療。當然，頸部復發的機會在頸部觀察之下較高，但幾乎都在 1 年內發生。

所以頸部觀察在無神經旁或淋巴血管侵犯的 T1-2 口腔癌病患，是一個適當的頸部處置，但病患在第 1 年需按月密切追蹤，即可避免晚期頸部轉移的發生。在此病患選擇及追蹤的方針之下，頸部觀察即可達到與頸部廓清手術相同的良好頸部控制與存活率。當然，以病理指標導引頸部處置無法在原發腫瘤手術前獲得必要資訊，這個缺點仍有待未來進一步研究與努力來克服。