

頭頸鱗狀細胞癌之治療

譯者:林正純

一、發生率

歐洲之發生率為 48.9 例/100,000/年，死亡率為 30.8 例/100,000/年；美國之發生率為 8 例/100,000/年，死亡率為 6 例/100,000/年；台灣之發生率為 例/100,000/年，死亡率為 5.5 例/100,000/年。

二、診斷

病理之診斷須來自外科切片並據之分類。

三、分期與危險評估

分期包括理學檢查，頭頸內視鏡，頭項電腦斷層攝影，胸部電腦斷層攝影用來排除轉移性疾病是有用的，例行性之食道鏡及氣管鏡是不建議。

分期須根據 TNM 分類之

UICC/AJCC 系統，可分為以下：

T1N0 = 第 I 期

T2N0 = 第 II 期

T3N1 = 第 III 期

T4,N0,N1,N2,T4N3 = 第 IV 期

四、治療計劃

所有的病例均需有一個多方面專家擬定之治療計劃。治療必須考慮到病人之體能狀態（performance status）行為能力。病人之營養狀況必須矯正並維持。

1. 可切除之腫瘤

標準治療由原始腫瘤之位置及其蔓延之程度來決定。而術後化學輔助治療已證明為無效。與手術後放射治療比較，手術後同時給予放射治療及以 platinum 為主之化學治療對於無疾病期及存活率是有助益的。誘導性之化學治療對於無疾病期及存活率是沒有助益的。其唯一可能影響的是減少遠處之轉移及腫瘤復發之型式。

誘導性之化學治療對於需要接受喉嚨全切除之侵犯進展性之喉癌及下咽喉癌之病人，可保留其器官，然而此保留器官之作用對於無疾病期及存活率並無不利影響。在此之誘導性化學治療是以 cisplatin 再加上 5-FU。在決定是否避免手術及只給予放射治療，是根據誘導性之化學治療之反應而定。而允許保留器官之誘導性之化學治療之反應程度仍有爭議。

2. 無法切除之腫瘤

建議使用同時的、附隨的、或交替之化學合併放射治療。此種治療方式在反應率，無疾病期及存活率比單獨放射治療優越。但是也增加毒性。對於體能狀態不佳之病人，可考慮單獨放射治療。以 platinum 為主之治療仍為化學合併放射治療形式中之標準化學治療。

若腫瘤在經誘導性化學治療後，並接受單獨放射治療或手術治療而變成可以切除，此已被證明與單獨放射治療比起來，是無助益的。誘導性化學治療後再予以化學合併放射治療仍在實驗階段。

3. 局部性及轉移性之復發

手術或放射治療很少能治癒此類病患。對大多數病患而言，緩解性之化學治療為標準選擇。每週的 methotrexate 為標準化學治療。以 platinum 為主的化學治療比 methotrexate 更有反應率，但對於存活率並無益處。

五、追蹤

如何做法仍有爭議。追蹤之目的為早期發現局部之復發及可以治療之第二種腫瘤。理學檢查之結果可決定未來檢查之方向。電腦斷層攝影，核磁共振攝影，超音波，及內視鏡切片，針檢穿刺。在病人接受頸部放射治療後，在第一，二，及五年評估其甲狀腺功能。