

薦椎腫瘤全切除術～ 以根治腫瘤為目的之多專科團 隊治療

◎林口長庚骨科部脊椎科主治醫師 葉祐成



專長 | 脊椎原發性及轉移性腫瘤手術及治療、脊椎側彎畸形矯正手術、脊椎複雜翻修手術、脊椎感染手術及治療

薦椎位於脊椎的最末端，為脊柱的基石，也是連結脊柱及下肢之樞紐。一般來說雖然原發性薦椎腫瘤較為罕見，但單一薦椎病灶在有確切病理診斷前，仍不能完全排除原發性腫瘤的可能性。原發性腫瘤可分為良性和惡性，如為原發性惡性腫瘤則一般對傳統放射及化學治療抗性較

高，必須由多專科醫師團隊與病人會診討論後決定治療方針，採以根除性的療法方能有效改善預後，並降低腫瘤復發機率。

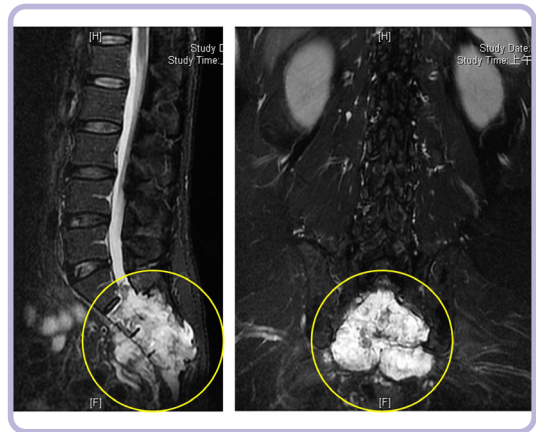
● 原發性薦椎腫瘤會有什麼症狀？該如何診斷？

原發性薦椎腫瘤的症狀與腫瘤類型、大小、位置和生長速度有關，常見症狀包括下背痛、下背腫塊、下肢麻木、坐骨神經痛、皮膚感覺異常等腫瘤擴張造成骨膜牽扯或壓迫神經之症狀，更進一步的神經病變可能導致下肢肌肉無力、肌肉萎縮、反射異常、走路不穩、大小便或性功能障礙等，若腫瘤侵蝕太多骨性結構也有可能因跌倒或撞傷造成薦椎病理性骨折而劇烈疼痛。

診斷通常需要影像學檢查（圖一），包括X光、電腦斷層和核磁共振等，來提供腫瘤位置、大小、骨性結構侵蝕程度、與附近臟器及神經血管結構的關係等資訊；核子醫學檢查像是全身骨掃描或正子掃描則有助於評估腫瘤是否有遠端轉移。在治療開始前，必須要先取得影像導引組織切片之病理報告來確定腫瘤的組織學類型及惡性程度，這些資訊有助於各專科醫師確立診斷並與病人討論治療方針。

● 輔助性治療在原發性薦椎腫瘤的角色

確立原發性薦椎腫瘤的診斷後，多專科醫師脊椎腫瘤團隊包括腫瘤科、放射腫瘤科、影像醫學科、骨科、神經外科等醫師便會針對不同腫瘤的組織學類型討論輔助性治療。良性且不具侵襲性的腫瘤可以視症狀採冷凍治療、電燒灼、栓塞治療或腫瘤部分刮除，但如果是良性但具有局部侵襲性的腫瘤，較常見例如巨大細胞瘤，可使用 Denosumab 單株抗體藥物抑制骨腫瘤生長，再手術進行腫瘤全切除或次全切



▲ 圖一：核磁共振影像檢查，左圖為側面，右圖為正面，兩圖中黃色圓圈匡起處顯示高位薦椎腫瘤侵蝕浸潤脊椎馬尾神經

除。針對原發性薦椎惡性腫瘤，過去文獻及林口長庚多年的經驗皆顯示全切除手術能夠有效提高病人的存活率及降低治療後的復發率，如果是高度惡性腫瘤例如骨肉瘤或伊文氏肉瘤則需於手術前先進行前導性放射治療及化學治療，使腫瘤範圍侷限或縮小後，再進行腫瘤全切除手術。近年來隨著醫療科技進步，質子治療、立體定位放射治療等療法在薦椎原發性惡性腫瘤取得突破性的進展，也整合成為林口長庚脊椎腫瘤多專科團隊的治療方案選項。

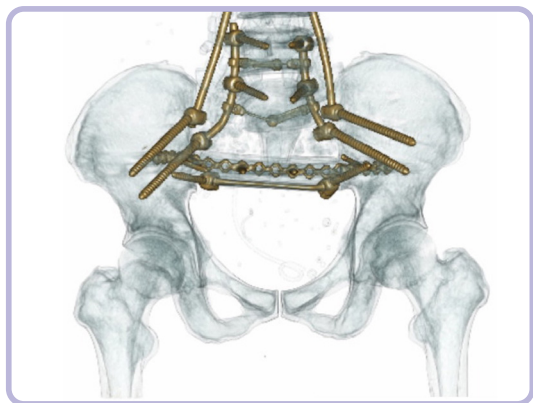
● 多專科團隊進行腫瘤全切除手術治療

薦椎原發性腫瘤解剖位置複雜，通常與脊椎馬尾神經交錯連接，也與骨盆腔的血管臟器緊緊相鄰，視情形需眾多不同專科醫師合作進行相關腫瘤全切除術。以高位薦椎腫瘤全切除手術為例，需要放射科醫師施行術前腫瘤血管栓塞，整形外科醫師準備傷口皮瓣重建，一般外科醫師進行腹壁筋膜重建，直肛外科醫師進行骨盆腔內臟游離及腸造口，泌尿科醫師施行膀胱造瘻，血管外科醫師游離下腔動靜脈，骨科醫師進行薦椎全腫瘤切除、植骨固定結構重建等（圖二），術後也須腫瘤科醫師及放射腫瘤科醫師安排化學治療和放射治療，以

達到長期腫瘤控制甚至根治腫瘤的目標。

薦椎腫瘤全切除術後需積極復健，目標是恢復行走、輕度運動等日常生活功能。腫瘤已浸潤或侵蝕脊椎馬尾神經，一般建議是犧牲脊椎馬尾神經且將腫瘤完整廣泛切除來增進病人的存活率及降低復發率，術後依犧牲的神經根多寡可能造成程度不一之皮膚感覺異常、大小便功能異常、性功能障礙、下肢無力等。

針對原發性薦椎腫瘤，研究指出經脊椎腫瘤多專科團隊治療的腫瘤預後和存活率皆得到顯著的提升，目前已成為世界先進國家醫學中心的標準，林口長庚有堅強的團隊，整合先進治療技術和豐富手術經驗，持續提供病人最優質的醫療服務。✚



▲ 圖二：切除腫瘤後做骨性結構重建之3D立體電腦斷層，用林口長庚骨骼銀行結構性異體骨植骨再輔以鈦鋼釘及鋼板固定，扮演薦椎原本作為脊柱基石連接骨盆的角色

