

# 食道癌 (Esophageal Cancer)

## I. Epidemiology

1. 發生率和死亡率:
  - a) 種族, 國家差異:
  - b) 環境因素:
2. 分佈區域中的社會經濟差異很大:
3. 兩個驚人的特徵:
  - a) 過去 30 年在美國非白人的死亡率特別快速且持續上升。
  - b) 時間趨勢: 鱗狀細胞癌與腺癌的比率由 10:1 變成 1:1。
4. 有 50% 的病人在最初診斷時出現全身轉移性疾病; 其餘的 50% 病人最初是以局部區域性疾病來表現, 這些病人絕大多數最後也會發生全身轉移性疾病。預後很差, 單用手術治療的 5 年存活率 11%, 單用電療的 5 年存活率 6%。

## II. 病因學 複雜的多階段過程

1. 營養狀態: 改善營養可能使高危險區食道癌發生率下降
2. 特殊的致癌物質:
  - 逆流性食道炎(reflux esophagitis):
  - Barrett's esophagus:

## III. 解剖學 中段三分之一(M/3)最多, 但預後最差

	胃鏡定位	食道攝影來定位
頸部食道	從門牙算起 18 公分	環狀軟骨到胸腔入口
胸部食道上段三分之一(U/3)	門牙算起 18-24 公分	胸腔入口到氣管分支
胸部食道中段三分之一(M/3)	門牙算起 24-32 公分	氣管分支到食道賁門接合點的上半部
胸部食道下段三分之一(L/3)	門牙算起 32-40 公分	氣管分支到食道賁門接合點的下半部

病理學分類 90% 鱗狀細胞癌, 10% 腺癌; 淋巴轉移: 70% 病人有淋巴轉移

## IV. 臨床表徵徵: □ 嚥困難(dysphagia), □ 嚥疼痛(odynophagia), 體重減輕(BW loss)

## V. 診斷: 胃鏡(endoscopy), 食道沖刷細胞學檢 □ (brushing cytology)

## VI. 手術前分期方式

CT+EUS 或是 PET+EUS 是最初分期最有效而且最有經濟效益的選擇. Others:

1. 胸部 X 光(CXR); 2. 食道攝影(esophagogram), 3. 胃鏡(EGD); 4. 電腦斷層(胸部 + 上腹部)(CT); 5. 正子造影(PET); 6. 內視鏡超音波(endoscopic ultrasound, EUS)

## VII. 分期系統

Tis	原位癌
T1	侵犯黏膜固有層(lamina propria)或黏膜下層(submucosa)
T2	侵犯固有肌層(muscularis propria)
T3	侵犯食道周圍外膜(para-esophageal adventitia)

T4	侵犯鄰近構造(主動脈、心臟、氣道、肺臟)
N	區域淋巴結轉移 (N1= 1-2 +; N2 = 3-6 +; N3= >'=7 +)
M1	遠處轉移

	疾病範圍	5 年存活率
第一群	High-grade dysplasia or T1 mucosa	80~85%
第二群	T1 submucosa or T2	40~50%
第三群	局部晚期(T3 or T4)或是區域淋巴結轉移(N1 or M1a)	< 25%
第四群	遠處轉移或是非區域淋巴結轉移(M1b)	< 5%

### VIII. 治療原則:

A) 單一治療: 手術, 放射線治療

B) 整合治療: 自從 Herskovic 在 1992 年的 NEJM 發表局部晚期的食道癌 CCRT 優於 RT alone 以後, CCRT 現在是 (1)無法切除的局部晚期, 或 (2)可切除但不適合接受手術病人的標準治療。

C) 食道癌無法切除時的治療 - 化學治療 - 單一藥物 vs. 複方化療

### IX. References: <http://cancer.idv.tw/chapter/chapter-08.htm>

## Gross Anatomy of the Esophagus

