

## 小細胞肺癌之診斷、治療及追蹤

譯者：邱昭華醫師

### 流行病學

台灣地區的肺癌年齡標準化發生率為每十萬人口 24.40 人，死亡率為 23.34 人。男性分別為 32.48 人及 31.33 人，女性則分別為 15.48 人及 14.63 人。（1998 年衛生署統計資料）在台灣約 80% 的男性肺癌死亡可歸因於抽菸，而女性則僅為 15%。台灣的小細胞肺癌約佔所有肺癌的 12%~15%。約 98% 小細胞肺癌死亡可歸因於抽菸。

### 診斷

由氣管鏡、或經皮穿胸切片、或細針抽吸，或直接開胸手術切片。而依 1999 年 WHO 分類作病理診斷。

### 分期及危險因子評估

完整的病史詢問及理學檢查，並以胸部 X 光及胸部電腦斷層(CT)包含上腹部及兩側腎上腺)，以及血液全血球計數值(CBC)及生化檢查等來確定分期。

疾病分期通常分為侷限期(limited stage)及擴散期(extension stage)。若所有腫瘤能在一個可以忍受的放射治療範圍內，即定義為侷限期。腫瘤需侷限在單側胸腔內，轉移淋巴結範圍的定義則略有不同。依 ESMO 的定義，包括同側肺門、同側鎖骨上窩、縱膈腔及對側肺門淋巴結。但 NCCN 的定義則不包括對側肺門淋巴結。（也有研究者將同側的肋膜積液及對側的鎖骨上窩淋巴結也算在侷限期）。擴散期即疾病已超過上述定義以外的範圍。

ESMO 建議若病患有其他症狀或異常的理學及實驗室檢查結果，則可需要安排全身骨骼掃描、頭部 CT 或骨髓切片，一旦其中有一項檢查為陽性，即確定為擴散期，而不必完成所有的其他檢查。但 NCCN 則建議所有病患均應接受全身骨骼掃描、頭部 CT、或 MRI，以及骨髓切片，然而 NCCN 也強調，所有檢查不應延遲病患的開始治療時間超過 7 到 10 天。

### 侷限期的治療

標準的治療方式為合併化學治療及放射治療。可選用的化療藥物包括 etoposide、teniposide、cisplatin、carboplatin、ifosfamide、cyclophosphamide、vincristine 及 doxorubicin。目前最常用的組合為 etoposide 加 cisplatin 治療

4到6個療程，特別是因為這種組合可合併 concurrent irradiation，而不會增加無法接受的毒性。維持性(maintenance)化療並不能改善存活期，胸腔放射治療則可增加局限期病患的 local control 及存活期。有許多研究建議，在化學治療期間應該儘早開始放射治療。病人若能達到完全緩解，則應該接受預防性腦部放射治療(prophylactic cranial irradiation)，因為它可以減少發生頭部轉移的機會，並延長存活期；若病患是 T1-2N0 的早期小細胞肺癌，應考慮縱膈腔鏡檢查或開胸探查，若無淋巴結侵犯，則手術切除，並加上術後的化學治療。若手術後才發現有淋巴結侵犯，則需再加上放射治療。

### 擴散期的治療

使用和局限期一樣的化學治療組合4到6個療程，可以增加病人存活期；同時它也是改善臨床症狀的最有效方法。若病患情況許可，對達到完全緩解的擴散期病患，也可以建議接受預防性腦部放射治療。維持性化療不能改善病人的存活期。

### 第二線化療

病患對第一線化療無效或是又再復發，可應考慮接受第二線化學治療。一般而言，若第一線化療有效的期間少於二到三個月，則第二線化療的反應也不太好。

Topotecan 因為毒性較小，是目前第二線化療的首選藥物(NCCN, 2002)。長期口服 etoposide 對復發的小細胞肺癌也可能有效。

### 追蹤

一般而言，局限期病患的五年存活率約為 10%到 20%，擴散期病患的五年存活率則約為 3%到 5%。沒有證據顯示追蹤無症狀的病患是需要的，根據臨床需要，安排特定的檢查即可。