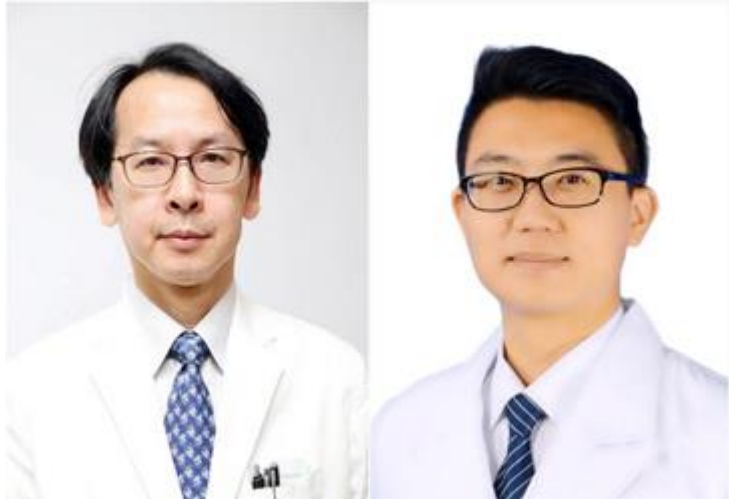


臺北癌症中心食道癌團隊吳玉琮醫師及鍾政錦醫師，淺談食道癌之治療現況

食道癌大致上分為兩類：東方人大多是鱗狀上皮細胞癌；而西方人則大多是由食道下段與胃之間的腺癌。目前已知食道癌的危險因子有抽菸、喝酒、檳榔、含亞硝胺之食物（醃漬、煙燻食物）、過熱的飲食、食道曾受腐蝕傷害、食道弛緩不能（吞嚥功能疾病）、肥胖、胃食道逆流等。而其中抽菸、喝酒、檳榔同時也是頭頸癌（口腔癌）的高危險因子。

食道癌屬於難以早期診斷，局部及遠端轉移不易控制，且致死率高之重大疾病。臺灣癌症登記中心資料顯示，2014 至 2018 年間被診斷出癌症的臺灣男性患者中，10 大癌症之平均存活超過 5 年之比例為 45.6%，而食道癌僅 18.7% 為 10 大癌症患者中存活率最低之患者。【右圖：左為臺北癌症中心食道癌團隊召集人吳玉琮醫師，右為北醫附醫胸腔外科鍾政錦醫師】



現代食道癌治療強調團隊合作與精準醫學，以經臨床實驗證實有效的診斷及治療準則為依據，再經由多專科團隊充分討論，為每個患者量身訂製最適當的治療計畫。簡單而言，對於癌細胞只局限於表淺的食道黏膜層，非常早期的患者，可以使用上消化道內視鏡做黏膜切除根治之，不需手術切除整段食道。而對於癌細胞已侵犯超過食道黏膜下層之患者，如生理狀況良好，局部侵犯的腫瘤有機會完整切除之患者而言，可以選擇直接手術切除，或合併放射化學治療後加上食道切除術，是目前主要的治療方針。



至於選擇何種治療方法及影響其治療預後的因素很多，主要包括腫瘤之部位及大小、病理組織型態、局部淋巴侵犯之個數及範圍，以及放射化學治療後手術切除之食道病理檢體中，癌細胞殘留的狀態等因素決定。如生理狀況不允許、或不考慮手術治療的患者，其主要治療模式為決定性的放射及化學治療。晚期已轉移至非局部淋巴組織或遠端器官之患者，則以化學治療為主。

然而近幾十年來之食道癌研究顯示，在其他癌症有顯著效果之標靶治療或抗新生血管治療，對食道鱗狀上皮癌患者皆無法有效改善其療效。然而就在食道癌治療專家感到憂心之際，近年來食道癌治療終於迎來重大之突破。【左圖：食道癌的危險因子有抽菸、喝酒、檳榔、醃漬食物、煙燻食物及過熱的飲食等】

1.是以往經過放化學治療再加上手術切除食道之患者：如果病理檢體內之食道或淋巴組織仍殘存有癌細胞，則患者有相當高之比例會復發。尤其是鱗狀上皮癌患者，研究顯示在手術後加上各種治療都無法顯著降低其復發率，有些治療甚至還會降低其存活率，以致於先前的治療準則都只建議追蹤觀察即可。

然而最新的研究顯示，無論是鱗狀上皮癌還是胃食道交接處之腺癌，術後加上一一年之 PD-1 免疫檢查點抑制劑 nivolumab，能大幅提高患者的疾病無復發存活率（disease free survival）之中位數從 11.0 個月加倍到 22.4 個月。雖然整體存活率因追蹤觀察之時間不夠長尚未成熟，但已經帶給臨床醫師莫大的信心，美國的食品藥物管理局（FDA）也已經在 2021 年 5 月核准了在鱗狀上皮癌或腺癌，術後使用 nivolumab 作為術後的輔助治療，目前也已經列入新的臨床治療準則。

2.是對於晚期無法切除、復發或轉移之鱗狀上皮癌的第一線治療：以往都建議單獨使用化學治療。而最近研究顯示 nivolumab，合併 CTLA4 免疫檢查點抑制劑 ipilimumab 或化學治療，相較於單獨使用化學治療，會提高整體存活率（overall survival）及較持久的反應率（durable response），因此也將此類免疫藥物（包括另一種 PD-1 免疫檢查點抑制劑 pembrolizumab）處方納入晚期食道癌之一線或二線之治療，建議根據 PD-L1 分子檢驗之結果使用。另一個針對晚期胃食道交接處之腺癌的研究顯示，nivolumab 合併化學治療相較於單獨化學，也可以提高整體存活率及持久的反應率。此類處方已經納入晚期食道腺癌的一線治療。

總而言之，對於局部區域性或晚期食道癌的治療，目前已有明顯的進展，但中晚期食道癌仍是威脅全球及國人的致命性疾病。除放射線治療、化學治療，及手術等三大標準治療模式外，免疫治療儼然已成為第四種標準治療方式。然而其他新興治療方式及組合，如加上標靶治療、癌症疫苗和抗血管新生治療等能否增加療效，則有待更多的臨床研究及驗證。因此臨床醫師應鼓勵患者參加設計優良的臨床實驗及研究，使得食道癌的治療上能有更多突破及持續性之進展，以提高整體之治癒率，造福患者。

（文/吳玉琮·鍾政錦，臺北癌症中心食道癌團隊召集人醫師·北醫附醫胸腔外科醫師）