



食道癌之癌前病變 與 治療選擇

食道癌介紹

早期食道癌因為沒有症狀，往往難以察覺，晚期癌症治療率不佳，也因此死亡率一直高居不下，建議定期健檢，以內視鏡診療及早治療。

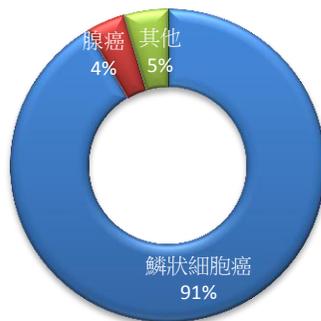
第 9 大全國死亡癌症¹

第 5 大男性死亡癌症¹

男性：女性 = 15：1

食道癌類型¹

依據細胞種類不同，食道癌共約有10種不同類型，其中約9成的病患為鱗狀細胞癌。



好發區域

若將食道區分為上中下三區，鱗狀細胞癌多發生於中上兩區，腺癌則好發於下食道



癌前病變

在正常細胞轉變為癌症前，會有一個過渡期，雖然此時對身體無害且多無感覺，但當有這些病變產生時，**罹癌機會會大幅增加**，如大腸的息肉就是其中的一種癌前徵兆。

食道癌相關的癌前病變如下¹²：

癌症種類	鱗狀細胞癌	腺癌
癌前病變	鱗狀細胞再生不良	巴瑞特食道症
高風險因子	<ol style="list-style-type: none"> 1. 抽菸 2. 檳榔 3. 喝酒 4. 年齡>50歲 5. 熱食 6. 醃漬類食品 7. 家族史 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 抽菸 2. 喝酒 3. 年齡>50歲 4. BMI > 25 5. 胃食道逆流

巴瑞特食道

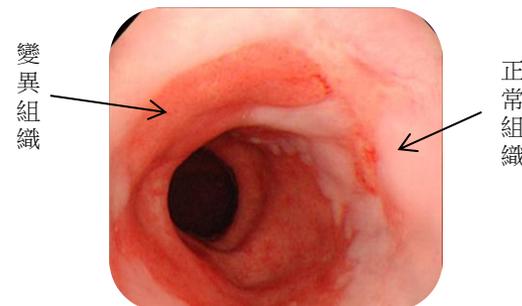
巴瑞特食道通常是由長期的胃食道逆流所引起，約5-15%的胃食道逆流病患會罹患巴瑞特食道，此病症有目前在台灣盛行率約1.8%³。由於變異的細胞顏色較深，可由一般內視鏡簡單的辨別出來。

巴瑞特食道一般病理區分三階段：無分化不良、低度不良與高度不良，若確診為高度不良的巴瑞特食道症，根據美國的調查有6.6%的機會在三年內轉化為癌症，機率為一般

人的**2300倍**。⁴

內視鏡下巴瑞特食道

巴瑞特食道因變異細胞與原細胞顏色不同，可由內視鏡檢查確認是否罹病。



鱗狀細胞分化不良

目前國人的食道癌前病變以此為主，為正常食道細胞長期致癌物暴露或慢性發炎後產生變異，增加罹患鱗狀食道癌的機率。

細胞再生不良根據病理可以區分為低中高三級，根據一份13.5年的追蹤研究⁵，細胞分化不良轉化為癌症的機率分別為：

低度不良：24%

中度不良：50%

高度不良：74%



因為惡化為癌症比率高，無論是什麼程度的分化不良，都建議及早治療以阻止癌變發生，依據另一份荷蘭與中國合作的研究，細胞再生不良經片/環狀電燒(RFA)的治療後的治癒率超過95%⁶。

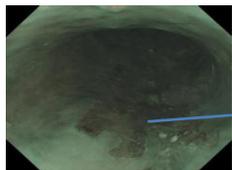
鱗狀細胞分化不良的診斷¹²

與巴瑞特食道症不同，臨床上多使用一般內視鏡搭配碘染色之內視鏡術(Lugol's chromoendoscopy) 或使用窄頻內視鏡(NBI)來做診斷，兩者均可有效檢查出鱗狀細胞分化不良之情形。

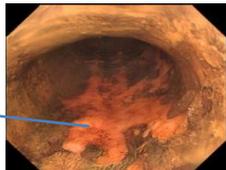
一般內視鏡下含鱗狀細胞分化不良的食道



窄頻內視鏡(NBI)下患部



碘染色內視鏡術下患部 (Lugol's chromoendoscopy)



再生不良細胞

早期癌治療選擇^{12, 13}

目前市面上針對兩大食道癌前病變的治療常見的以片/環狀電燒(RFA)、黏膜下切除術(ESD)與外科的食道切除術為主，治療相關比較可參考下面的圖與表格，實際使用選擇還需根據醫師專業判斷。

主要原理



片/環狀電燒 (RFA)

為採用表面高溫將病灶細胞燙死，像用熨斗燙過患部，正常細胞會重新於燒灼位置長出。



黏膜下切除 (ESD)

如蘋果削皮一般，將變異的表面細胞切除，正常細胞會在切除位置長出。



食道切除手術

如服裝修改將多餘布料剪掉再縫合，食道切除術將有變異細胞的食道整段切除，再以胃管或其餘器官重建，目前可採用胸腔鏡等微創手術治療。

	片/環狀電燒 (RFA)	黏膜下切除 (ESD)	食道切除手術
食道完整	是	是	否
治療深度	較淺	較深	完全切除
病灶類型	平坦	凸起	淋巴轉移
手術創傷	小	中	大
手術時間	< 1 小時	2-6 小時	8-12 小時
住院天數	極短	短	長
併發症	食道狹窄	2.17 - 14% ⁸	66% ¹¹
	食道穿孔	0 ⁷	6.9%-18% ¹⁰
			依手術狀況而定

參考資料：

1. 衛福部民國100年癌症登記資料
2. Brenda Westhoff, DO, Scott Brotze, MD, Allan Weston, MD, et al. The frequency of Barrett's esophagus in high-risk patients with chronic GERD. GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY 2005; Volume 61, No. 2
3. Chang CY, Lee YC, Lee CT, et al. The application of Prague C and M criteria in the diagnosis of Barrett's esophagus in an ethnic Chinese population. Am J Gastroenterol 2009; 104:13-20.
4. Restogi A, Puli S, El-Serag HB, et al. Incidence of esophageal adenocarcinoma in patients with Barrett's esophagus and high-grade dysplasia: a meta-analysis. Gastrointestinal Endoscopy 2008, March; 67(3): 394-8
5. G-Q Wang, C C Abnet, Q Shen, et al. Histological precursors of oesophageal squamous cell carcinoma: results from a 13 year prospective follow up study in a high risk population. Gut 2005;54:187-192
6. Jacques JGHM Bergman, Yueming Zhang, et al. Outcomes from a prospective trial of endoscopic radiofrequency ablation of early squamous cell neoplasia of the esophagus. Gastrointest Endosc. 2011 December ; 74(6): 1181-1190
7. W. D. Lyday, F. S. Corbett, et al. Radiofrequency ablation of Barrett's esophagus: outcomes of 429 patients from a multicenter community practice registry. Endoscopy, 42 (2010), pp. 272-278
8. Bergman JJ1, Zhang YM. Outcomes from a prospective trial of endoscopic radiofrequency. Gastrointest Endosc. 2011 Dec;74(6):1181-90
9. Lian JJ1, Ma LL, et al. Endoscopic balloon dilatation for benign esophageal stricture after endoscopic submucosal dissection for early esophageal neoplasms. J Dig Dis. 2014 May;15(5):224-9
10. Kuniomi Honda and Hirota Akiho. Endoscopic Submucosal Dissection of Esophageal Squamous Cell Neoplasms. World J Gastrointest Pathophysiol. Apr 15, 2012; 3(2): 44-50
11. V. A. Williams, T. J. Watson. Endoscopic and symptomatic assessment of anastomotic strictures following esophagectomy and cervical esophagogastronomy. Surg Endosc. 2008 Jun;22(6):1470-6.
12. 王文倫,林肇堂,許博翔. 食道癌的新檢測技術. 國科會科學發展月刊 2013;Nov. (491), 46-50
13. Wen-Lun Wang, I-Wei Chang, Chi-Yang Chang, Jaw-Town Lin, Lein-Ray Mo, Hsiu-Po Wang, and Ching-Tai Lee. Circumferential balloon-based radiofrequency ablation for ultralong and extensive flat esophageal squamous neoplasia. Gastrointestinal endoscopy 2014, in press
14. Raja Shekhar Sappati Biyyani and Amithab Chak. Barrett's esophagus: review of diagnosis and treatment. Gastroenterol Rep (Oxf). 2013 Jul;1(1):9-18.

自我評估表

高風險因子	我是否有此現象
胃食道逆流	
抽菸	
喝酒	
檳榔	
體重過重 (BMI > 25)	
愛吃流質熱食	
愛吃醃漬類食品	
家族史	

若有以上情形，建議定期進行食道檢查，以確保健康狀況。

內視鏡診斷結果

健康	平坦	凸起

癌前病變		癌症
鱗狀細胞 再生不良	巴瑞特食道	食道癌

治療選擇

定期追蹤	片/環狀電燒 (RFA)	黏膜下切除 (ESD)	食道切除

姓名：_____ 日期：_____

本資料所提供的資訊並非直接或間接地要取代專業的醫療建議，採取任何治療方式前或對疾病有任何問題時，務必尋求醫師或其他合格醫療保健服務提供者的意見。

此頁無資料