口腔及口咽癌之診斷與手術治療

台北榮民總醫院耳鼻喉科 喉(頭頸科) 戴世光 醫師

口腔與口咽是上消化呼吸道的最上端對外開口，口腔的範圍包括唇、舌、頰黏膜、上下齒齦、口腔底、臼齒後三角區及硬顎，而口咽則在口腔的後方，包括舌根、扁桃腺、側咽壁及後咽壁。根據衛生署統計資料，台灣地區的「口腔癌」實際上包含了口腔、口咽及下咽癌(以口腔癌佔大多數)，其發生率與死亡率均為男性癌症之第四位，增加速度是第一位，平均發生年齡為54歲，比其他癌症年輕10到20年，因此是一個對社會衝擊很大的疾病。台灣地區口腔癌以舌癌(tongue cancer)及頰黏膜癌(buccal cancer)最為常見，而口咽癌則以扁桃腺癌(tonsillar cancer)最多。

症狀

口腔癌與口咽癌的產生與特定的致癌物質有明顯的關係，超過百分之九十的病患都有抽煙、喝酒或嚼食檳榔的習慣。口腔癌的主要臨床表現是持續的口腔潰瘍或腫塊，嚴重者會產生出血的現象，這些表現也常會伴隨疼痛，但是病患常因為口腔黏膜長期煙、酒、檳榔的刺激而加以忽略，失去早期診斷的契機。除了口腔局部的表現之外，頸部腫塊也是口腔癌常見的臨床表現，特別是T3到T4的病例，約有50-70%的病例已經有頸部轉移的現象。

口咽癌由於位於口腔後側的位置，早期症狀往往不明顯，或者只有喉嚨痛、喉異物感等非特異性症狀，口咽癌到晚期時才會出現吞嚥困難、構音異常、耳部轉移性疼痛(referred pain)、出血或牙關緊閉(trismus)的症狀，因此口咽癌的早期診斷比較困難。由於口咽部淋巴組織十分豐富，早期頸部轉移是口咽癌的特點，許多口咽癌的初發症狀是以頸部腫塊來表現。所以，對於來源不明的惡性頸部轉移病患，特別必須留意舌根、扁桃腺等部位的口咽癌之可能性。

診斷

與多數頭頸癌相同，口腔癌及口咽癌的診斷最基本是詳細的病史詢問，除了上述口腔癌、口咽癌的常見症狀之外，也要詢問煙、酒、檳榔的接觸使用狀況。臨床檢查時應該要涵蓋口腔及口咽的各個部位，依序進行有系統的檢查。除了視診(inspection)有無潰瘍、腫塊的存在之外，還要進行仔細的觸診(palpation)，才能評估病灶的大小範圍，尤其在富含不規則表面淋巴組織的扁桃腺、舌根等口咽部位，早期病灶不易觀察又無特異性症狀，觸診也就相對重要。除了口腔口咽原發部位之外，頸部腫塊的觸診檢查也是必須常規進行的。

確定口腔癌及口咽癌的診斷，必須經過病理切片檢查的証實，通常是夾取腫塊中的一小塊代表性組織進行化驗，超過百分之九十的口咽癌及口咽癌是由黏膜上皮產生的鱗狀細胞癌(squamous cell carcinoma)，本文也僅就此一病理型態的口腔癌及口咽癌進行討論。口咽癌中的扁桃腺癌，有時早期腫瘤會藏身於扁桃隱窩(tonsil crypt)之中，外觀無異於正常扁桃腺，必須經由扁桃腺切除(tonsillectomy)才能確定診斷，因此對於來源不明的惡性頸部轉移，扁桃腺切除手術是需要考慮的診斷方式。

頭頸部電腦斷層或磁振攝影，是目前評估口腔癌及口咽癌腫瘤分期的常規檢查，可以評估局部腫瘤範圍及頸部淋巴轉移狀況。除此之外，腹部超音波與全身骨骼掃描也是常安排檢查有無遠處轉移的工具，但是二者的效益偶而會受到質疑，因為遠處轉移在初診斷時很少發生，僅常見於約20%的晚期病例。願觸轉移最常出現於肺部，因此胸部電腦斷層在晚期口腔癌及口咽癌是可以考慮安排的檢查，但是目前仍非常規。

治療

確定病理診斷與完成評估之後，即可擬定與執行治療計畫。由於多數口腔癌及口咽癌於診斷時無遠處轉移，因此治療主要針對局部腫瘤及頸部淋巴。頸部淋巴轉移的出現是影響癒後的重要因素，存活率會減少約二分之一；若已經有遠處轉移，則治癒的機會就很小。近年來的治療計畫的擬定，常會由頭頸外科、腫瘤科與放射治療科醫師來共同完成，治療前後也常需要放射診斷與核醫科醫師幫助臨床分期與療效評估，此外

中華民國神經放射線醫學會
Chinese Society Of R.O.C. (TAIWAN)
1995

也常需要重建整形外科醫師的協處以重建機能，病人的營養、進食、語言機能的維持與復健，也有賴營養師與語言治療師之協助。經由多專科團隊的合作，才能提供完整的治療。

口腔癌的治療

口腔癌的治療以手術切除為主，切除的原則必須包括足夠的安全距離1-2公分，才能避免復發。手術方式(approach)的選擇依腫瘤的位置及大小而有不同。早期口腔癌(T1-2)、位置靠外側且腫瘤範圍清楚可見者，可以進行經口切除(transoral approach)。經口切除病患不會有顏面部疤痕，也不需切斷下頜骨，手術耗時短，術後吞嚥、語言的機能影響最小。但是較大(T3-4)、靠近後側或貼近下頜骨的口腔癌，通常無法進行經口切除，若切除範圍不須涵蓋下頜骨，則可以經由下頜骨切開(mandibulotomy)的方式，取得足夠的手術視野以便進行徹底的三度空間腫瘤切除；若是切除範圍須包含下頜骨切除(mandibulectomy)，則可以翻開頰皮瓣(cheek flap)，進行所謂包含軟組織與骨頭的複合切除手術(composite resection)。當評估腫瘤只可能侵犯表皮層骨(cortical bone)時，可以進行邊緣性部分下頜骨切除(marginal mandibulectomy)；若判斷腫瘤已經侵犯髓質骨(cancellous bone)時，則必須施行下頜骨整段部份切除(segmental mandibulectomy)。

因此，相對於早期病例，晚期口腔癌的治療相對十分複雜耗時，也常需要進行切除後複雜的重建手術，術後顏面頸部疤痕、咀嚼吞嚥音聲功能損傷往往無法避免。除了原發口腔腫瘤的切除之外，頸部淋巴廓清術幾乎是目前口腔癌治療常規進行的手術，雖然並無證據顯示預防性頸部廓清術(elective neck dissection)可提高病患存活率，但是頸部控制率可以因而提升，同時也可以獲得明確的頸部轉移病理檢查結果，以便做為是否需要接受術後輔助治療(adjuvant therapy)的依據。對於T3-4合併N2以上分期的口腔癌，術後放射治療或放射化學治療可以提高控制率與存活率。

口咽癌的治療

口咽癌對於放射治療的敏感性(radiosensitivity)比口腔癌好，因此口咽癌的治療選擇方式較多，也較為複雜。早期口咽癌(T1-2)可以選擇使用手術切除或放射線治療，都可得到很好的局部控制。但是，口咽癌因為位於後側，經口切除(transoral excision)比較困難，以扁桃腺癌為例，其外圍是構造極為複雜的側咽腔(parapharyngeal space)，只有T1及較少數的T2扁桃腺癌能夠經口徹底切除並保留足夠安全距離。近年來內視鏡手術及雷射手術的進步，此類經口口咽癌切除手術的施行近年來已經有人積極嘗試，若頸部淋巴證實沒有轉移時，此類手術有機會能夠避免放射線治療的使用。

對於較大的T2，及T3-4病例，口咽癌的手術切除依其部位與侵犯範圍，必須使用如晚期口腔癌手術的下頜骨切開(mandibulotomy)、各種下頜骨切除(marginal or segmental mandibulectomy)的方式，甚至必須包括上頜竇部分切除 (partial maxillectomy)，才能達到足夠的切除範圍，手術的難度很高，廣泛切除舌根或扁桃腺、側咽壁等構造，加上頸部廓清術與可能需要的術後放射線治療，往往造成顯著的吞嚥機能障礙。

由於口咽癌的放射治療敏感性佳，加上近年來化學治療的使用，此類頭頸癌器官保留治療(organ preservation treatment)在口咽癌得到相當不錯的治療結果，對於T1-2N0病例，放射治療同時能夠涵蓋原發腫瘤及頸部淋巴結；較大的T2-4病例或N+病例，合併放射及化學治療，能提供比單獨放射線治療更佳的局部及頸部控制，因此過去需要以手術切除合併放射線治療的口咽癌，已經逐漸以放射化學治療為主，破壞性手術成為治療日後腫瘤復發的治療工具。然而，放射化學治療並非不會影響音聲及吞嚥機能，許多T4口咽癌病例於放射化學治療後仍需要倚賴管灌飲食維持其營養，放射治療的積極使用也增加了軟組織與下頜骨壞死等合併症出現的機率，使生活品質大大降低。

結語

早期診斷與治療，是決定口腔癌及口咽癌治療結果與保存口腔咽喉機能的最重要因素。口腔癌的治療以徹底手術切除最為重要，若腫瘤復發則治療將更困難且口腔咽喉機能影響更大。口咽癌的治療則有較多選擇，近年來T3-4口咽癌的治療轉向廣泛使用放射化學治療，但是晚期病例放射化學治療後的合併症及機能損傷仍難以避免。此外，第二原發腫瘤(second primary cancer)也是口腔癌及口咽癌治療後常常必須面臨的問題，前者常出現於口腔其他部位，而後者則常見於食道，影響存活率甚鉅。因此，避免接觸煙、酒、檳榔等致癌物質，仍是最有效與最重要的預防方式。