

放射手術與多照野放射治療早期復發性鼻咽癌之臨床病例報告

白冰清¹ 曾雁明¹ 劉千如¹ 李石增² 湯國政¹林口長庚紀念醫院 放射腫瘤科¹ 神經外科²

目的：復發鼻咽癌接受立體定位 X 光刀及同平面七照野體外放射治療，追蹤達 32 個月之病例報告。

材料與方法：病例為接受放射治療後一年發生復發之鼻咽癌患者，其接受了二度空間同平面七照野之體外放射治療，劑量為 50.4 Gy。再接受立體定位 X 光刀，取 2 個等劑量中心，治療體積為 41.75 立方公分，給予劑量於 80% 等劑量曲線處為 10 Gy。

結果：復發腫瘤治療後追蹤 32 個月仍無局部腫瘤進行的跡象，以及相關後遺症的產生。

結論：在追蹤 32 個月後，仍維持局部腫瘤的控制，亦無相關後遺症產生。比起對復發鼻咽癌傳統的治療，包括手術、化學治療、放射近接治療及體外放射治療而言，多照野體外放射治療合併之立體定位 X 光刀手術，在不降低局部腫瘤之控制下可減少後遺症。但仍需要長期評估對末期反應組織之影響。

[放射治療與腫瘤學 1997;4:65-69]

關鍵詞：復發鼻咽癌、立體定位 X 光刀、放射治療

前 言

雖然鼻咽癌對於放射線反應良好，但仍有 11% ~ 58% [2,8,9,10,14,15,16] 的病人會產生局部復發，其中更有 2/3 [8,18,21] 是發生於原來腫瘤的位置。此類病人經再次放射治療後，其 5 年存活率可達 18% ~ 44% [2,4,17,20]。因此對於復發之鼻咽癌患者，尤其是體積尚小，仍侷限於鼻咽腔而尚未有遠處轉移者，如 AJCC rT1/T2N0M0 的病人更可有 50% 之 5 年存活率 [19]，因此應積極給予治療，以期達到提高存活率的目的。但此類病人多已接受過完整療程的放射治療，照野內正常組織已有相當程度的損害 [7]，特別是腦幹、腦神經、顱部腦組織、頸部血管等重要組織 [2,13]。如何獲得對復發腫瘤最佳的控制效果與最少正常組織的損傷，是治療復發鼻咽癌最大的挑戰。立體定位放射手術 X 光刀與二度空間同平面多照野高劑量放射療法，於近年來逐漸被利用治療頭頸部腫瘤復發於顱底的病人 [1,5,11,12]。以下是林口長庚醫院放射腫瘤科於 1994 年利用 7 照野同平面體外放射治療合併 X 光刀所治療之局部復發鼻咽癌之病例報告。

病 例

病人為一 41 歲男性，初期以流鼻血症狀表現，理學檢查並無發現有頸部淋巴腺腫大，同時在鼻咽鏡下發現於鼻咽腔頂部左側及左側羅森米勒窩 (Rosenmuller fossa) 有一不規則腫瘤，組織切片結果為低度分化鱗狀上皮細胞癌 (poorly differentiated squamous cell carcinoma)。頭頸部電腦斷層顯示除了不正常之顯影位於鼻咽腔外，並無顱底之破壞、顱內侵犯或頸部淋巴結轉移。此外其他全身性檢查，如胸部 X 光、骨頭核子醫學掃描及肝臟超音波掃描，皆無顯示遠處轉移之跡象，因此病人之鼻咽癌分期為 AJCC T2N0M0。病人於 1991 年 6 月開始接受完整療程之放射治療，以 6 MV X 射線，每次 1.8 Gy，總共 46.8 Gy 至鼻咽腔、顱底及頸部淋巴結。之後再以 10 MV X 射線至顱底及鼻咽腔作局部加強治療，總計 70.2 Gy，同時頸部淋巴結則以電子射線作加強照射至 56.8 Gy。

病人接受第一年每 2 個月一次之門診追蹤，於 1992 年 6 月也就是治療後一年經由鼻咽鏡檢查發現位於鼻咽腔頂部左側有隆起組織，此時病人並無任何症狀。經頭頸部核磁共振檢查顯示，在鼻咽腔頂部左側有新增之不正常顯