

## 食道癌篩檢

臺大醫院耳鼻喉部王成平醫師

近年來，食道癌的發生率和我們耳鼻喉科醫師熟悉的口腔癌、口咽癌、下咽癌一樣快速增加中（圖一）。<sup>1</sup>由於食道本身沒有痛覺而且可以擴張，因此食道癌多半都長到很大阻塞住食道造成吞嚥困難或是因神經的侵犯(例如、喉返神經)或是腫大的淋巴結造成的症狀才可能被發現。然而，當出現這些症狀才發現時，都已經是非常晚期的食道癌，治療暨複雜又危險，而且治癒率極低，五年存活率僅有一成。<sup>1</sup>所以罹患食道癌的致死率幾乎是全部癌症之首，幾乎等同於絕症。因此如何早期發現成為提高的食道癌的存活率的重要關鍵之一。

然而食道癌並不像大腸癌、乳癌或肝癌等有理想有效而且可以大規模以人口群實施的篩檢方法。食道癌沒有有效的腫瘤標記指數而食道放射線攝影並無法有效發現早期食道癌。食道內視鏡檢查可以有效發現早期食道癌但是不易針對全體國民實施大規模全面性的篩檢。事實上，在台灣，食道癌就如同頭頸癌一樣並沒有得到太多的關注。也因此，目前在台灣的食道癌都是出現症狀才發現時，結果近八成都已經晚期食道癌（圖二），<sup>1</sup>以至於整體食道癌病患的五年存活率僅 15% 左右。<sup>1</sup>這相較於鄰近的日本因為有大規模實施內視鏡篩檢胃癌的關係，早期食道癌的比率可達 45%。也因為早期發現食道癌，所以日本整體食道癌病患的五年存活率可達 40%。<sup>2</sup>因此，由日本的經驗可知食道癌還是可以早期發現，而早期發現可明顯提高的食道癌的存活率。

那我們台灣是否可以針對罹患食道癌的高風險人口群為對象實施大規模的食道癌的內視鏡篩檢以早期發現食道癌呢？我們知道食道癌的最重要的環境危險因子和口腔癌、口咽癌、下咽癌等頭頸癌一樣都是菸、酒、檳榔。根據過去的病例對照研究，菸、酒、檳榔食用者罹患食道癌與口腔癌的相對危險性分別為 4.2, 7.6, 2.3 與 18, 10, 28 倍。<sup>3, 4, 5</sup>若菸、酒、檳榔三者均有食用者罹患食道癌與口腔癌的相對危險性分別高達 195 倍與 123 倍之多。<sup>3, 4, 5</sup>若根據最近陳建仁院士在台灣做的一項大規模長時間追蹤的世代研究亦指出菸、酒、檳榔食用者罹患食道癌與咽癌的相對危險性分別為有顯著意義的 2.3, 3.8, 2.6 與 1.7, 1.7, 3.3 倍。<sup>6</sup>也就是因為這些相同的環境危險因子，頭頸癌症病患罹患食道癌或是食道癌病患罹患頭頸癌症的發生率也比一般人高出許多。就口腔癌、口咽癌、下咽癌同時或異時罹患食道癌的相對危險性是一般人的 18, 75, 81 倍。<sup>7</sup>根據台大醫院的研究，口咽癌、下咽癌同時或異時罹患食道癌的相對危險性分別是一般人的 3.6, 2.6 倍。<sup>8</sup>此外，根據台大醫院自 2007 年來累積了超過 250 名新診斷的下咽癌病患在診斷期接受常規的食道檢查，發現有 15% 的下咽癌病患同時罹患食道癌。也就說每 7 名新診斷的下咽癌病患中就有一名病患同時罹患食道癌。除此之外，另外還有 10% 的下

咽癌病患已有食道癌前病變，以及另外 20% 的下咽癌病患已有可能會轉變為食道癌的食道黏膜病變，我們建議這 30% 的病患應每 6-12 月做一次食道內視鏡的追蹤檢查。因此，全部加總起來約有 45% 的新診斷下咽癌病患已經罹患食道癌或食道癌前病變。就發現的早晚期而言，這個常規食道檢查發現的食道癌約有 50% 左右屬於早期食道癌，遠高於一般族群因症狀發現食道癌的 20%。<sup>9,10</sup> 總結來說，菸、酒、檳榔食用習慣者是罹患食道癌的高風險族群，其中又以有菸、酒、檳榔食用習慣的口腔、口咽、下咽等頭頸癌症病患為最高風險族群。因此針對菸、酒、檳榔食用習慣者或是已經因此罹患口腔、口咽、下咽等頭頸癌症病患做常規的食道癌內視鏡篩檢應該是一個可以提高早期診斷食道癌的有用而且符合成本效益的策略(圖三)。

針對已因菸、酒、檳榔食用的口腔、口咽、下咽等頭頸癌症病患實施食道癌的內視鏡篩檢能早期發現食道癌，理論上應可以降低病患的死亡率，但真能嗎？根據最近廖立人醫師整理台灣癌症資料分析發現過去頭頸癌症病患若罹患食道癌的五年存活率僅只有 11%，遠低於罹患第二頭頸癌的五年存活率。<sup>11</sup> 太晚發現可能是主要原因之一。根據台大醫院與義大醫院合作的下咽癌病患的存活分析研究無論是區分食道癌篩檢研究開始前後(以 2007 年做區分)或是食道癌篩檢研究開始後有接受食道癌篩檢以及未能接受食道癌篩檢的結果發現都是下咽癌病患在診斷時接受食道癌篩檢的存活率明顯高於未能接受食道癌篩檢的病患 (圖四, HR: 0.57(0.41-0.79) for post-policy period )。<sup>10</sup> 由此新診斷下咽癌病患在診斷期接受常規食道檢查的研究結果可以看出針對已因菸、酒、檳榔食用的口腔、口咽、下咽等頭頸癌症病患實施食道癌的內視鏡篩檢不但有機會可以早期發現食道癌，而且非常有機會可以降低病患的死亡率。

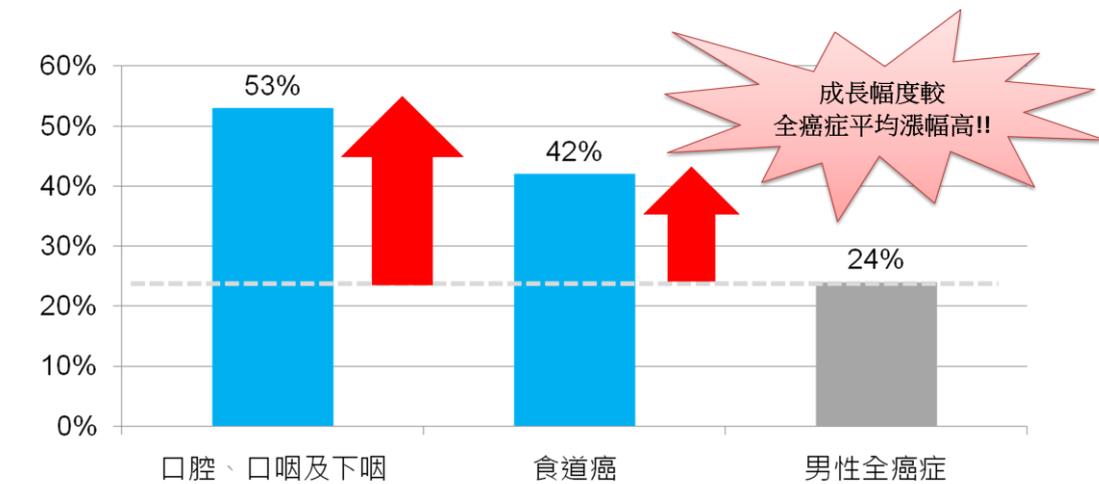
而這個針對高風險人口群食道癌篩檢是由腸胃內科醫師、胸腔外科醫師還是我們耳鼻喉科醫師來做？其實都可以。但是從篩檢對象來看，我們耳鼻喉科醫師是最有可能接觸到這些高風險族群，尤其是已經罹患口腔、口咽、下咽等頭頸癌症的病患。所以我們耳鼻喉科醫師反而比腸胃內科醫師和胸腔外科醫師更有機會發現罹患食道癌的高風險族群並且啟動食道癌的篩檢。至於實際的食道檢查，根據台大醫院的經驗，你可以和腸胃內科醫師和胸腔外科醫師合作轉介完成，只要關係維持良好，大部分醫師都會願意；或是由我們耳鼻喉科醫師自己操作軟式食道鏡或是解析度更好的胃鏡檢查食道並完成食道癌的切片，不太會有行政上的阻力，健保給付上目前也沒有太大的問題。

現在耳鼻喉科醫師、腸胃內科醫師和胸腔外科醫師大家都有共識希望提高食道癌的早期診斷率以及存活率。食道癌的治療雖然並非是我們耳鼻喉科醫師的專業項目，但是我們耳鼻喉科醫師的確是進行食道癌篩檢的關鍵人選 (圖五)。

## References:

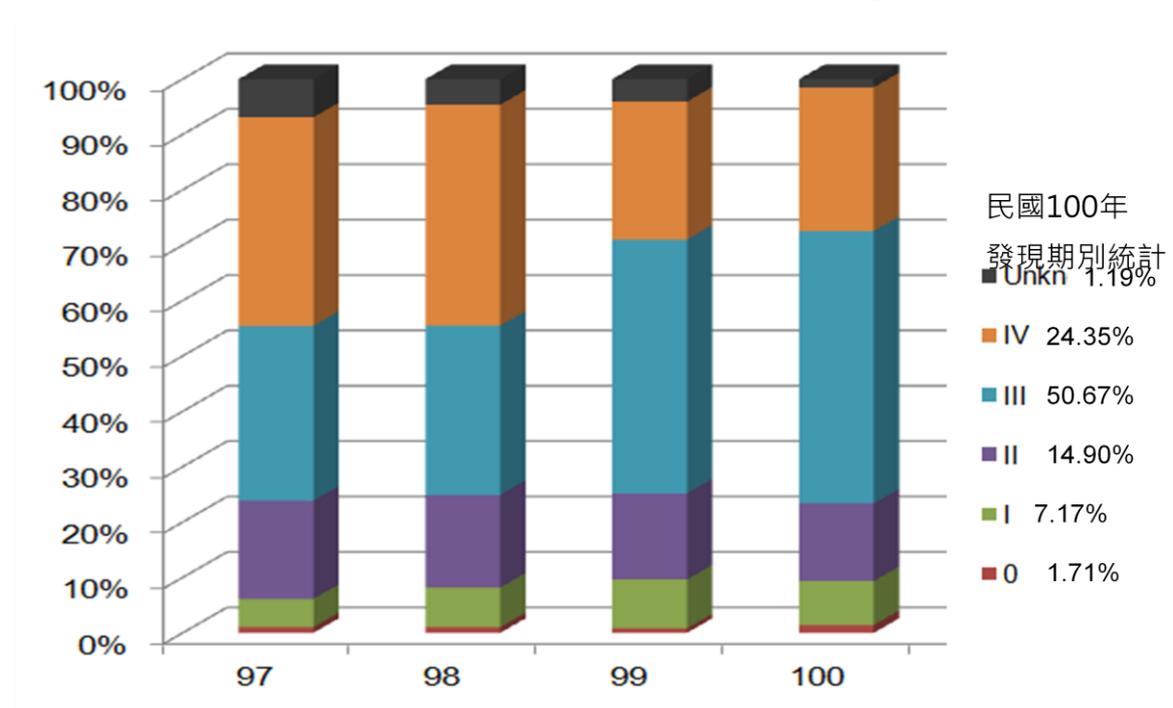
1. Taiwan Cancer Registry.
2. <http://ganjoho.jp/public/index.html>
3. Lee CH, et al. Independent and Combined Effects of Alcohol Intake, Tobacco Smoking and Betel Quid Chewing on the Risk of Esophageal Cancer in Taiwan. *Int. J. Cancer* 2005; 113, 475-82
4. Wu IC, et al. Interaction between cigarette, alcohol and betel nut use on esophageal cancer risk in Taiwan. *European J Clin Invest* 2006; 36:1, 236-41
5. Ko YC, Huang YL, et al. Betel quid chewing, cigarette smoking and alcohol consumption related to oral cancer in Taiwan. *J Oral Pathol Med* 1995; 24: 450-3.
6. Hsu WL, Chien YC, et al. Lifetime risk of distinct upper aerodigestive tract cancers and consumption of alcohol, betel and cigarette. *Int J Cancer*. 2014;135:1480-6.
7. Lee KD, et al. The incidence and risk of developing a second primary esophageal cancer in patients with oral and pharyngeal carcinoma: a population-based study in Taiwan over a 25 year period. *BMC Cancer*. 2009 Oct 20;9:373.
8. Wang WL, Lee CT, et al . Risk factors for developing synchronous esophageal neoplasia in patients with head and neck cancer. *Head Neck* 2011;33:77-81
9. Wang CP, Lee YC, et al. Application of Unsedated Transnasal Esophagogastroduodenoscopy in the Diagnosis of Hypopharyngeal Cancer. *Head Neck* 2009;31:153-7.
10. Wang WL, Wang CP, et al. The benefit of pretreatment esophageal screening with image-enhanced endoscopy on the survival of patients with hypopharyngeal cancer. *Oral Oncol*. 2013;49:808-13.
11. Liao LJ, Chou HW, et al. The impact of second primary malignancies on head and neck cancer survivors: a nationwide cohort study. *PLoS One*. 2013;8(4):e62116.

圖一 口腔、口咽、下咽癌及食道癌十年個案發生成長幅度高。(資料來源:台灣癌症登記中心)

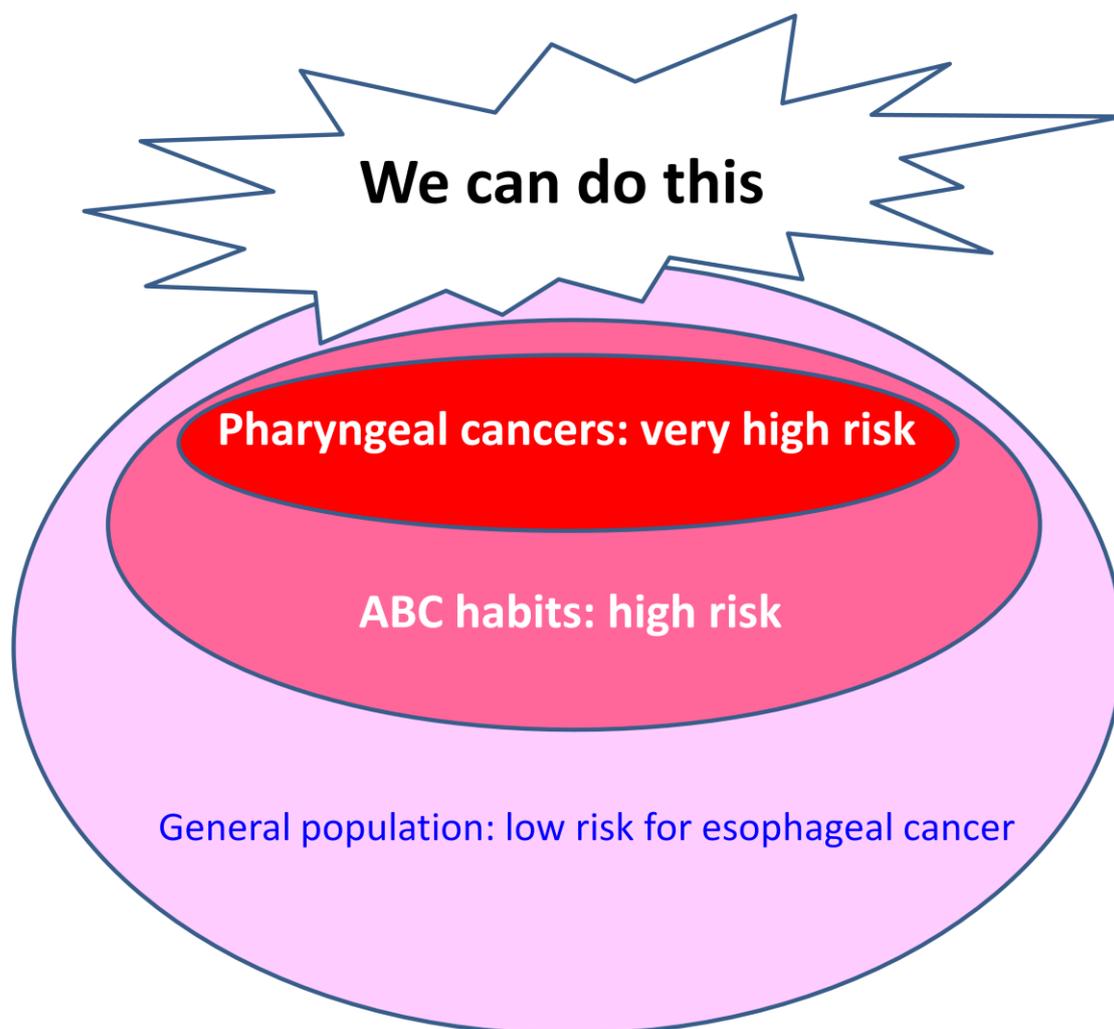


Reference:2002、2012年癌症年齡標準化發生率增減情形

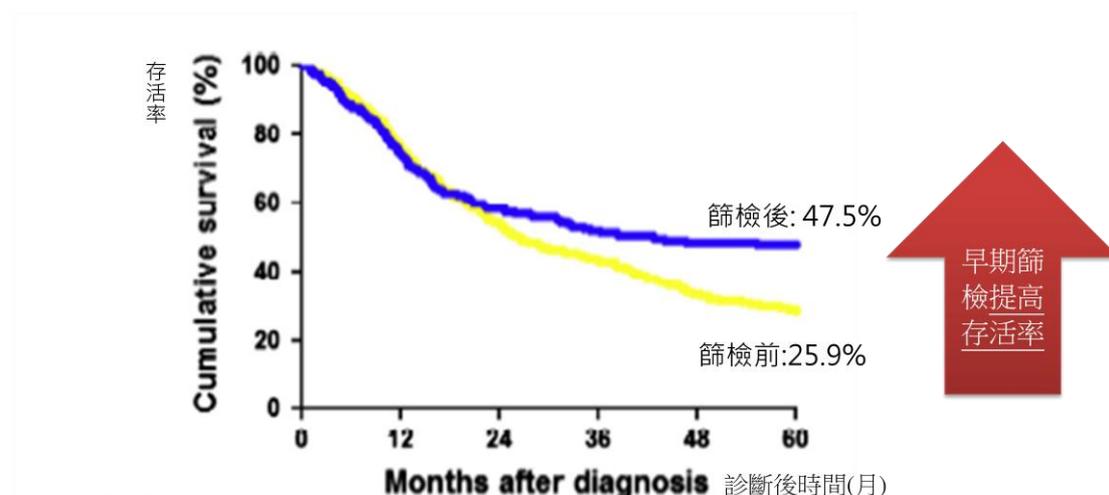
圖二: 新診斷食道癌的分期分佈。(資料來源:台灣癌症登記中心)

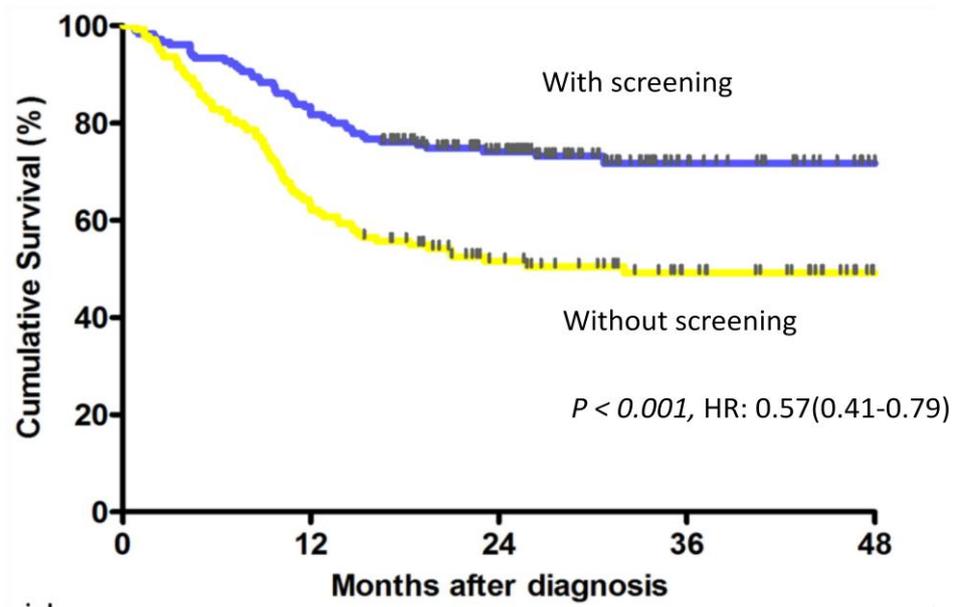


圖三：咽癌是罹患食道癌的最高風險族群。



圖四：食道癌篩檢研究開始前後(以 2007 年做區分)，下咽癌病患在診斷時接受食道癌篩檢的存活率明顯高於未能接受食道癌篩檢的病患。<sup>10</sup>





圖五: 口腔、口咽、下咽等頭頸癌症的病患為罹患食道癌的高風險族群。

