

大腸直腸癌篩檢 (Colorectal cancer screening)

為何要做大腸直腸癌篩檢？

- 50歲以上台灣民眾終生罹患大腸直腸癌的機率(life-time risk for CRC)為**7%**。
- 台灣全國性篩檢2015年研究結果顯示，有做過糞便篩檢的民眾，**大腸直腸癌死亡率可顯著降低**。

該如何選擇大腸直腸癌篩檢工具？

- 糞便潛血檢查(fecal occult blood test): 適用於大腸直腸癌之一般風險族群，以台灣而言，為**50-75歲之民眾**，國民健康署提供每2年一次免疫法定量糞便潛血檢查。
- 大腸鏡檢查 (Colonoscopy) 適用**大腸直腸癌高風險性族群，建議40歲開始每5年施作1次大腸鏡 (照美國AGA guidelines)**，例如：有臨床相關症狀者、有一位一等親不到50歲發生大腸直腸癌、超過2位一等親任何年齡發生大腸直腸癌。

註：如為經基因診斷為家族性息肉症或遺傳性非息肉症大腸癌的人，則需進入更早開始的定期內視鏡檢查 (請參照相關臨床指引) 。

免疫法糞便潛血檢查 (FIT · Fecal immunochemical test)

何謂免疫法糞便潛血檢查？

- 糞便潛血檢查為檢驗糞便中微量血液的反應，目前糞便潛血檢查大多是利用免疫法糞便潛血檢查(FIT)，偵測人類血紅素表面抗原。
- 免疫法糞便潛血檢查**不受飲食或藥物影響**，採樣方便，**對於大腸直腸癌有高敏感度(80%)及高特異度(94%)**。其偵測腫瘤能力遠優於傳統化學法糞便潛血檢查。
- 若檢查結果呈陽性，則需進一步轉介接受大腸鏡檢查確診。

免疫法糞便潛血檢查呈現陽性的意義？

- 免疫法糞便潛血檢查對於大腸直腸癌的陽性預測值為5%，也就是每100位FIT陽性病患中，有五位已發生大腸癌。
 - 在台灣，免疫法糞便潛血檢查陽性的病人：
 - 5% 罹患大腸癌
 - 20% 罹患進行性腺瘤【即1公分或1公分以上，有絨毛成分 (villous component) 或有高度細胞異型 (high-grade dysplasia)】。
 - 40-50% 罹患腺瘤
 - 整體而言，FIT陽性民眾，其罹患大腸直腸癌的風險為一般民眾的**20倍**。

FIT(+)

大腸鏡檢查 (Colonoscopy)

為何需要確診大腸鏡？

- 糞便潛血檢查陽性之病患，罹患大腸直腸癌的風險為一般民眾的**20倍**。
- 接受確診大腸鏡檢查的民眾，之後大腸直腸癌死亡的風險相較於未接受確診民眾，可降低**50%**。

關於大腸鏡檢查？

- 大腸鏡檢查的目的在於找出大腸有無異常病變，對於良性腫瘤性病灶應儘量嘗試以內視鏡切除，尤其2公分以下。

良好的大腸鏡品質指標？

- **盲腸到達率 (Cecal intubation rate; CIR)**：即大腸鏡到達盲腸的比率 (>90%)
- **良好清腸程度 (Cleansing level; CL)**：目前建議BP測量指標可採用 excellent(良好)、good(適當)、fair(尚可)、poor(差)四級分 (清腸不良率應<10%)
- **腺瘤偵測率 (Adenoma detection rate; ADR)**：即在所有接受大腸鏡檢查的病人中被篩檢出帶有腺瘤或癌症的比例。(在歐美各國一般FIT陽性者以>40%為目標)

服用清腸藥的黃金時間？

- 依照AGA/ESGE guideline均建議**same-day** 或 **split-dosing** 為較能達到良好清腸效果的服藥方式。
- 受檢者應該要在檢查當日(**檢查前5-8小時**)一次喝完清腸藥物。若無法一次喝完，可分成兩次服用(檢查前一晚先喝一半，檢查當日再喝一半)。

大腸鏡檢查之風險？

- 一般執行大腸鏡發生併發症(出血、穿孔等)的風險應低於1/1000~1/2000。
- 執行瘻肉切除術發生併發症的風險應低於1/200。

無法完成大腸鏡檢查者？

- 乙狀結腸鏡檢 (Sigmoidoscopy) + 雙重顯影銀劑灌腸造影檢(DCBE): 若實在無法完成完整大腸鏡檢，或個案有不可抗力因素而無法執行者，才改由此工具確診。

參考文獻：

1. Chiu HM, et al. Effectiveness of fecal immunochemical testing in reducing colorectal cancer mortality from the One Million Taiwanese Screening Program. *Cancer*. 2015;121:3221-9
2. Rex DK, et al. Colorectal Cancer Screening: Recommendations for Physicians and Patients From the U.S. Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. *Gastroenterology* 2017;153:307-323
3. Schreuders EH, et al. *Gut* 2015;0:1-13. doi:10.1136/gutjnl-2014-309086
4. Hassan C et al. Bowel preparation for colonoscopy: ESGE Guideline... *Endoscopy* 2013; 45: 142-150
5. David A et al. Optimizing adequacy of bowel cleansing for colonoscopy: recommendations from the U.S. Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. *GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY* 2014;vol .80, No. 4:543-562