

直腸癌轉移至腮腺：一病例報告

許筌淵 周孫衍 林錫泉 施壽全 許希賢* 楊斐適** 張國明***

馬偕紀念醫院 肝膽腸胃科 *大腸直腸外科 **放射診斷科 ***病理科

摘 要

根據行政院衛生署統計，結腸直腸癌是九十一年度國人癌症第三大死因。本文報告一位五十二歲男性主訴近半年左臉頰發生腫塊，且有腹痛現象。經胃鏡檢查發現有消化性潰瘍，而腹部超音波檢查則顯示肝硬化和疑惡性肝腫瘤。頭頸部腫瘤經切除後化驗，發現是腮腺和軟組織的轉移性惡性腺瘤。由於病患的腸胃症狀在經過藥物治療後仍然存在，因此進一步做大腸鋇劑攝影，發現有直腸腫瘤合併腸阻塞。而此時糞便的潛血反應是陰性並且無貧血現象。手術時發現腹膜腔多處轉移且有大量腹水，病理切片也確認是惡性直腸腺瘤。後來家屬及病患尋求安寧照護，終因癌症末期過世。結腸直腸癌遠處轉移到腮腺非常罕見，且臨床症狀常以腮腺腫瘤的徵兆為主，初期腸胃道症狀反而不明顯，而且病患的治療效果及預後也相對不好。因此我們特別提出此一病例報告。

關鍵詞：直腸癌 (Rectal cancer)

腮腺轉移 (Parotid metastasis)

前言

結腸直腸癌不僅是九十一年度國人癌症第三大死因，亦是 2000 年全球癌症第三大死因，而且在全球癌症的盛行率更高居第二 1。表現的症狀常是以血便黑便為主，而遠處轉移常發生在肝臟，肺臟，網膜，腹膜等處，極少轉移到腮腺 3,9。本文提出一結腸直腸癌合併明顯腮腺轉移的罕見病例，並討論鑑別診斷、治療及預後。

病例報告

一位 52 歲男性醬油廠工人，從未開過刀也沒有其他系統性的疾病，但有幾十年來每日酗酒至少一瓶蔘茸酒和每日抽一包煙的習慣。他抱怨六個月前開始，感覺雙眼不適，幾天之後發現左臉頰有疼痛腫塊的產生。除此之外，右上腹和上腹持續疼痛已一段時間，而最近一個月來症狀越來越嚴重，且排便有急後重的現象，造成他生活上的困擾以及無法工作，但是並未注意是否有血便或黑便的產生。之後他去診所尋求協助，症狀並未改善，因此來到台北馬偕醫院，門診理學檢查時發現肝腫大約右肋下 4 指幅，左臉頰和頸部分別有 6×5×4 公分和 1.5×1×1

公分大小的腫塊，胃鏡與腹部超音波檢查發現胃潰瘍，十二指腸潰瘍，肝硬化和疑似惡性肝腫瘤，隨即給予 Tazac (nizatidine) 治療消化性潰瘍，並安排住院切除左臉頰和頸部的腫塊及作進一步的評估。

住院時的理學檢查，除左臉頰和頸部的腫塊以及右上腹觸摸到肝腫大外，上腹部尚有壓痛感，其餘神經學和理學檢查均無特殊發現。臉部電腦斷層發現左頷下腺，咀嚼肌和左上背有明顯的結節，(圖一) 懷疑是發炎反應或是轉移性腫瘤。血液檢驗發現白血球輕微升高 10550/ul, α -胎兒蛋白 (AFP) : <2.76 ng/ml, C 型肝炎病毒抗體 (Anti-HCV) : 陰性, B 型肝炎表面抗原 (HBS Ag) : 陰性, 鹼性磷酸酶 (Alk-P) : 532 U/L (Normal : 40-100), 血清麩胺酸草醋酸胺基轉化酶 (SGOT) : 78 U/L (Normal : 5-35), 血清麩胺酸丙酮胺基轉化酶 (SGPT) : 85 U/L (Normal : 5-30), 鈉離子: 131 mEq/L (Normal : 135-147), 氯離子: 93 mEq/L (Normal : 95-108), γ -麩胺醯轉移酶 (γ -GT) : 1066 U/L (Normal : 9-50)。其餘的血液檢驗，血色素，紅血球數，紅血球體積，血小板數，凝血酶原時間，飯前血糖，蛋白質，白蛋白，全膽紅素，直接膽紅素，全膽固醇，三酸甘油酯，血清肌酸酐，血尿素氮，尿酸，鉀離子皆正常。尿液檢驗，心電圖也正常，胸部 X 光無特殊發現。入院第二天即做左臉頰和頸部腫瘤的切除手術，發現是腮腺和其他軟組織的轉移性惡性腺瘤。(圖二) 由於病人的腸胃道症狀並未改善，而且腹部 X 光發現昇結腸和降結腸充滿糞便且有明顯的腸阻塞，因此於入院後第九天安排大腸鉭劑攝影，發現直腸腫瘤合併近端直腸阻塞。(圖三) 此外癌胚抗原 (CEA) : 110.44 ng/mL (Normal : <5)，但是大便潛血反應：陰性。隨即進行乙狀結腸鏡切片，且因為大腸阻塞，馬上安排手術做了大腸造口術，手術時發現整個腹膜，腸繫膜和網膜都有腫瘤擴散以及大量的腹水約 2300 毫升。病理報告發現是惡性直腸腺瘤，(圖四) 網膜上的取樣也證實是轉移性惡性腺瘤。再回溯比較腮腺和其他軟組織的病理，確認是轉移性惡性腺瘤。雖然大腸阻塞的症狀已解除，但是腹水不斷的激增，病患一直感到腹脹，因此幾乎每日引流腹水 500 到 2000 毫升不等，再補充冷凍血漿，但是腹脹情況仍無法改善。後來家屬希望能讓病人避免實行侵入性治療以及減少抽血等檢查，而只給予安寧照護。最後病患在住院後第三十九日因瀕呼吸衰竭，申請自動出院，於當日病逝於家中。

討論

根據行政院衛生署統計，結腸直腸惡性腫瘤在台灣目前是有上升的趨勢，但是轉移到腮腺則非常罕見。在 1976 年 Nussbaum 報告的 98 例腮腺腫瘤個案中 2，只有一例是結腸轉移發生。而在 1977 年 Meyers 首先報導第一個由直腸惡性腫瘤轉移到腮腺的案例 3。事實上，腮腺腫瘤已是非常少見，而轉移到腮腺絕大部分是從頭頸部來，從結腸直腸處轉移來的病例，更是罕見，在文獻上都僅僅只是病例個案報告。

本病例一開始的症狀表現，並不是結腸直腸癌常見的血便，黑便及貧血等症狀，反而是先以腮腺腫瘤的症狀如腮腺腫痛為主。雖然後來病患有腹部疼痛以及排便習慣改變的症狀，但此時已是癌症末期，對於病人的治療、預後等，都沒有很好

的結果。

結腸直腸癌合併轉移的治療方法，目前只有部分肝臟和肺臟轉移有可能開刀治癒 4。但是不論是否開刀，5FU/leucovorin 的化學治療仍然是有相當療效的方式 4,5。而較新的化療藥物組合如 irinotecan/5FU/leucovorin 和 oxaliplatin/5FU/leucovorin 均已累積了不錯的臨床實驗結果 5。除了靜脈注射的化療藥物外，尚有許多種治療方法，如 monoclonal antibodies, vaccine therapy, portal vein infusion chemotherapy 和 intraperitoneal chemotherapy 等 5，但是對於結腸直腸癌轉移治療的效果，還是待進一步評估。

治療腮腺腫瘤的方法，一般先是以手術切除加上放射線治療為主 6,7。如無法手術時，則單純以放射線治療為主 6,7。對於結腸直腸癌轉移到腮腺的治療方式，由於文獻上案例數並不多，目前沒有發展出一定的療程。此案例在手術完後本要作放射線及緩解性化學治療，但後來因病患情況惡化，無法做更進一步的治療。文獻上有關已轉移到腮腺的結腸直腸癌，預後都不好 3,8,9。其實只要轉移到頭頸部的結腸直腸癌，它們的預後情況都很差 2,10。除此之外，從文獻上和我們的案例經驗知道，在發現腮腺有轉移時，結腸直腸癌不只轉移到此處，其他的部位如肝臟，腹腔等，可能都已經有轉移了。

在 1992 年 Takayasu 等報導的 33 例惡性肝腫瘤個案中，有 6 個合併結腸直腸癌 11。而 1996 年 Shimada 等的 41 個惡性肝腫瘤中，9 個有惡性結腸直腸腫瘤 12。雖然肝臟是結腸直腸癌好轉移的部位，但是也有可能是雙重原發性腫瘤。本案例無 B 型及 C 型肝炎且 AFP 正常。雖有酒精性肝硬化，但因未做病理切片，無法排除原發性肝癌的可能。故腹部超音波發現的肝臟腫瘤較可能為轉移性肝癌。

總括來講，直腸癌轉移到腮腺是非常罕見的案例，一般除了有直腸癌的症狀外，尚有腮腺腫大，疼痛的症狀。對於轉移到腮腺的結腸直腸癌，因為文獻案例數不多，所以仍無一定的有效治療方法。結腸直腸癌轉移到遠處的腮腺，多數會伴隨有其他地方的轉移，因此預後都很差。

圖一：在顏面部的電腦斷層，發現有一軟組織腫塊（箭頭處）侵犯左邊的咀嚼肌與頷下腺

圖二：在腮腺的組織切片，發現惡性的轉移腺瘤

（白色箭頭處）浸潤到正常的腮腺（黑色箭頭）組織中。（H&E 染色，100X）

圖三：從大腸鏡攝影中，近端的直腸已被完全的阻塞鏡幾乎無法通過

圖四：從乙狀結腸鏡的直腸切片，發現是錯縱複雜的腺體覆蓋在基質上，而且細胞核都有明顯的有絲分裂和核質濃染的現象。（H&E 染色，100X）

參考文獻

1. Parkin DM. Global cancer statistics in the year 2000. *Lancet Oncol* 2001; 2:

533-43.

2. Nussbaum M, Cho HT, Som ML. Parotid space tumors of non-salivary origin. *Ann Surg* 1976; 183: 10-2.
3. Meyers AD, Arm RN, Potsic W. Adenocarcinoma of the rectum with metastasis to the parotid. *Trans Am Acad Ophthalmol Otolaryngol* 1977; 84: 102-4.
4. Penna C, Nordlinger B. Colorectal metastasis (liver and lung). *Surg Clin North Am* 2002; 82: 1075-90.
5. Saltz LB, Minsky B. Adjuvant therapy of cancers of the colon and rectum. *Surg Clin North Am* 2002; 82: 1035-58.
6. Spiro IJ, Wang CC, Montgomery WW. Carcinoma of the parotid gland. Analysis of treatment results and patterns of failure after combined surgery and radiation therapy. *Cancer* 1993; 71: 2699-705.
7. Reddy SP, Marks JE. Treatment of locally advanced, high-grade, malignant tumors of major salivary glands. *Laryngoscope* 1988; 98: 450-4.
8. Kucan JO, Frank DH, Robson MC. Tumours metastatic to the parotid gland. *Br J Plast Surg* 1981; 34: 299-301.
9. Velez A, Petrelli N, Herrera L, Lopez C, Mittelman A. Metastasis to the parotid gland from colorectal adenocarcinoma. *Dis Colon Rectum* 1985; 28: 190-2.
10. Hsu HC, Huang EY, Eng HL. Cheek mass as a presentation of metastatic rectal cancer. *Chang Gung Med J* 2002; 25: 345-8.
11. Takayasu K, Kasugai H, Ikeya S, et al. A clinical and radiologic study of primary liver cancer associated with extrahepatic primary cancer. *Cancer* 1992; 69: 45-51.
12. Shimada M, Takenaka K, Fujiwara Y, et al. Characteristics of hepatocellular carcinoma associated with extrahepatic primary malignancies in southern Japan. *Am J Gast* 1996; 91:754-8.

Rectal Cancer with Parotid Metastasis

- A Case Report

Chuan-Yuan Hsu, Sun-Yen Chou, Shee-Chan Lin, Shou-Chuan Shih,
Hsi-Hsien Hsu* Fee-Shih Yang**, and Kuo-Ming Chang***

Division of Gastroenterology, Department of Internal Medicine

*Proctology **Radiology ***Pathology

Mackay Memorial Hospital, Taipei, Taiwan

According to the statistics of Department of Health, Taiwan R.O.C, colorectal cancers rank the third in annual cancer mortality rate of 2002. We report here, a 52

year-old male patient with left face mass for half year. He also complained of abdominal pain, then visited our hospital for help. Peptic ulcers, liver cirrhosis and suspected hepatocellular carcinoma were found after abdominal echo and panendoscopy. We confirmed metastatic adenocarcinoma of left parotid gland and soft tissue after parotidectomy. Though he had taken H2-blocker, gastrointestinal upset was persisted. Rectal cancer with obstruction was detected subsequently after barium enema. However, stool occult blood was negative and no anemia was disclosed. There were abdominal carcinomatosis with large amount of ascites during operation. Rectal adenocarcinoma was proved by pathology. He died later under hospice care. Colorectal cancer with parotid metastasis is rare and usually with poor prognosis. The patient ordinarily presented with parotid symptoms at first, and with few initial gastrointestinal signs. (J Intern Med Taiwan 2003; 14:181-184)