

食道癌

譯者：李明陽醫師

一、簡介與流行病學

食道癌的台灣男性病患發生率 6.8~7.0/100,000/year (男:女= 9.37 : 1)。1 年存活率 33.95%，2 年存活率 20.69%，5 年存活率 14.00%，且發生率有逐年微幅上升的趨勢。台灣地區食道癌的標準化死亡率為 2.80/100,000/year，佔所有癌症死亡率的第十位。(資料來自國民健康局民國八十七年癌症登記報告)。食道癌的美國男性病患發生率為 6/100,000/year(男:女= 2~4:1)。

美國食道癌的診斷年齡中位數為 67 歲,甚少發生於 25 歲以下的病患。在美國黑人的發生率高於白人，且腫瘤細胞型態以扁平細胞癌為主；白人則以腺癌為主。

食道癌的發生具有地域性，於伊朗、東方國家、南美國家之盛行率較高，但由高流行區遷居至低流行區的移民子孫，其發生率會下降，故有人推論與飲食及環境因素有關。

二、病因與危險因子

營養不良、口腔衛生不良、曾經接受胃部手術、酒精性飲料、抽煙、過熱飲食、放射線治療、石棉、四氯乙烯、亞硝胺、黴菌毒素、食道炎等食道其他疾病皆為危險因子。

三、診斷

食道癌可能發生的症狀包括：吞嚥困難、聲音嘶啞、頸部及肩部淋巴腫大、肝臟腫大及骨頭疼痛等。食道癌可藉由內視鏡或手術活體切片獲得診斷，一般而言，食道上部的腫瘤多為表皮細胞癌，食道下部的腫瘤多為腺細胞癌。

四、疾病與預後因子

為準確明確瞭解疾病期別，胸部及腹部電腦斷層檢查、上腸胃道內視鏡檢查為必要之檢查，鋇劑上消化道攝影亦可提供診斷價值但不如內視鏡可對可疑病兆施行切片檢查。此外，如於內視鏡檢時同時施行內視鏡超音波檢查可以進一步明瞭腫瘤侵犯之深淺。食道癌分期如表 1。

五、治療

1、手術治療

手術治療為完全治癒的方法，stage I, II, III 的病患皆應優先考量接受手術治療，約有一半的病人可接受手術治療。手術方式除切除患部食道，對周邊淋巴組織亦需一併切除，並進行食道重建手術。手術相關之死亡率約百分之三至廿，術

後併發症以手術接合處狹窄或滲漏較常見。可手術的病患存活中位數為 12 到 15 個月，手術後局部復發機率約為百分之十五至廿五。

2、化學治療

對於轉移性食道癌或無法手術切除治療的食道癌應接受化學藥物治療，治療的藥物以 5-fluorouracil 及 Cisplatin 為主，其他有效的藥物包括 Taxane 類藥物、vinorelbine 及 irinotecan。化學治療合併放射線治療已被證實比單純接受放射線治療的病患有較佳的五年存活率。

3、放射線治療

放射線治療單獨使用僅限於無法接受手術及化學治療的病患，換言之，應先考量其他治療或合併治療，如上述治療無法施行時才考慮單獨接受放射線治療。

4、其他治療

內視鏡探條或汽球擴張術常用於暫時性解決腫瘤引起之食道狹窄，軟管或可膨脹性金屬支架亦常用於維持食道的通暢。

六、追蹤

標準治療結束後，第一年需每四個月追蹤一次，第二年之後每六個月追蹤一次；追蹤項目包含理學檢查、血液及生化常規檢查、胸部 X 光、上消化道內視鏡或鋇劑攝影檢查。

表 1

AJCC(American Joint Committee on Cancer)and UICC(International Union Against Cancer) 的食道癌分期如下：

腫瘤大小 (T)

- Tx 原發腫瘤無法確認
- T0 無原發腫瘤證據
- T1 腫瘤侵犯至黏膜下層以內
- T1m 腫瘤侷限於黏膜內
- T1sm 腫瘤侵犯至黏膜下層
- T2 腫瘤侵犯至肌肉層
- T3 腫瘤穿透肌肉層
- T4 腫瘤侵犯食道週圍其他組織

淋巴結侵犯 (N)

- Nx 無法判定是否有淋巴結轉移
- N0 無淋巴結轉移
- N1 淋巴結轉移

遠處轉移 (M)

- Mx 無法判定是否有遠處轉移
- M0 無遠處轉移
- M1 遠處轉移

疾病分期

STAGE 0	TisN0M0
STAGE I	T1N0M0
STAGE IIA	T2N0M0; T3N0M0
STAGE IIB	T1N1M0; T2N1M0
STAGE III	T3N1M0; T4 with any N, M0
STAGE IV	Any T, any N, M1