



12-1-1991

Sciatica Combined with Brain Tumor: casereport

Jong-Chyuan Heh

Yau-Jen Tseng

Follow this and additional works at: <https://rps.researchcommons.org/journal>



Part of the [Rehabilitation and Therapy Commons](#)

Recommended Citation

Heh, Jong-Chyuan and Tseng, Yau-Jen (1991) "Sciatica Combined with Brain Tumor: casereport," *Rehabilitation Practice and Science*: Vol. 19: Iss. 1, Article 20.

DOI: <https://doi.org/10.6315/3005-3846.1828>

Available at: <https://rps.researchcommons.org/journal/vol19/iss1/20>

This Case Report is brought to you for free and open access by Rehabilitation Practice and Science. It has been accepted for inclusion in Rehabilitation Practice and Science by an authorized editor of Rehabilitation Practice and Science. For more information, please contact twpmrscore@gmail.com.

頭部惡性腫瘤併發顳頷關節功能障礙 — 兩病例報告

張幸初 曾堯人

顳頷關節功能障礙在臨床上為一種面部咬合異常之症候群，其症狀不外乎關節週圍疼痛與腫脹、關節活動受限、牙關緊閉、發出聲響、甚至咀嚼肌群局部痙攣或壓痛。可能的原因很多，但腫瘤所引起者較少見，常被臨床工作人員所忽略。本報告提出頭部腫瘤合併顳頷關節功能障礙之兩病例，一為上頷竇腫瘤，另一為鼻咽癌。據統計因惡性腫瘤而引起上述之臨床表徵者以腫脹最多，佔所有症狀比例中之 25%，而牙關緊閉及聽力障礙次之，佔 18.8%，至於腫瘤型式以上頷竇腫瘤者佔 17.5%，而鼻咽癌佔 12.5%。本報告提出上述兩病例不幸均無法早期診斷，待發現後已有骨性轉移，無法再作其他進一步治療，因此強調臨床醫師面臨此類病人時，需考慮是否有惡性腫瘤之存在，尤其是復健治療對病情無法改善甚至症狀惡化時更需注意。

關鍵詞：顳頷關節功能障礙，鼻咽癌，副鼻竇癌，復健治療

前言

顳頷關節功能障礙 (temporomandibular joint dysfunction/ disorder, TMD) 在臨床上為常見之一種面部骨骼關節疾病。其症狀有：關節週圍疼痛腫脹、關節活動受限、牙關緊閉、咬合不良或發出聲響；甚至咀嚼肌群局部痙攣或壓痛 [1-3]。可能的原因很多，但腫瘤所引起者較少見，最需要臨床工作人員注意。本報告提出頭部腫瘤合併顳頷關節功能障礙之兩病例。

病例一：

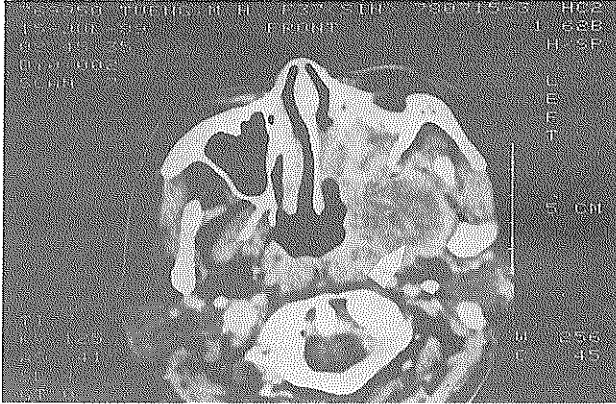
病歷號 769950，女性 37 歲，妊娠 35 週，於 78 年 6 月 28 日住院，主訴為左側顳頷關節處疼痛，睡眠受干擾達兩個月之久。身體檢查發現其為中等身材，左耳前後區、咬肌、內翼肌及耳下腺各區呈壓痛，腫脹，張口受限，門齒張口僅 1 指幅寬，左側之耳鼻分別有少許黃色排物流出及出血，並且在左側顳骨處有疼痛感

合併左臉頰部水腫。至於心肺及腹部無異常發現。病人陳述過去曾有鼻竇炎，抽煙史及微量喝酒。

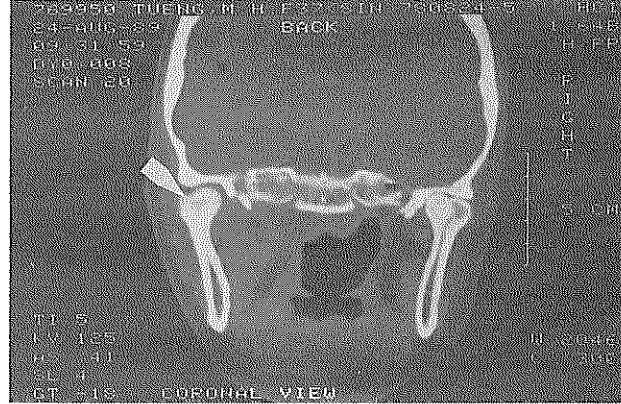
住院其間，首先照會口腔外科，被認為是顳頷關節內在結構紊亂 (internal derangement) 及頭頸部肌筋膜疼痛 (myofascial pain) 合併功能不良，經轉介而接受復健治療，後來發現病情惡化，有血色及黃色排出物由耳鼻流出，照會耳鼻喉科發現中耳道處有糜爛及鼻出血。建議副鼻竇及頭顱骨放射線攝影照相，得知顳骨有異常發現：蝶鞍處有鈣化現象、鼻腔左側壁受破壞、及左側上頷竇內有軟組織密度及黏膜增厚現象。緊接著副鼻竇電腦斷層掃描：在左側顳下窩有一大塊腫瘤侵犯到左側翼腭窩及左側上頷竇之內外側壁且侵犯下列結構：內外翼肌、鼻腔、眶下裂、篩竇、骨性歐氏管、蝶竇及頸動脈管，同時蔓延至左側海綿竇，再合併淋巴結轉移，如圖一。

78年 7月10日在全身麻醉下作口腔病理標本切片檢查。組織病理證實為：左側上頰竇惡性腫瘤，中度分化無角質化現象之乳頭樣鱗狀細胞癌 (papillary squamous cell carcinoma)，並

侵犯後篩竇及顫底。臨床分期為 T4N0M0。在診斷確定後迅速作剖腹產娩出體重2430克之健康寶寶，隨後接受一系列放射線及化學藥物治療，但仍不幸於80年2月死亡。



圖一、病例一上頰竇惡性腫瘤之電腦斷層軸面掃描攝影。左圖箭頭指出軟組織腫瘤大小約4×4cm，且向左侵犯至顫頷關節處。



右圖為電腦斷層冠狀面掃描攝影。箭頭所指為侵犯顫頷關節處。

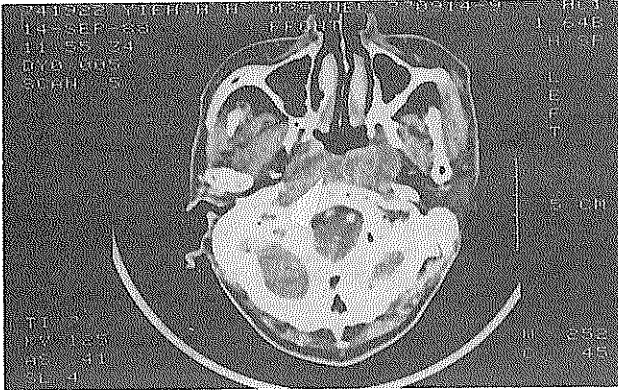
病例二：

病歷號 741922，男性 39 歲，於 77 年 9 月 6 日住院，其主訴為吞嚥困難，頭痛及右側顫頷關節不適有一個半月之久，曾就診過復健科，但症狀持續惡化，進食時吞嚥不易，呼吸困難，口齒不清，喉嚨感覺有痰，卻無法自行咳出，因食道攝影正常，故轉至神經科就診。身體檢查發現，其為中等身材，住院前兩個月體重減輕五公斤，右耳聽力減退，耳下淋巴結明顯，開口困難，咀嚼肌疼痛，感覺異常 (paresthesia)，左側顫頷關節活動受限。神經學檢查發現瞳孔、聽力均正常，但懸雍垂偏向左側，咽反射 (gag reflex) 缺失，舌頭右半側消瘦，且伸舌後偏向右側，右側軟顎下垂，聲嘶嚴重，頭痛，吞嚥困難明顯，心、肺、腹部無異常，病人陳述有

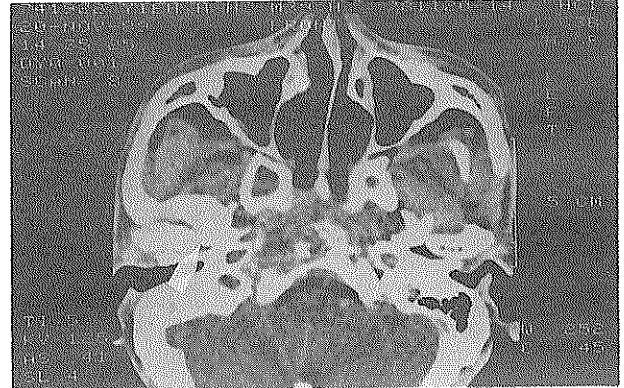
抽煙史及喝酒史，因此在懷疑第 9、10、12 顫神經受續發性壓損之臆斷下接受進一步之診治。

例行頭顱骨 x 光攝影發現右側上頰竇雲霧狀 (clouding)，骨骼掃描發現在顫底部有放射線活性增高現象，頸部電腦斷層檢查發現在右側咽後區有軟組織質塊大小約 1.5 × 1 cm，此病灶更侵犯至上頰竇右側，使兩側後咽壁變厚，合併兩側外側隱窩 (lateral recess) 及歐氏管開口變鈍 (blunting) 及淋巴結轉移，如圖二。

77 年 9 月 20 日在全身麻醉下，病人在耳鼻喉科醫師之主持下接受病理標本取樣。病理切片報告為中度分化，無角質化現象之鱗狀細胞癌，臨床分期為 T4N1M0。在診斷確定後病人立即接受放射線及化學藥物治療，二年後不幸因吸入性肺炎而死亡。



圖二、病例二鼻咽癌之電腦斷層軸面掃描攝影。左圖箭頭指出鼻咽癌之位置



右圖箭頭指出向右侵犯至顳頰關節處。

。 討 論

臨床上 TMD 是常見之一種面部咬合問題，傳統上被視為一症候群，但最近許多研究認為其為咀嚼系統 (masticatory system) 之相關病症之叢集 (cluster) [4]。疼痛最早出現，最常位於咀嚼肌群處、耳前區或顳頰關節週圍。疼痛常因咀嚼或下巴過度運動而惡化，通常還包括下巴痛、耳痛、頭痛、面部痛；除了痛之外，尚有下巴活動受限及關節發出聲音，如：卡搭地響 (clicking)，砰然地響 (popping)，嘎嘎作響 (grating)，劈拍劈拍響 (crepitus) 等。 [5]

不論 TMD 是否因關節囊內障礙 (intracapsular disorders)、肌源性疼痛合併功能不良 (myogenous pain with dysfunction)、或是下頷骨運動異常 (mandibular mobility disorders) [6]，復健方面之治療目的，在消極方面為降低局部炎症反應、減少疼痛與改善痙攣現象，在積極方面恢復正常關節與軟組織之間的力學關係 [7]。其方式有許多，如運動 [8-10]、冷療 [11]、短波熱療 [11.12]、超音波療法 [12]、電刺激法 [13]、生物迴饋法 [12] 及軟組織按摩技巧 [14]。本文報告之二病例均曾作過超音波及軟組織按摩等治療。

造成 TMD 之致病原因大致可分為二：(1) 內在性 (intrinsic in origin)：由內在病灶，如髁狀突 (condylar process)，關節軟骨盤，關節囊，

滑囊等直接傷害關節所產生，此類常為原發性。(2) 外在性 (extrinsic in origin)：由附近耳下腺、外耳道、皮膚、神經等附屬結構 (adnexal structures) 因感染或腫瘤等原因直接侵犯或由腫瘤細胞轉移至關節本身所產生，尤其影響到髁狀突常造成不適，此類多為續發性。但腫瘤所引起者很少見，亦是常被臨床工作人員所忽略。腫瘤可藉各種方式從功能上、結構上、甚至解剖上來影響此關節。據學者統計不同種類之惡性腫瘤均可侵犯之 [15-18]。即使是良性的腫瘤，只要能引起關節週圍之骨性增生者，就算是不侵犯到關節，仍舊可造成功能上之障礙。

根據 Bavitz and Chewing [18] 整理並統計 1965 年至 1989 年之間有文獻報告之 40 例，因惡性腫瘤而引起 TMD 者之臨床表徵，其中以腫脹之症狀為最多 (佔所有症狀比例中 25%)，而牙關緊閉及聽力障礙佔第二位 (佔 18.8%)。據其統計其中腫瘤型式為上頷竇腫瘤者有 7 例，而鼻咽癌有 5 例。本文則分別提出上頷竇腫瘤及鼻咽癌各一例，且均有骨性轉移，特別的是以 TDM 為臨床表徵。

上頷竇 (maxillary sinus) 屬副鼻竇之一，此處惡性腫瘤之發生率佔所有副鼻竇腫瘤之 2/3 - 3/4。70% 左右之病人常被誤診為鼻竇炎，在癌症診斷出來後常已有骨性之轉移，據 Harrison 之統計，從最先症狀出現到最後診斷確定一般平均為六個月 [19]。其侵犯之路徑，向內側

可影響篩骨處，向後側可到翼顎窩，向前側可達頰部，向上及向下可分別侵犯眼眶乃軟腭部 [20]。上頷竇腫瘤之發病原因，至今仍不甚清楚，但顯然地上頷竇腫瘤與慢性鼻竇炎有關，慢性鼻竇炎可導致正常鱗狀上皮呈化生變化 (metaplasia)，大多數癌細胞之起源即在此處 [21]。本女性病人在已有鼻出血及耳出現黃色分泌物後才再度被警覺，進一步探查才得知；不幸地，腫瘤已很大無法手術切除之，僅能以保守性放射線及化學藥物治療。

至於鼻咽癌是頭頸部惡性腫瘤中最具挑戰性者，發生率最高之區域主要在東南亞國家 [22]。其致病原因與 Epstein-Barr virus、基因傾向（中國人最常見）及飲食因素三者有關 [23-24]。罹患年齡在 30-40 歲之間，男與女之比約為三比一。NPC 蔓延路徑，可由下列方式傳播 [25]：(1) 直接由顱底蔓延至中顱窩，經顱神經孔而侵犯至第 3、4、5、6 對顱神經；(2) 由黏膜下層沿後鼻咽壁侵犯脊椎前肌群及頸椎椎體，造成頸部運動疼痛；(3) 由側鼻咽壁可阻斷歐氏管造成耳填充感 (fullness)、疼痛及聽力異常；(4) 由耳下腺蔓延經由內頸動靜脈及頸交感神經鏈而侵犯第 9、10、11、12 對顱神經。本男性病例即是由後者轉移，導致第 9、10、12、對顱神經之壓迫，且愈是惡性出現症狀也愈多。其最初也是先發生右側 TMD 症狀，不料症狀惡化蔓延至顱神經才引起重視，進而發現鼻咽癌，可惜已轉移無法再作有效之治療。

以上兩病例均為頭部惡性腫瘤轉移造成 TMD 者，不幸因為此類病例極少見，臨床上不易警覺，無法早期診斷，等到發現後常已無法再作其他之治療了。故對 TMD 而言，腫脹之出現、聽力障礙、耳鳴、眩暈、牙關緊閉、咬合不良等症狀，均應有高度之警覺性。至於疼痛之表現較無特異性，尋常之 TMD 也會引起，但下頷骨功能改善後疼痛仍未消失或疼痛一直持續存在時，仍應照會專科醫師詳加鑑定，一旦懷疑病人有異常病灶，需毫不猶豫安排電腦斷層攝影或核磁共振掃描以作評估，本文二病例均是靠電腦斷層掃描檢查才獲得詳細之資料。本篇報告提出在於強調臨床醫師對此類病人之鑑別診斷，需考慮是否有惡性之可能性，尤其病情進展快速或病情對治療無效反而甚至更加

惡化者尤需注意。

誌謝

本篇承蒙放射診斷科梁建龍醫師於百忙之中撥冗製作電腦斷層掃描圖，使本篇得以順利完稿，謹致上衷心謝意。

參考文獻

1. Greene CS, Marbach JJ: Epidemiologic studies of mandibular dysfunction: a critical review. *J Prosthet Dent* 1982; 48: 184-90.
2. McNeill C, Danzig WM, Farrar WB, et al: American Academy of Craniomandibular Disorders. Craniomandibular (TMJ) disorders: the state of the art. *J Prosthet Dent* 1980; 44:434-7.
3. Blasberg B, Chalmers A: Temporomandibular pain and dysfunction syndrome associated with generalized musculo-skeletal pain: a retrospective study. *J Rheumatol* 1989; 16 (suppl 10): 87-90.
4. McNeill C, Mohl ND, Rugh JD, Tanaka TT: Temporomandibular disorders: diagnosis, management, education, and research. *J Am Dent Assoc* 1990; 120:253-63.
5. Hasso AN, Christiansen EL, Alder ME: The temporomandibular joint. *Radiol Clin North Am* 1989; 27:301-14.
6. Hargreaves AS: Dysfunction of the temporomandibular joints. *Physiotherapy* 1986; 72:209-12.
7. Passero PL, Wyman BS, Bell CW, Hirschey SA, Schlosser WS: Temporomandibular joint dysfunction syndrome. *Phys Ther* 1985; 65:1203-7.
8. Friedman MH, Wiesberg J: Joint play movements of the temporomandibular joint: clinical considerations. *Arch Phys Med Rehabil* 1984; 65:413-7.
9. Braun BL: Treatment of an acute anterior disk displacement in the temporomandibular joint. *Phys Ther* 1987; 67:1234-6.
10. Santiesteban AJ: Isometric exercises and a simple appliance for temporomandibular joint dys-

- function: a case report. *Phys Ther* 1989; 69:463-6.
11. Clark GT, Adachi NY, Dornan MR: Physical medicine procedures affect temporomandibular disorders: a review. *J Am Dent Assoc* 1990; 121: 151-61.
 12. Sporton JJM: The treatment of temporomandibular joint dysfunction by physiotherapy. *Physiotherapy* 1986; 72:212-4.
 13. Taylor K, Newton RA, Personus WJ, Bush FM: Effects of interferential current stimulation for treatment of subjects with recurrent jaw pain. *Phys Ther* 1987; 67:346-50.
 14. Smith K: Temporomandibular joint pain. *Physiotherapy* 1989; 75:503-4.
 15. Cohen SG, Quinn PD: Facial trismus and myofascial pain associated with infections and malignant disease. Report of five cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1988; 65:538-44.
 16. DeBoom GW, Gensin JL, Segal W, Bloom C: Metastatic tumors of the mandibular condyle. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1985; 60:512-6.
 17. Owen DG, Stelling CB: Condylar metastasis with initial presentation as TMJ syndrome. *J Oral Med* 1985; 40:198-201.
 18. Bavitz JB, Chewning LC: Malignant disease as temporomandibular joint dysfunction: review of the literature and report of case. *J Am Dent Assoc* 1990; 120:163-6.
 19. Harrison DFN: The management of malignant tumors of the nasal sinuses. *Otolaryngol Clin North Am* 1971; 4:159-71.
 20. Adams GL: Malignant tumors of the paranasal sinuses and nasal cavity. In: McQuarrie DG, Adams GL, Shons AR, Browne GA eds. *Head and Neck Cancer: clinical decisions and management principles*. Chicago, Year Book Medical Publishers, Inc., 1986: 311-34.
 21. Larsson LG, Martensson G: Maxillary antral cancers. *JAMA*, 1972; 219:342-4.
 22. Prasad V: Cancer of the nasopharynx: a clinical analysis with anatomicopathological orientation. *J Roy Coll Surg Edinb*, 1972; 17:108-20.
 23. Martin H, Irean S: The racial incidence (Chinese) of nasopharyngeal cancer. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1951; 60:168-80.
 24. Ho JHC: An epidemiological and clinical study of nasopharyngeal carcinoma. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1978; 4:183-93.
 25. Rao Y, Levitt S: Nasopharyngeal carcinoma. In: McQuarrie DG, Adams GL, Shons AR, Browne GA eds. *Head and Neck Cancer: clinical decisions and management principles*. Chicago, Year Book Medical Publishers, Inc., 1986:265-72.

The Malignant Neoplasm of Head Complicating with Temporomandibular Joint Dysfunction/Disorder - Two Cases Report

Shin-Tsu Chang and Yau-Jen Tseng

The temporomandibular joint dysfunction / disorder (TMD) is a complexity of facial occlusional abnormality, manifested as symptoms of trismus, opening noisy, limitation of range of motion, painful swelling around periarticular area, and local spasm or tenderness over masticatory musculature. The TMD is now regarded as being multifactorial in its aetiology. The tumor invasion is a rare cause and is often neglected. Two cases of malignant neoplasm of head complicating with TMD which masking the original lesion are re-

ported. The one is cancer of maxillary sinus and the other nasopharyngeal carcinoma. The two cases could not be detected earlier, ensuing with bony metastasis after diagnosis, therefore, no further management for the diseased episode emerged except radio - and chemotherapy. In conclusion, we emphasize that the possibility of malignant neoplasm should be kept in mind when facing the worsen condition of the disorder despite pertinent therapy progressively.