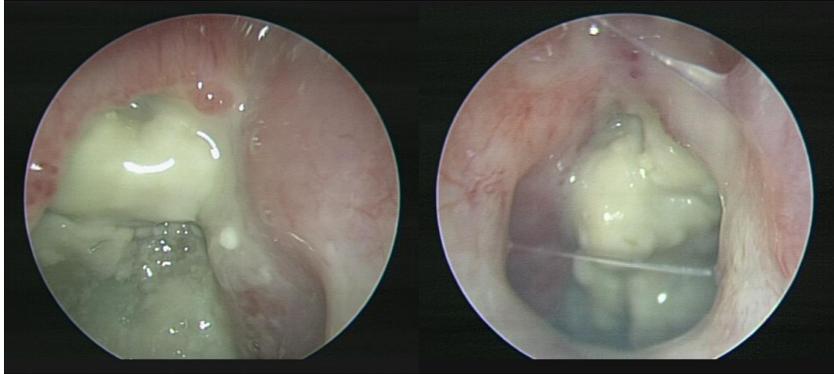


## 顱底放射性骨壞死引發之嚴重頭痛

### 病例報告

77歲男性，過去病史曾在2001年因罹患鼻咽癌曾接受過放射線及化學藥物治療，因為過去三個月持續惡化的嚴重頭痛至本院住院評估，頭頸部影像發現頸椎有腫塊，但與頭痛關係較低，因此會診鼻科評估是否有鼻咽癌復發之可能性。鼻咽內視鏡發現許多軟組織在鼻咽部，無法排除是否為復發或組織壞死。



(圖一)內視鏡下看到鼻咽部有許多壞死的軟組織。

經抗生素治療後，頭痛有部分緩解，因頸動脈暴露風險高，經與病人和家屬討論後，在全身麻醉下安排內視鏡鼻咽切除手術，病理報告為壞死的組織，並未發現惡性細胞。手術後病人表示頭痛緩解許多，持續在門診追蹤，最近一次內視鏡檢查發現傷口逐漸恢復，頭痛症狀也沒有再發。



(圖二)壞死的組織位於鼻咽中央位置，以內視鏡手術移除，並把組織送至病理檢驗。



(圖三)術後約三個月，傷口恢復良好

## **案例討論**

放射線為鼻咽癌的主要治療，其可能產生之急性或慢性併發症中，顱底放射線骨壞死為最嚴重的併發症之一，發生率約1%，和腫瘤大小、放射線劑量、及顱底放射線治療的範圍有關。若合併有頸動脈暴露，可能提高死亡率的風險。常見的顱底放射線骨壞死的症狀包含嚴重頭痛、鼻腔內有異味、及鼻出血。診斷方式包含鼻咽內視鏡檢查鼻咽部，合併電腦斷層或核磁共振檢查鼻咽部及周邊頸動脈等血管。治療以抗生素等藥物治療，合併內視鏡手術或皮瓣顱底重建。

然而，鼻咽癌放射治療後引起的組織壞死，在臨床判斷上往往和鼻咽癌復發合併顱底侵犯難以區分，可以透過影像如電腦斷層或核磁共振，或在門診用內視鏡取部分組織檢查送病理檢查協助診斷，如果頸動脈暴露風險高，可能要考慮做術前栓塞以減少出血可能，並在全身麻醉下進行內視鏡手術取得病理診斷。

臨床上頭痛患者的可能原因眾多，倘若病人過去病史有鼻咽癌且經放射線治療，即使間隔多年，仍建議行鼻咽內視鏡檢查確認是否有相關併發症或復發之情形，評估頸動脈暴露症候群之風險，方能及早診斷，及早治療以改善生活品質、預後，盡可能降低更嚴重的併發症發生。

## **參考資料**

1. Han, P., Wang, X., Liang, F., Liu, Y., Qiu, X., Xu, Y., Chen, R., Yu, S., & Huang, X. (2018). Osteoradionecrosis of the Skull Base in Nasopharyngeal Carcinoma: Incidence and Risk Factors. *International journal of radiation oncology, biology, physics*, 102(3), 552–555. doi:10.1016/j.ijrobp.2018.06.027
2. Dai, Q., Shi, Y. X., Zhang, H. K., Song, X. L., Liu, Q., Zhao, K. Q., Yang, J. Y., Wang, L., Sun, X. C., & Yu, H. M. (2023). Salvage endoscopic surgery for skull base osteoradionecrosis in nasopharyngeal carcinoma patients: A prospective, observational, single-arm clinical study. *Rhinology*, 61(1), 61–70. <https://doi.org/10.4193/Rhin22.303>

文/整理：賴郁婷醫師 指導：黃毓雯醫師