

結腸腺樣鱗狀細胞癌

高雄醫學大學附設中和紀念醫院 胃腸及一般外科 王照元醫師

簡介：

結腸惡性腫瘤以腺癌(adenocarcinoma)為最常見的惡性腫瘤細胞型態，腺樣鱗狀細胞癌(adenosquamous carcinoma)則是相當罕見，大約佔所有結直腸惡性腫瘤的0.025-0.1%，第一例下消化道的腺樣鱗狀細胞癌於1907年被提出。在此，我們報告一位橫結腸腺樣鱗狀細胞癌病例報告。病例為一位52歲男性病患，主訴近來有上腹部悶痛與間歇性疼痛約10個月。大腸鏡鏡檢發現離肛門口約70公分之結腸處有一個腫塊並有部分腸道阻塞情形，進一步的腹部電腦斷層造影顯示位於遠端橫結腸有一個相當大的腫瘤並且已經有結腸周邊組織侵犯(adjacent tissues invasion)情形。大腸鏡切片病理報告證實為腺樣鱗狀細胞癌，病人因此接受延伸性左半結腸切除手術(extended left hemicolectomy)。病人手術後恢復良好，最後病理組織切片報告證實為第三期結腸腺樣鱗狀細

胞癌，後續病人接受FOLFOX4輔助性化學治療(adjuvant chemotherapy)。吾人藉由此病例報告與文獻回顧，對於結腸腺樣鱗狀細胞癌臨床表現、處置與預後做一簡短介紹。

病例報告：

謝XX，52歲男性，到院初診主訴上腹部悶痛與間歇性疼痛約10個月，並且伴隨有食慾下降，體重減輕情形(10公斤/10個月)。大腸鏡鏡檢發現離肛門口約70公分之結腸處有一個腫塊並有接觸性出血情形，鏡檢病理切片顯示為惡性上皮腺性腫瘤細胞，但其間又夾雜有鱗狀上皮癌細胞，懷疑是原發性結腸惡性腫瘤亦或是繼發於他處的轉移性病灶。再經腹部電腦斷層的檢查(圖一)與胸部X光攝影並無發現其他新的病灶，因而確認為原發性橫結腸惡性腫瘤而非轉移性次發病灶。病人血清中癌胚抗原值[carcinoembryonic antigen (CEA)]為正常(0.67 ng/mL)。電腦斷層

檢查發現腫瘤位於橫結腸靠近脾彎曲處(splenic flexure)並且有侵犯到部分小腸(圖一)，手術方式因而採取延伸性左半結腸切除與部分小腸切除。

切下之腫瘤組織呈現環狀的病灶，並且有漿膜層侵犯。標本病理組織切片顯示具有兩種組織型態之癌細胞—腺癌與個鱗狀上皮癌細胞癌(圖二)，組織學型態為分化不良之腺癌，而擷取之36顆淋巴結皆呈現鱗狀上皮癌細胞轉移，歸類為第三期結腸癌，病人術後恢復狀況良好，並在出院之後繼續規則性接受輔助性化學治療(FOLFOX4 regimen)，病患於術後15個月被發現腹腔轉移，因而改為接受FOLFIRI regimen化學治療。

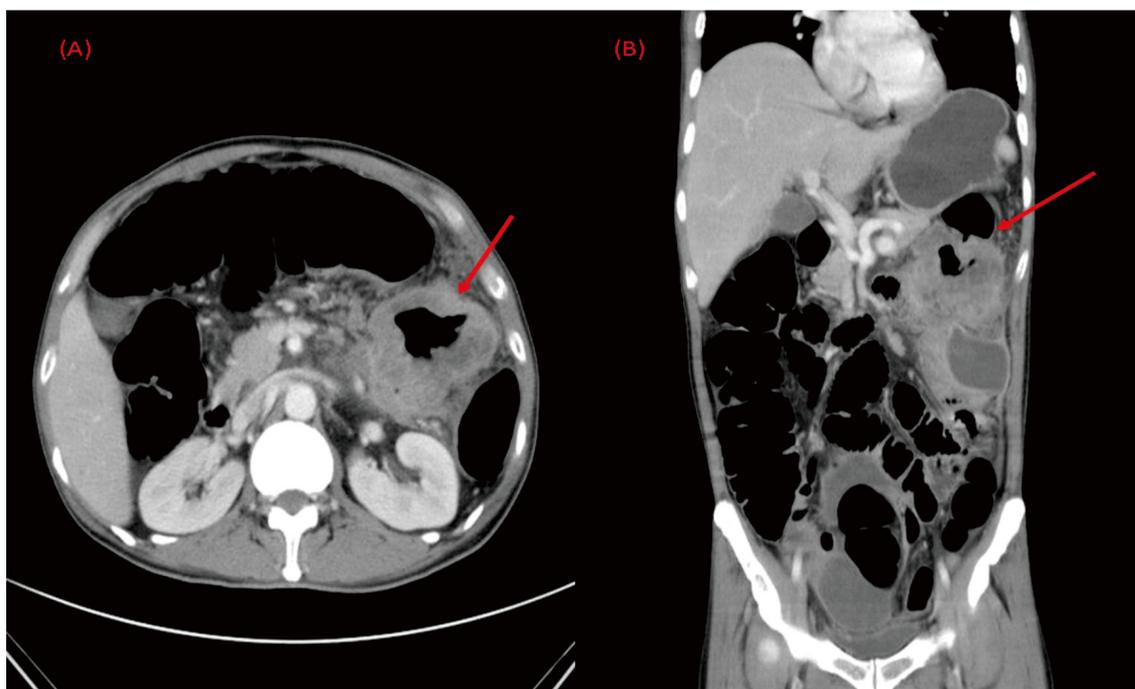
討論：

由於腺樣鱗狀細胞癌是相當少見的疾病，因此此疾患之腫瘤生物學特徵相對不易了解。在回顧National Cancer Institute's (NCI) Surveillance, Epidemiology and End Results Database顯示 145 位結直腸與肛門之腺樣鱗狀細胞癌病患，其中有 84 位病人(58%)發生在乙狀結腸—直腸—肛門部位，19 位病人(13%)發生在橫結腸—降結腸部位，41位病人(28%)發生在盲腸—升結腸部位。在2008年 Yokoi 等人證實腺樣鱗狀細胞癌

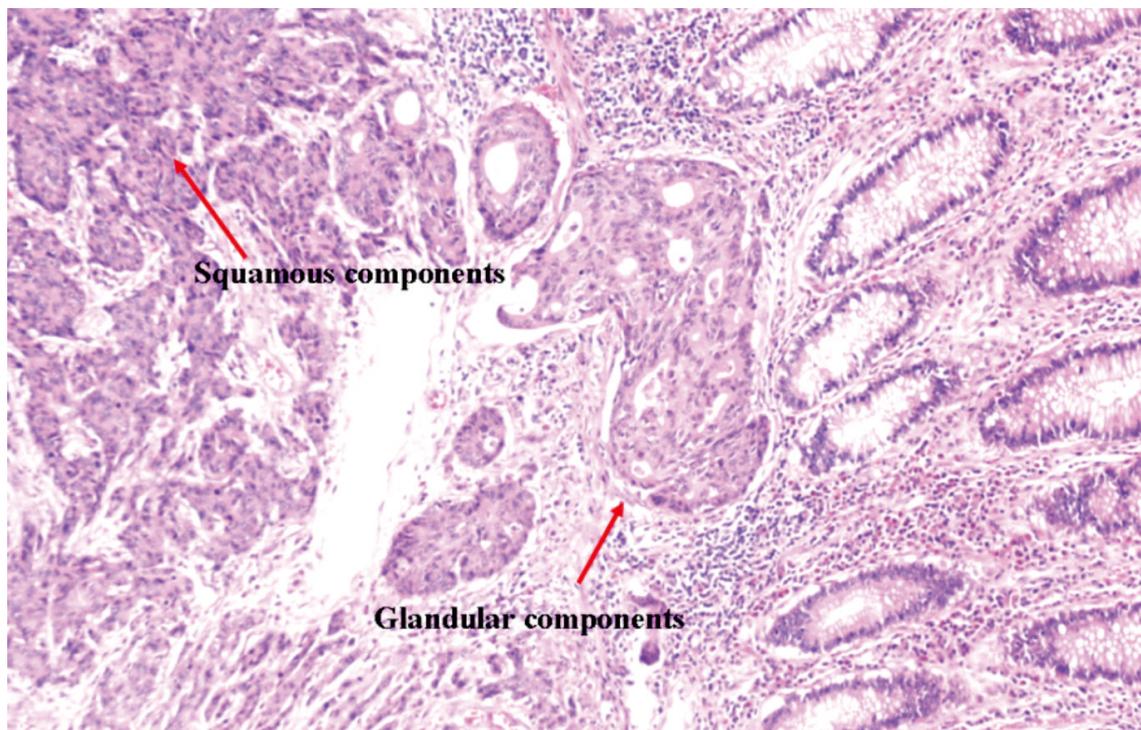
最常發生於盲腸—升結腸部位其發生部位與傳統之大腸直腸癌較常位於乙狀結腸與直腸不同。

腺樣鱗狀細胞癌其組織之生成機轉仍未知，目前有4種可能之推論如下
1) 異位(etopic)之鱗狀細胞所產生；
2) 從基底細胞(basal cells)轉型成為鱗狀細胞；
3) 腺體上皮細胞之鱗狀化異生以及
4) 腺癌細胞之鱗狀化異生。其中以第四種假說認為是傳統之結直腸腺癌發生過程中有鱗狀化異生情形，這種假說目前較為大家所接受的原因是組織學切片檢驗發現兩種細胞型態中間並有過度區域(transitional zone)。一般而言此疾病之臨床表徵與傳統結直腸腺癌相似，但最後有賴於病理組織學檢查之確認。

從一些文獻回顧我們也整理出腺樣鱗狀細胞癌的特徵如下
1) 此疾病可能會導致腫瘤伴生症候群(paraneoplastic syndrome)而導致高血鈣(hypercalcemia)的發生；
2) 相對於同病理期別結直腸腺癌，腫瘤之侵犯性較高且預後較差；
3) 鱗狀細胞比腺體細胞有較大之轉移能力s；
4) 大約有30%病患有局部之轉移與40%有遠端轉移；
5) 不好之預後因子包括右側結腸病灶，潰瘍或環狀病灶，淋巴結轉移，第三或四度組織型態與第四期腫瘤。我們的病人有上述5個特徵中的3



圖一：腹部電腦斷層發現腫瘤位於橫結腸靠近脾彎曲處(splenic flexure)並且有侵犯到部分小腸（箭頭處）。



圖二：顯微鏡下病理組織切片顯示具有兩種組織型態之癌細胞－腺癌與個鱗狀上皮癌細胞癌（箭頭處）。

個，因此預後應該不佳，病人也在手術後發生15個月發生腹腔轉移。治療上，由於這類病例數稀少，所以這類病人相關的治療方法以及狀況尚未有定論。但原則上還是以根治性手術切除為主，並輔以化學治療。五年存活率約在30~47.2%，遜於結直腸腺癌。

總結，腺樣鱗狀細胞癌病例並不常見且有兩種腺癌與鱗狀上皮細胞癌成分組成，由於預後不佳，惟有早期偵測與適切的根治性切除手術才是治癒此疾患的可能之道。

參考文獻：

1. Kiran RP, Tripodi G, Frederick W, et al. Adenosquamous carcinoma of the colon: a rare tumor. *Am Surg* 2006; 72:754-5.
2. Cagir B, Nagy MW, Topham A, et al. Adenosquamous carcinoma of the colon, rectum, and anus: epidemiology, distribution, and survival characteristics. *Dis Colon Rectum* 1999; 42:258-63.
3. Yokoi K, Tanaka N, Furukawa K, et al. Case of adenosquamous carcinoma of the ascending colon. *J Nippon Med Sch* 2008; 75:242-6.
4. Schneider TA, Birkett DH, Vernava AM. Primary adenosquamous and squamous cell carcinoma of the colon and rectum. *Int J Colorectal Dis* 1992; 7:144-7.
5. Frizelle FA, Hobday KS, Batts KP, et al. Adenosquamous and squamous carcinoma of the colon and upper rectum: a clinical and histopathologic study. *Dis Colon Rectum* 2001; 44:341-6.
6. Juturi JV, Francis B, Koontz PW, et al. Review. Squamous-cell carcinoma of the colon responsive to combination chemotherapy: report of two cases and review of the literature. *Dis Colon Rectum* 1999; 42:102-9.
7. Dong Y, Wang J, Ma H, et al. Primary adenosquamous carcinoma of the colon: report of five cases. *Surg Today* 2009; 39:619-23.
8. Benedix F, Reimer A, Gastinger I, et al. Study Group Colon/Rectum Carcinoma Primary Tumor Primary appendiceal carcinoma-epidemiology, surgery and survival: results of a German multi-center study. *Eur J Surg Oncol* 2010; 36:763-71.