

浅谈早期食管癌

段海玲¹, 曲洪澜^{2*}

¹内蒙古民族大学第二临床医学院, 内蒙古 牙克石

²内蒙古林业总医院, 内蒙古 牙克石

收稿日期: 2022年6月30日; 录用日期: 2022年7月11日; 发布日期: 2022年7月26日

摘要

食管癌是一种常见的消化系统恶性肿瘤, 其发病率呈上升趋势。在世界范围内, 它的发病率占第七位, 死亡率占第六位。早期食管癌较中晚期食管癌生存率明显升高, 足见早期诊断的重要性。早期食管癌治疗方法有: 内镜治疗、手术治疗、放射治疗、化疗等。后期随访工作能监测治疗疗效及复发情况。

关键词

早期食管癌, 食管癌切除术, 微创食管癌根治术, 机器人辅助微创食管癌根治术

Discussion on Early Esophageal Cancer

Hailing Duan¹, Honglan Qu^{2*}

¹Second Clinical Medical College, Inner Mongolia University for Nationalities, Yakeshi Inner Mongolia

²Inner Mongolia Forestry General Hospital, Yakeshi Inner Mongolia

Received: Jun. 30th, 2022; accepted: Jul. 11th, 2022; published: Jul. 26th, 2022

Abstract

Esophageal cancer is a common malignant tumor of digestive system, and its incidence is increasing. Worldwide, it has the seventh highest incidence and the sixth highest death rate. The survival rate of early esophageal cancer is significantly higher than that of middle and late esophageal cancer, indicating the importance of early diagnosis. Early esophageal cancer treatment methods: Endoscopy, surgery, radiotherapy, chemotherapy and so on. Follow-up can monitor the therapeutic effect and recurrence.

Keywords

Early Esophageal Cancer, Esophagectomy, Minimally Invasive Esophagectomy, Roboticassisted Minimally Invasive Esophagectomy

*通讯作者。

Copyright © 2022 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

在过去的 50 年里, 食管癌的发病率急剧上升。每年的新发病例数已从 1970 年代的仅 0.5/10 万例上升到约 4.2/10 万例, 但预后并未得到显著改善。新死于食管癌的人数几乎与新发病例相同[1]。近年来, 随着社会经济的发展, 使生活水平得到提高, 人民生活 and 饮食习惯也发生了改变, 导致食管癌发病率呈逐年上升趋势[2]。根据流行病学监测结果数显示, 早期食管癌的 5 年生存率为 70.00%, 而中晚期的生存率仅为 15.00%, 足见早期诊断的重要性[3]。所以做到早发现、早诊断、早治疗对食管癌是非常重要的。在本文中, 早期食管癌被定义为一种浅表的、没有淋巴结或远处转移的证据(T1-2N0M0)。

2. 食管癌的自然史

食管癌被认为是最具侵袭性的胃肠道恶性肿瘤之一, 食管癌的两个主要亚型是鳞状细胞癌和腺癌。在全球, 食管癌以鳞癌多见; 但在美国 and 大多数西方国家, 以腺癌多见, 多由于胃食管反流病 and Barrett 食管引起。Barrett 食管是指食管下段长期被胃酸、胃酶 or 胆汁侵蚀, 导致食管黏膜遭到破坏 or 发生炎症, 最后鳞状上皮被柱状上皮取代。可依次从化生到低级别异常增生再到高级别异常增生最后到侵袭性腺癌。虽然从低级别异常增生发展到高级别异常增生可能需要多年时间, 但高级别异常增生发展为腺癌的平均时间仅为 14 个月[4]。

3. 早期食管癌的诊断与分期

食管胃十二指肠镜是一种非常有效的内镜检查方式, 因为它可以作为食管癌患者的诊断、分期、治疗和监测的一种方法。目的是确定肿瘤的位置与胃食管交界处、肿瘤长度 and 腔梗阻程度的关系, 此外, 重要的是可进行多次活检[5] [6] [7], 以获得足够的组织, 从而进行组织学诊断 and 分子分析。胸腹部 CT 仍然是食管癌分期的基石, 但 CT 用于 T 分期的准确性在研究中差异很大, 从 43%到 92%不等, PET-CT 扫描在食管癌初始分期中的主要作用在于其对远处 and 局部转移的优越检测能力[7] [8]。在原发肿瘤中, 68%~100%显示脱氧葡萄糖摄取[7]。内镜超声已成为食管癌分期护理的标准, 内镜超声在评估局部区域病变方面更为准确。据报道, 内镜超声在早期食管癌中的准确性较低, 有 65%的肿瘤在内镜超声 and 病理分期一致[9]。由此看来, 在任何治疗之前, 通过内镜超声评估肿瘤是非常必要的。

4. 早期食管癌的治疗

大多数权威人士认为, 早期食管癌通常可以通过局部治疗治愈, 而中后期的治疗通常需采取联合治疗, 包括手术、放疗、化疗、靶向治疗 and 免疫治疗等。

4.1. 内镜治疗

包括国家综合癌症网络在内的所有指南都建议, 对于身体状况良好的食管癌患者, 都应考虑食管癌切除术[10]。需要注意的是, T1a 和 T1b 肿瘤仅限于肌层黏膜 or 浅表黏膜下层。对于这些患者, 越来越多地提供内镜下黏膜切除术、内镜下黏膜剥离术 or 内镜下消融术, 然后进行密切监测, 报道的肿瘤预后结果与食管切除术类似[11] [12]。如果经内镜切除的组织显示切除不完全, 或者肿瘤具有侵袭性高危因素的特征, 那么手术应该是推荐的治疗方法。

4.2. 手术治疗

如今,根治性手术仍是早期食管癌的主要治疗方法。传统开胸手术创伤大、术后恢复慢、并发症多,随着医学的发展而逐渐被取缔。微创食管癌根治术已经普及,微创食管癌根治术创伤小、恢复快、并发症少,治疗效果与开胸手术相同,现已成为食管癌治疗的主要手段。在微创食管癌根治术试验中,微创食管癌根治术组较开放手术组住院时间更短,术后并发症更低,术后生活质量更高[13],且3年无进展生存期和总生存期相似[14],进一步证明微创食管癌根治术可作为食管癌的标准治疗方式。近年来,机器人辅助微创食管癌根治术也逐步开展,一项回顾性研究表明,与内镜手术组相比,机器人手术组的淋巴结清扫数更高,且手术时间、术中出血量和R0切除率无明显差异[15]。

4.3. 不能手术的早期食管癌

2008年,Ishikawa和他的同事发表了他们在I期食管鳞状细胞癌中单独应用放疗的经验,并报道了5年无病生存率为80% [16]。JCOG9708试验是一项II期临床I期鳞癌的根治性放化疗研究,显示2年和5年的总生存率分别为93%和76%,与食管切除术的生存率相当[17]。日本现行的指导方案规定,在手术和放化疗之间进行选择时,应根据患者的手术耐受性进行判断[18]。

5. 随访工作

根据国家综合癌症网络指南,早期食管癌随访的差异反映了局部区域复发和总生存期的异质性潜力。一般而言,内镜下切除早期食管癌(cTis-T1a)的患者第一年每3个月进行一次食管胃十二指肠镜检查,第二年每6个月进行一次食管胃十二指肠镜检查,之后每年进行一次食管胃十二指肠镜检查。在这一患者群体中,没有严格的CT检查推荐。如因早期食管癌(cT1b,任何N)而行食管切除术的患者,建议每12个月进行一次胸腹增强CT,持续3年;对于这些患者进行食管胃十二指肠镜检查并没有具体的建议[19],对于在联合治疗的情况下接受食管切除术的患者(cT2-T4,任意N),建议每6个月进行CT检查,持续2年,根据具体情况进行食管胃十二指肠镜检查。

6. 结论

食管癌是常见的消化系统恶性肿瘤,发病率呈上升趋势。食管癌在全球的肿瘤中,发病率占第7位,死亡率占第6位[20],其中超过一半的病例发生在我国[21]。对于早期食管癌应用内窥镜治疗,已证明了安全性和有效性,它仍然是早期食管癌的主要治疗方法。微创食管癌根治术与开胸手术效果相同,且具有创伤小、恢复比较快、并发症较少的特点,逐渐成为食管癌治疗的主要治疗方式。机器人辅助微创食管癌根治术已逐步的应用于临床,有利于左侧的喉返神经链淋巴结的清扫及减少周围神经和组织的损伤。对于不能手术的早期食管癌,采用放化疗治疗不能手术或拒绝手术的患者合适选择。早期食管癌随访结果的差异反映了复发和总生存期的异质性。所以根据侵犯的深度和治疗方法的不同,后续的随访也是不同的。

参考文献

- [1] Antoni, S., et al. (2016) An Assessment of GLOBOCAN Methods for Deriving National Estimates of Cancer Incidence. *Bulletin of the World Health Organization*, **94**, 174-184. <https://doi.org/10.2471/BLT.15.164384>
- [2] 唐忠, 陈勇, 李峰, 等. 微创与开放手术治疗食管癌的临床对照研究[J]. 成都医学院学报, 2020, 15(1): 99-101.
- [3] 唐曦平, 刘爱群, 刘立义, 等. 胃镜检查在下咽癌共病食管癌中的重要性评价及其临床特点分析[J]. 中国癌症杂志, 2020, 30(8): 626-623.
- [4] Reid, B.J., et al. (1992) Flow-Cytometric and Histological Progression to Malignancy in Barrett's Esophagus: Prospec-

- tive Endoscopic Surveillance of a Cohort. *Gastroenterology*, **102**, 1212-1219. [https://doi.org/10.1016/0016-5085\(92\)90758-Q](https://doi.org/10.1016/0016-5085(92)90758-Q)
- [5] Zakko, L., Lutzke, L. and Wang, K.K. (2017) Screening and Preventive Strategies in Esophagogastric Cancer. *Surgical Oncology Clinics of North America*, **26**, 163-178. <https://doi.org/10.1016/j.soc.2016.10.004>
- [6] Bunting, D., et al. (2017) Loco-Regional Staging Accuracy in Oesophageal Cancer—How Good Are We in the Modern Era? *European Journal of Radiology*, **97**, 71-75. <https://doi.org/10.1016/j.ejrad.2017.10.015>
- [7] Goel, R., Subramaniam, R.M. and Wachsmann, J.W. (2017) PET/Computed Tomography Scanning and Precision Medicine: Esophageal Cancer. *PET Clinics*, **12**, 373-391. <https://doi.org/10.1016/j.cpet.2017.05.001>
- [8] Varghese, T.J., et al. (2013) The Society of Thoracic Surgeons Guidelines on the Diagnosis and Staging of Patients with Esophageal Cancer. *The Annals of Thoracic Surgery*, **96**, 346-356. <https://doi.org/10.1016/j.athoracsur.2013.02.069>
- [9] Young, P.E., et al. (2010) Endoscopic Ultrasound Does Not Accurately Stage Early Adenocarcinoma or High-Grade Dysplasia of the Esophagus. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, **8**, 1037-1041. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2010.08.020>
- [10] Ajani, J.A., et al. (2011) Esophageal and Esophagogastric Junction Cancers. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, **9**, 830-887. <https://doi.org/10.6004/jnccn.2011.0072>
- [11] Larghi, A., et al. (2005) EUS Followed by EMR for Staging of High-Grade Dysplasia and Early Cancer in Barrett's Esophagus. *Gastrointestinal Endoscopy*, **62**, 16-23. [https://doi.org/10.1016/S0016-5107\(05\)00319-6](https://doi.org/10.1016/S0016-5107(05)00319-6)
- [12] Naveed, M. and Kubiliun, N. (2018) Endoscopic Treatment of Early-Stage Esophageal Cancer. *Current Oncology Reports*, **20**, 71. <https://doi.org/10.1007/s11912-018-0713-y>
- [13] Biere, S.S., et al. (2012) Minimally Invasive versus Open Oesophagectomy for Patients with Oesophageal Cancer: A Multicentre, Open-Label, Randomised Controlled Trial. *The Lancet*, **379**, 1887-1892. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60516-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60516-9)
- [14] Straatman, J., et al. (2017) Minimally Invasive versus Open Esophageal Resection: Three-Year Follow-Up of the Previously Reported Randomized Controlled Trial: The TIME Trial. *Annals of Surgery*, **266**, 232-236. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000002171>
- [15] 何占锋, 等. 机器人辅助与胸腹腔镜辅助食管癌根治术的近远期疗效比较[J]. 中华胃肠外科杂志, 2020(4): 390-395.
- [16] Ishikawa, H., et al. (2006) Radiation Therapy Alone for Stage I (UICC T1N0M0) Squamous Cell Carcinoma of the Esophagus: Indications for Surgery or Combined Chemoradiotherapy. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, **21**, 1290-1296. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1746.2006.04089.x>
- [17] Kato, H., Sato, A., Fukuda, H., Kagami, Y., Udagawa, H., Togo, A., et al. (2009) A Phase II Trial of Chemoradiotherapy for Stage I Esophageal Squamous Cell Carcinoma: Japan Clinical Oncology Group Study (JCOG9708). *Japanese Journal of Clinical Oncology*, **39**, 638-643. <https://doi.org/10.1093/jjco/hyp069>
- [18] Kitagawa, Y., Uno, T., Oyama, T., Kato, K., Kato, H., Kawakubo, H., et al. (2019) Esophageal Cancer Practice Guidelines 2017 Edited by the Japan Esophageal Society: Part 1. *Esophagus*, **16**, 1-24. <https://doi.org/10.1007/s10388-018-0641-9>
- [19] Shaheen, N.J., et al. (2016) ACG Clinical Guideline: Diagnosis and Management of Barrett's Esophagus. *American Journal of Gastroenterology*, **111**, 30-50. <https://doi.org/10.1038/ajg.2015.322>
- [20] Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R.L., et al. (2021) Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, **71**, 209-249. <https://doi.org/10.3322/caac.21660>
- [21] 魏文强. 我国食管癌防控的现状与挑战[J]. 中华预防医学杂志, 2019, 53(11): 1081-1083.