

上頷竇鱗狀細胞癌

整理：張妙旭醫師／指導：許志宏醫師

患者為一位中年男性，於一年前因慢性鼻竇炎併鼻息肉於外院接受鼻竇內視鏡手術。近半年來他感到左側臉麻，另外近四個月以來左側鼻腔容易流鼻血以及左眼感到腫脹並且容易溢淚。第一次到本院鼻科就診時，鼻竇內視鏡檢查發現左側鼻腔有一從中鼻道延伸到鼻腔的腫塊，在門診進行鼻腔內腫瘤切片手術，一週後回診病理報告顯示為鱗狀上皮細胞癌，經討論病人決定住院接受一系列的檢查及手術治療。

入院後，他便接受鼻竇電腦斷層掃描，鼻竇核磁共振檢查，核醫全身骨骼掃描，腹部超音波，以及胸部 X 光檢查。鼻竇電腦斷層顯示一 4 公分大小腫瘤位於左側上頷竇，上頷竇之上、內、外、後側壁皆有腫瘤侵犯的證據，另外腫瘤還往翼腭窩(petrigopalatine fossa)、顳下窩(infratemporal fossa)、以及眼眶中延伸，唯頸部尚未見淋巴結轉移，電腦斷層可以用以判斷腫瘤是否侵犯四周骨骼，但對於腫瘤確切的大小及範圍以核磁共振判斷更為精準，於是另外安排鼻竇核磁共振，檢查顯示在眼眶內以侵犯到眼窩中的肌肉(下直肌)；故臨床上分期為 T4aN0。其餘的檢查並未顯示遠處骨骼、肝臟、亦或胸腔轉移。

因腫瘤已延伸至眼眶，術前與病患討論需要進行眼眶內腫瘤切除再進行眼眶重建並有摘除眼球的可能，患者不希望術後外觀改變太大，於是決定接受保留眼球之手術治療，術後再接受放射線治療。我們進行鼻竇內視鏡手術以及 Caldwell-Luc 氏手術。

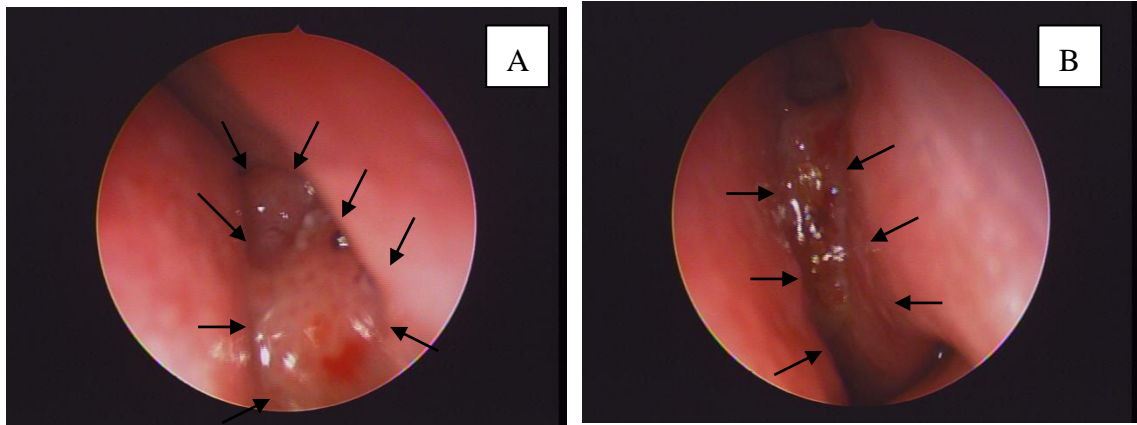


圖 A, B: 內視鏡檢查顯示左側鼻腔內腫瘤

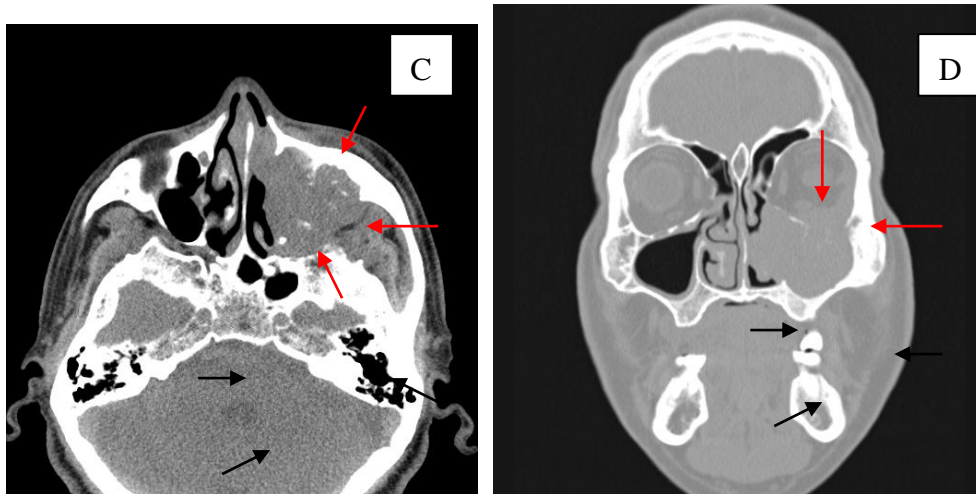


圖 C 電腦斷層顯示左側上頰竇內腫瘤併鼻腔侵犯，上頰竇的後壁及內側壁被腫瘤侵蝕，往後侵犯翼腭窩(petrygopalatine fossa)、顛下窩(infratemporal fossa)

圖 D 往上侵犯眼眶下壁

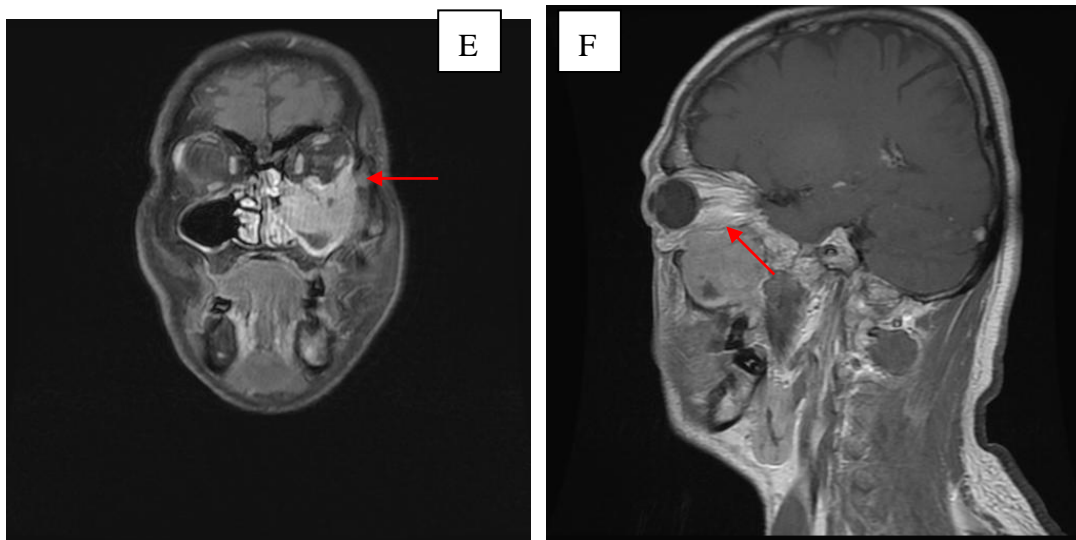


圖 E、F 核磁共振顯示眼眶下壁被腫瘤侵犯，眼眶內肌肉也有腫瘤侵犯

討論

鼻腔及鼻竇的惡性腫瘤發生率很低，總共佔上呼吸道腫瘤的百分之三，通常發生在白種人身上，且男性的發生率為女性的兩倍。其發生與長期吸入工業製造所產生的氣體，如木屑，鎳鉻金屬，皮革染劑，礦物油，油漆等等，另外抽菸也與鼻腔腫瘤的發生相關。

一般鼻竇腫瘤的症狀與發炎性疾病類似，「單側」鼻塞，流鼻水或流鼻血，頭部或臉部疼痛，臉部麻木等等，有約一至兩成的病人沒有症狀所以發現時通常已經是較晚期的疾病。淋巴結或遠處轉移通常不多，有大型研究指出上頰竇惡性

腫瘤的五年淋巴結轉移機率約 12.5%，即使局部腫瘤已經相當晚期也不一定會出現轉移。

理學檢查包括局部鼻腔及鼻竇，眼睛(視力，眼球活動，眼壓)，以及神經學檢查。影像學檢查包括電腦斷層(CT)，核磁共振(MRI)，可依照期別再安排全身核醫掃描(PET)，確診需要經鼻切片(Transnasal biopsy)證實為惡性腫瘤，因為腫瘤源發在鼻竇內，若沒有侵犯到鼻腔內，鼻竇內腫瘤組織不好取得時，可以使用鼻竇灌洗(sinus lavage/ cytology)，細針抽吸(fine needle biopsy)，或接受手術切片。最常見的腫瘤為鱗狀上皮細胞癌，其餘有腺癌(adenocarcinoma)，淋巴瘤，黑色素瘤，較少見有肉瘤及嗅覺上皮細胞癌等等。最常見的鼻腔及鼻竇腫瘤好發位置是上頷竇，相較於其他鼻竇及鼻腔發生率為高。若診斷為上頷竇鱗狀上皮細胞癌為有效的方式用手術摘除，術後考慮輔以放射線治療加強局部的腫瘤控制率，五年的存活率約 40~50%以上。

EFAEHJBC