

皮膚癌（非黑色素瘤）

譯者：傅雪美

流行病學

在美國，每年罹患非黑色素皮膚癌的人口約一百萬，佔所有癌症的 1/3。其中以基底細胞癌（BCC）及鱗狀細胞癌（SCC）居多，各佔 70-80% 及 20%，BCC 及 SCC 的發生率以白種人最多，亞洲人次之，黑種人最少。在白種人當中，BCC 比 SCC 常見，在膚色較黑的人種則以 SCC 較常見。

Classification of Cutaneous Neoplasm

Basal cell carcinoma (BCC)

Noduloulcerative BCC

Superficial BCC

Pigmented BCC

Morpheaform (sclerosing) BCC

Squamous cell carcinoma (SCC) including

Bowen's disease

Keratoacanthoma

Other

Apocrine carcinoma

Eccrine carcinoma

Sebaceous carcinoma

Meckel cell tumor

Extramammary Paget's disease

鱗狀細胞癌

一、簡介與流行病學

又稱為上皮癌，起源於表皮的中層，是第二常見的皮膚癌。發病高峰年齡為 50 歲至 65 歲，男性發病率比女性多出三倍，通常以結節或紅斑表現，但主要診斷仍需靠病理切片檢查。好發部位在手，頭，耳，臉，嘴唇或頸部，但也可長在舌和口腔黏膜，而且鱗狀細胞癌能擴散到身體其他部位而引起死亡。

二、病因與危險因子

1. 危險因子

光化性的皮損傷為主要癌化的危險因子，幾乎 90% 的皮膚癌起源於曝曬的部位。對於有慢性皮膚損傷病史的病人（燒傷，疤痕，輻射，放射，塵管），轉移性疾病的發生率更是高達 40%。某些遺傳性疾病例如 xeroderma pigmentosum 及 basal cell nevus syndrome，有較高的危險性轉化為非黑色素

皮膚癌。另外免疫抑制劑也是 SCC 的危險因子，特別是接受器官移植的病人。

2. 致病機轉

UVL 曝曬，基因突變，免疫抑制以及感染為 SCC(鱗狀細胞癌)及 BCC(基底細胞癌)的主要致病機轉。紫外線照射會導致 p53 基因的突變，特別是 UVB spectrum，它會干擾體內 Langerhans cells 的抗原表現能力及 T cells，另外 Xeroderma pigmentosum(色素性乾皮症)，oculocutaneous albinism 及 HIV 感染也與 SCC 的發生有關。

三、診斷

對皮膚病變要存有高度的懷疑。刮，削或組織切片是診斷依據。完整的皮膚理學檢查及淋巴結觸診很重要。目前，影像學檢查如 X 光，MR I 或 C T 對複雜度低的 SCC 沒有幫助。

四、分期與預後因子

1、分期

AJCC 皮膚癌的分期(不包括眼瞼，陰部及陰莖病灶)

原發腫瘤 (T)

TX 原發腫瘤無法評估

TO 無證據顯示有原發腫瘤

Tis 原位癌

T1 腫瘤 \leq 2 公分(最大面積)

T2 2 公分 < 腫瘤 \leq 5 公分(最大面積)

T3 腫瘤 > 5 公分(最大面積)

T4 腫瘤侵犯真皮外的深層構造(如軟骨，肌肉或骨頭)

局部淋巴結 (N)

NX 局部淋巴結無法評估

NO 無局部淋巴結轉移

N1 局部淋巴結轉移

遠處轉移 (M)

MX 遠處轉移無法評估

M0 無遠處轉移

M1 遠處轉移

Stage Grouping

Stage O Tis N0 M0

Stage I T1 N0 M0

Stage II T2 N0 M0

T3 N0 M0

Stage III T4 N0 M0

Any T N1 M0

Stage IV Any T Any N M1

2、預後因子

SCC 的生物特性有賴於腫瘤侵犯的深度以及細胞分化的程度。較深的病灶倘若沒有處置好易復發。 SCC in situ 有些許轉移的危險性。分化差的病灶有較高的復發率及較易轉移到局部淋巴結。從日光破損的皮膚長出來的病灶反而比保護良好的皮膚所長出的病灶有較低的轉移潛能。Cutaneous SCC 的轉移機率为 0.3~3.7%，比 Mucosal SCC 來得低。從下唇及耳朵長出來的病灶各有 13% 及 11% 的轉移率。局部淋巴結為好發的轉移部位。

五、治療

1. 目的：控制疾病，美化手術後的結果以及將副作用減至最小
2. 方法：依據組織病理型態，病灶部位，腫瘤大小，原發或復發及病人身體狀況而定。

(1) 手術治療

- (a)、小病灶：開刀切除，刮除術 (ED & C, Electrodesiccation & Curettage) 或冷凍手術(Cryosurgery)，腫瘤邊緣切除不乾淨易復發。
- (b)、易復發部位（臉，疤痕組織）：Moh micrographic surgery (MMS)(微小手術)。
- (c)、無法手術者：冷凍手術或照射。

(2) 化學治療

不常用來當術後輔助治療，除非在 Advanced SCC (白金類藥物) 另外，病灶內射 Interferon- α 當免疫療法也曾用於一些無法開刀的病患，但復發率比傳統療法高，而病灶內注射 5-FU 及 Bleomycin 也曾試用於較大或無法手術的病灶，但成功率不高。照射療法對衰弱病人可提供近乎九成的 5 年存活率。

- (a)、RETINOIDS :Synthetic retinoids 可以抑制癌細胞的化學性癌病變及分裂作用，且干涉腫瘤細胞的起始作用，在體外曾被證實可壓制癌化作用。
- (b)、Systemic Isotretinoin 以及 Etretinate 應用在 SCC 及 BCC 可提供約 10% 的治癒率。
- (c)、目前正研究 topical tretinoin 對新癌症的預防效果。

3、治療原則：

Premalignant or Malignant Lesion	Preferred Methods	Alternatives
Actinic keratosis	Cryosurgery	Electrosurgery

	5-FU	Curettage & electrodesiccation
Basal cell carcinoma	Curettage & electrodesiccation Excision (shave or ellipse) Moh 氏 surgery (tumor variety , size , location)	Radiation Therapy Cryosurgery Immunotherapy
Squamous cell carcinoma	Curettage & electrodesiccation Excision (shave or ellipse) Moh 氏 surgery (tumor variety , size , location)	Cryosurgery Radiation Therapy
Bowen 氏 disease (Intraepidermal SCC)	Curettage & electrodesiccation Excision (shave or ellipse)	Cryosurgery

六、追蹤

謹慎追蹤有 SCC 病史的病人除了是要確定任何轉移或復發病灶，也要留意新病灶。一般治療後第一年每三個月追蹤一次，第二年每六個月一次，之後每年一次。全套皮膚詳細檢查是最重要的。至於 SCC Antigen，在追蹤的角色未明確。

七、預後

SCC 比 BCC 有較高的轉移能力。日光性損傷的皮膚有 2% 轉移率而無日光損傷皮膚卻有 40% 轉移機率。最常轉移處為淋巴結。有淋巴結轉移的病人，50% 有遠處轉移而最終死於轉移性皮膚癌。

八、新研究方向

以非離子性照射，當全身性光敏感劑，或稱為光力療法 (photodynamic therapy)，應用在特定腫瘤的退蝕作用，是目前正研究的新療法。

基底細胞癌

一、簡介與流行病學

又稱侵蝕性潰瘍，起源於表皮最深層，癌細胞生長速度非常緩慢。有時需十多年才形成潰瘍。多長於臉，頸，鼻及耳。BCC 不會擴散到身體其他部份，主要是原位生長，漸漸破壞周圍組織，若不治療，潰瘍擴大後會致命。分類有(1)Noduloulcerative BCC(最常見)，(2) Pigmented BCC (3) Superficial BCC

(4) Morpheaform (fibrosing) BCC。BCC 為最常見的皮膚癌，所幸它的轉移能力很低，只有 0.0028~0.1%。此外，患有 BCC 或 SCC 者有較高機率發展成其他皮膚癌。

二、病因與危險因子

BCC 沒有明顯的前驅病灶，最主要的危險因子也是過度日光曝曬，與 SCC 一樣，未經曝曬的病灶比曝曬的病灶更具侵略性及更高轉移性。

三、診斷

對皮膚病變要存有高度的懷疑，刮，削或組織切片是診斷依據，完整的皮膚理學檢查及淋巴結觸診很重要。

四、分期與預後因子

與 SCC 相似。

五、治療

與 SCC 相似，手術切除後的治癒率可高達 90%。對於復發或較大的 BCC 可以用 MMS 評估手術中的邊緣範圍，很多病人在手術後皆可治癒。

轉移病灶很罕見，它可以在術後超過 10 年才發生，最主要的轉移部位是淋巴結。

淋巴轉移的治療是手術，對於全身性擴散才用放射治療或化療。轉移病灶的預後很差。

六、追蹤

與 SCC 一樣，BCC 病患也需要定期謹慎追蹤。

七、預後

與 SCC 相似。

Merkel Cell Carcinoma

一、簡介與流行病學

Merkel Cell Carcinoma (MCC) 是一種神經內分泌細胞腫瘤，伴有高度侵略性能力。通常長在頭頸部，但也可長在其他部位，其致病機轉目前尚不明確，約 20% 病人在第一次診斷時就發現淋巴結轉移，之後約 50% 病人會在病程中出現淋巴結轉移，轉移病灶可至皮膚，肺，肝及腦部。

二、病因與危險因子

與 SCC 相似。

三、診斷

MCC 病人需要多方面的分期檢查及積極的治療。檢查包括皮膚理學檢查，血液學檢查，生化檢查，若必要加上胸部，腹部，骨盆腔以及頭頸部的斷層掃描。

四、分期與預後因子

與 SCC 相似。

五、治療

MCC 通常轉移至淋巴結再擴散到遠處。

1. Local Disease (局部病灶) : wide local excision + SLN Bx/ R/T。
2. Regional metastatic disease (區域轉移) : LN dissection / R/T
3. Recurrent disease (復發病灶) : Reexcision (再切除術)。若無法施行手術則可做 R/T。
4. Metastatic disease(轉移性病灶):化學治療為主，包括 Cyclophosphamide，vincristine，doxorubicin，VP-16 + Cisplatin，VP-16 + Carboplatin。反應率以分期不同可達 50~70%

六、追蹤

與 SCC 一樣，BCC 病患也需要定期謹慎追蹤。

七、預後

1. Locally advanced : 三年存活率為 35%。
2. Metastatic disease : 三年存活率為 17%。
3. MCC 病人需要密切追蹤其復發及轉移的可能。

Apocrine Carcinoma

1. 罕見腫瘤，通常起源於腋窩，但也可自陰唇，外耳道及眼瞼的分泌腺長出。
2. 病灶可以局部侵犯或轉移至遠處。
3. 分期以 A J C C 的 TNM 系統為準則。
4. 治療通常局限於開刀切除，但 R/T 也可對局部侵犯病灶做治療。化學治療於 advanced stage 的角色尚未明確。

Extramammary Paget's Disease

1. 為一罕見的表面腫瘤，以年長者居多。
2. 可以長在 apocrine gland areas，如腋下，陰唇，陰囊，或肛門周圍。它也可由鄰近器官的 adenocarcinoma 直接擴散而來。
3. 治療通常以開刀切除為主，R/T 也被接受，但化學治療則不普遍。

參考資料：

1. Haskel Cancer Treatment ◦
2. The Washington Manual of Oncology 2002 ◦
3. Harrison's Principles of Internal Medicine , 15th edition ◦