

鼻咽癌

汐止國泰醫院耳鼻喉科/王文弘 醫師

◇ 簡介

鼻咽又稱鼻腔後區，正好位在鼻腔的後方，前以後鼻孔與鼻腔相通，其上方為顱底，以頭顱骨與腦部相隔，兩側為耳咽管之開口區，藉此耳咽管，鼻咽可與中耳腔相連通，其後方則為頭顱枕部和脊椎骨區，下方以軟顎為界，和口咽相通。鼻咽癌則是指源自於鼻咽部覆蓋粘膜的上皮細胞癌。

◇ 流行病學

鼻咽癌在中國大陸長江以南沿海各省有較高的發生率，台灣居民的祖先大多來自福建和廣東，因此台灣也是發生鼻咽癌的高危險區。根據我國 2011 年至 2017 年癌症登記報告，好發年齡群趨勢穩定約為 50 歲左右。依據我國 2016 年癌症登記報告，該年初次診斷鼻咽癌的個案計有 1525 人，佔當年全部惡性腫瘤發生個案數的 1.37%。發生率的排名為於男性的第 13 位，女性 18 位。發生年齡中位數男性為 52 歲，女性為 57 歲。該年死因為鼻咽癌者計 619 人。鼻咽癌的致癌原因比較有關係而較常被提及的有種族遺傳因素、環境因素和 EB 病毒感染三種，其中在種族遺傳因素方面，華人的鼻咽癌被公認

發生率最高，縱使是移居國外的第二代，仍比當地人發生機率高，更讓我們不能不小心。而臨床上也發現鼻咽癌頗有家族集簇性，鼻咽癌患者第一等親之內罹患鼻咽癌的機會是一般人的 20 倍，除了遺傳因素造成這種家族集簇性之外，親屬間具共同的環境因素也是原因之一。至於環境因素則種類繁多，不易有共同一致的結論。較常被提及的為含硝化物的醃漬鹹魚，以及較常耳聞的菸、酒、檳榔等，在鼻咽癌的致癌因子方面，則不若肺癌、口腔癌顯著。在 EB 病毒感染方面，目前仍是熱門的研究題材，雖未達部份學者所云「鼻咽癌 EB 病毒病因說」的程度，但「鼻咽癌 EB 病毒關連說」則是不容否認的，臨床上，抗 EB 病毒抗體力價的測定，不僅目前用來做診斷的輔助工具，在鼻咽癌的篩檢、治療後追蹤及預後的判斷上，都有重要的利用價值。

◇ 臨床症狀

臨床上為了方便起見，將鼻咽癌的徵候和症狀分為六大群，即一、頸部淋巴病變，二、頭頸區域疼痛，三、鼻部或口部的出血，四、鼻腔、鼻竇及鼻咽症狀，五、耳部症狀，六、神經症狀。頸部淋巴病變是最早、最常出現的臨床表現，估計 30%~40% 的病患是以頸部淋巴病變為初發症狀，而在病患就診時，頸部淋巴病變更是高達 70%~80%。頭頸區域疼痛常以頭痛的型式表現，尤其是發生於單側的偏一側的頭痛。鼻咽癌富含血管且易出血，所以鼻部或口部的出血

是頗為常見的，尤其是鼻咽癌表面發生潰瘍時，通常病患會於早晨第一口痰中帶血絲，偶而輕度鼻出血或鼻涕帶血絲，但罕有以大量鼻出血的方式表現。鼻腔、鼻竇及鼻咽症狀則類似鼻炎或鼻竇炎的臨床表現，如鼻塞、鼻漏、鼻涕倒流、鼻音過重、嗅覺減低等等。耳部症狀則以聽力障礙、耳鳴、耳悶塞感等為主，主要是因耳咽管功能受到腫瘤影響。在神經症狀方面，由於解剖學上的因素，顱神經方面，以第五(三叉神經)、六(外旋神經)和十二(舌下神經)對顱神經為主，第五對顱神經受侵犯會出現顏面麻木感，第六對顱神經受侵犯則出現複視，第十二對顱神經受侵犯則舌頭會運動麻痺、萎縮。除顱神經外，脊髓神經、自主神經等也都有可能被侵犯。

◇ 診斷方法

藉由病史和臨床表現，可以得到鼻咽癌的臆斷，再經由耳鼻喉理學檢查、硬式或軟式內視鏡檢查、電腦斷層檢查及磁振掃描等影像檢查，可以讓位於鼻咽部的鼻咽癌變化無所遁形，雖也有人用鼻咽部的抹片檢查，但最正確的診斷方法仍是鼻咽切片病理檢查，而血液抗EB病毒抗體測定則有助於早期診斷，且血漿中EB病毒的DNA(去氧核糖核酸)濃度可以作為鼻咽癌病人存活率的獨立因子。所以理學檢查結合影像學的檢查及血清EB病毒抗體測定可偵測鼻咽癌患者有無局部區域復發或肝、肺、骨骼等處遠隔轉移的可能性。

◇ 分類

鼻咽癌之分類可依病理組織學、臨床表現方式、腫瘤形態等加以分類。以臨床表現方式而言，可分上升型、下降型和混合型，上升型鼻咽癌主要侵犯方式為顱內侵犯，臨床表現以顱神經麻痺為主，下降型鼻咽癌則以頸部淋巴轉移及遠隔轉移為主要臨床表現，而混合型則是既上升侵犯顱底，又有頸部淋巴轉移甚至遠隔轉移。以鼻咽癌的腫瘤形態來分類的話，早在 1947 年 Ackerman 和 del Regato 就將鼻咽腫瘤分成三型：潰瘍型、小葉型、凸出型，也有學者建議分為四型：凸出及小葉型、浸潤型、膨出型和潰瘍型，由於潰瘍型為數很少，而且杜詩綿教授認為這種潰瘍變化常是一種繼發性的腫瘤表面潰瘍及感染，所以主張鼻咽癌在鼻咽內視鏡觀察下的形態學應該只是分凸出型、浸潤型和顆粒型，其中以凸出型最為常見，浸潤型次之，而顆粒型則屬罕見。病理組織學分類則是最常被使用的鼻咽癌分類，根據世界衛生組織鼻咽癌的 WHO classification 可分三型，第一型為鱗狀上皮細胞癌，第二型為未角質化癌，第三型為未分化癌。

WHO 分類

- Type I : Keratinizing squamous cell carcinoma
- Type II :
 1. Non-keratinizing carcinoma

2. Differentiated

3. Undifferentiated

- Type III : Basaloid squamous cell carcinoma

✧ 轉移常見部位

鼻咽癌是一種常見發生淋巴轉移和血行轉移的惡性腫瘤，自鼻咽部發生淋巴轉移時，第一個淋巴轉移站為咽後淋巴結，但理學檢查則不易偵測，第二站則是上頸部淋巴結，它位在頸部胸鎖乳突肌的內側面，然後順內頸靜脈往下蔓延或順第十一對顱神經往頸部後三角區侵犯。由於鼻咽部是位於身體中線的解剖區，鼻咽癌不但容易往同側頸部淋巴轉移，也容易往對側淋巴轉移，所以臨床上兩側頸部淋巴轉移是頗為常見的。血行轉移則會造成更廣、更遠的遠隔轉移，一般而言，遠隔轉移以肺臟、肝臟和骨骼較為常見，臨床上常以胸部 X 光檢查或胸部斷層掃描檢查偵測肺部轉移，以腹部超音波檢查偵測肝臟轉移，以同位素骨骼掃描偵測骨骼轉移。

近年來 PET/CT(正子/電腦斷層造影)檢查的流行，可以幫助鼻咽癌病人遠隔轉移的正確診斷。據國外學者統計，PET/CT 對於胸部 X 光偵測肺臟遠隔轉移、同位素骨骼掃描偵測骨骼轉移及腹部超音波偵測肝臟轉移有明顯的進步，因此，PET/CT 將來可以取代傳統的檢查方法(胸部 X 光、同位素骨骼掃描、腹部超音波)來偵測遠隔轉移。

◇ 分期

鼻咽癌臨床分期如其他多數頭頸部癌之臨床分期，也採用 TNM 分類。AJCC 於 2017 年改版為第八版，變動包括將鼻咽附近的肌肉侵犯納入 T2，明列 T3 侵犯的骨骼部位，重新劃定 T4 的範圍排除 medial pterygoid muscle，lateral pterygoid muscle，prevertebral muscle，以及將之前作為 N3 界線但不容易定位的 Ho' s triangle 改為較易在 CT 上定位的 cricoid cartilage caudal border。八版 AJCC 癌症分期 (詳如表二)。

表二 鼻咽癌之分期

原發處腫瘤	Tx	原發腫瘤無法評估
	Tis	原位癌
	T0	找不到原發腫瘤，但是有 EBV-positive 的頸部淋巴結侵犯
	T1	腫瘤侷限在鼻咽部內或是伸展至口咽或鼻腔，但無咽旁侵犯
	T2	腫瘤由鼻咽部伸展，有咽旁侵犯，或者侵犯到附近的肌肉(medial pterygoid, lateral pterygoid, prevertebral msucles)
	T3	腫瘤侵犯到顱底骨骼、頸椎、翼骨相關結構，或鼻竇內
	T4	腫瘤侵犯到顱內、顱神經、下咽部、眼眶、腮腺或侵犯超過側翼肌的外側表面
頸部淋巴結	NX	頸部淋巴結無法判定

	N0	無頸部淋巴結轉移
	N1	環狀軟骨下緣以上的單側頸部淋巴結轉移 和/或 單/雙側咽後淋巴結轉移且淋巴節最長徑小於或等於 6 公分
	N2	環狀軟骨下緣以上的雙側頸部淋巴結轉移且淋巴節最長徑小於等於 6 公分
	N3	淋巴節最長徑大於 6 公分的單/雙側頸部淋巴結轉移，和/或 環狀軟骨下緣以下的頸部淋巴結
遠隔轉移	M0	無遠隔轉移
	M1	有遠隔轉移

分期				
第零期	0	Tis	N ₀	M ₀
第一期	I	T ₁	N ₀	M ₀
第二期	II	T ₂	N ₀	M ₀
		T ₁₋₂	N ₁	M ₀
第三期	III	T ₃	N ₀	M ₀
		T ₃	N ₁	M ₀
		T ₁₋₃	N ₂	M ₀
第四期	IVA	T ₄	N ₀₋₂	M ₀
		Any T	N ₃	M ₀
	IVB	Any T	Any N	M ₁

◇ 治療

鼻咽癌對放射線治療和化學治療都有相當不錯的敏感性，而因為鼻咽癌手術不易且鼻咽癌容易有淋巴結轉移，所以手術並非治療的首選，通常手術用在診斷、放射線治療之後遺症、合併症之處理以及鼻

咽癌復發之治療選項等。初診斷為鼻咽癌之病患通常採放射線治療、化學治療來治療鼻咽癌。鼻咽癌之治療方式不僅需考慮整體的臨床分期，還要考量 T、N 和 M 的情形。一般而言，早期鼻咽癌(如臨床分期 I)可單採放射線治療，而臨床分期 II、III、IVA 則建議採合併放射線治療與化學治療法，若已有遠隔轉移(臨床分期 IVB 病人)，則採以化學治療為主，其他治療為輔的方式治療。近年來分子生物學發展迅速，目前有針對腫瘤細胞的標靶治療與 EB 病毒的免疫療法的藥物試驗研究，一旦有更近一步的突破，對於鼻咽癌患者將是一項福音。

◇ 預後

一般而言鼻咽癌的預後不錯，其中臨床分期是影響鼻咽癌預後的最重要因子，早期病人預後較好，晚期病人則較差。此外，我們也發現女性病患比男性病患預後好，年紀輕者(小於 40 歲)比年紀大者(大於 60 歲)預後好。其他如 EB 病毒血漿中 DNA (去氧核糖核酸)濃度，是否有遠隔轉移，是否有復發以及病患之一般身心健康狀況等，也會有相關。

◇ 結論

鼻咽癌症狀主要分為四類:鼻部症狀(像是鼻涕帶血絲，慢性鼻塞)；耳部症狀(如聽力障礙、耳鳴等)；頸部症狀(頸部淋巴結腫大)；神經受侵犯所引發的頭痛、複視等。鼻咽癌一般治療方式以放射治療

為主，如有需要則輔以化學治療，較少直接以手術治療。鼻咽癌的成因可能與基因，人種，病毒與飲食有關，一等親有鼻咽癌病史的人，比正常人多 4~10 倍罹癌機率，另外血液內有高價 EB 病毒的人，罹癌率遠高於一般人。提醒民眾，如果家族中有鼻咽癌病史者，建議每年接受鼻咽內視鏡檢查；民眾如有上述鼻咽癌初期症狀，應盡早至耳鼻喉科就診，以利早期發現、早期治療。