

醫學專欄

早期大腸直腸癌內視鏡治療的新進展 內視鏡粘膜下層剝離術的應用

阮綜合醫院 消化內科 許文欣醫師

前言

大腸直腸癌已經連續四年成為台灣癌症發生率第一名的癌症，且觀察其發生人數的增長，此一趨勢恐會延續數年。近年，台灣亦大舉推動糞便潛血篩檢做為大腸直腸癌的防治，一般來說，利用免疫方法下的糞便篩檢對於進行性大腸癌有超過八成五的敏感性，甚至對於大型息肉亦有將近五成的敏感度¹。若由大腸鏡確診為進行性大腸癌，儘速接受手術切除輔以其它治療，相較其他消化道癌症通常亦有不錯預後。若只是腺瘤（adenoma），因為將近七成的大腸癌是由此轉變而來，所謂 adenoma carcinoma sequence，所以一般也會移除腺瘤，文獻亦支持切除腺瘤有助降低大腸直腸癌的發生率與死亡率²。

內視鏡的息肉切除

一公分以內的息肉，一般的內視鏡切除大概不是問題，若為一公分至兩公分以上的息肉，運用內視鏡粘膜切除術通常也可以達

到快速且安全的整片完全切除。但若為超過兩公分以上的息肉，內視鏡切除通常面臨一定的難度。先前會選擇手術切除腸管或以內視鏡粘膜切除術分成數片切除。但是，以側方生長型息肉（Laterally spreading tumor）為例，即便大小在四、五公分以上，往往只是良性腺瘤或原位癌，淋巴結轉移風險為零，逕予手術切除對於病人來說侵襲性太高，但若以粘膜切除術分成數片切除，往往易造成病理判斷不易，忽略微小的癌病變而且局部復發率較高。在此情況下，以特製電刀，在息肉周圍沿著息肉粘膜下層一刀一刀將早期腫瘤剝離的切除方法便應運而生，即所謂內視鏡黏膜下層剝離術（Endoscopic submucosal dissection, ESD）。

內視鏡黏膜下層剝離術

粘膜下層剝離術源自日本，最早應用在早期胃癌的切除，此後適應症也擴充到食道的早期癌，在大腸的應用因為大腸腸管彎曲且腸壁較薄，被認為難度很高，一直到近

年因為相關設備與電刀的進步，再加上文獻的佐證，終於在近年獲致極大進展，不止日本，歐亞各國亦有文獻證明此為一安全有效的內視鏡治療方法³⁻⁵。此一內視鏡治療的優勢在於術後沒有任何腹部傷口，不需深度麻醉，病人術後立即如尋常人一般，只需術後當日禁食，沒有併發症的話隔日可恢復進食，住院天數約三至五天。日本的保險制度也在2012年四月正式將大腸直腸的內視鏡粘膜下層剝離術納入保險給付。

是不是所有大腸直腸息肉都適合接受內視鏡粘膜下層剝離術？現今因為內視鏡解析力與特殊光源（如窄頻影像Narrow band image）的進步，大多數的息肉皆可在發現時透過仔細觀察得知此為單純腺瘤或有早期局部癌病變甚或已經是進行性癌症，再加上切片後的纖維化會阻礙後續內視鏡切除，所以大多數情況已經不會針對大型息肉施行切片，取而代之的是詳細的內視鏡觀察。一般來說，超過兩公分的良性腺瘤，或局部淺層癌病變都適用內視鏡粘膜下層剝離術。兩公分以內的話，一般會以粘膜切除術處理，若此病灶為切除後復發的息肉，可能有嚴重纖維化或推測癌病變深度較深，則會以內視鏡粘膜下剝離術處理。

接受內視鏡粘膜下層剝離術切除大腸直腸息肉後還需要其它治療嗎？完整切除與完整病理判斷是決

定病變程度與深度的關鍵。癌病變若合併以下任一情況，因為可能有淋巴結轉移的風險，所以必須建議病人接受追加手術：癌病變深度超過粘膜下層1,000 um, 未分化癌，有血管或淋巴管的侵犯。近來，日本亦將癌細胞侵犯先端的budding程度列為是否需迫切手術的條件⁶。反之，若無以上狀況，內視鏡粘膜下層剝離術即可為一完整治療。

值得一提的是，早期大腸直腸病變的發現與成功且安全的治療都仰賴乾淨的清腸成績。大腸鏡檢前的清腸準備相當重要，目前實證有效的兩種藥劑包括polyethelene glycol (PEG)，市場上商品如刻見清 (Klean-pre)或耐福力 (Niflec)以及sodium phosphate 護舒達 (Fleet)，目前台灣的健保制度下都不給付，惟為免病人因清腸不佳漏失病灶，暴露於檢查危險中或需重新檢查一次，還是應當向病患詳細說明建議使用自費藥物的必要性。這兩類藥物的清腸成績比較，原則上近年的meta-analysis傾向認為PEG較Sodium phosphate為優，再者，sodium phosphate因為有腎衰竭甚或致死之疑慮，目前美國或歐洲最新指引已不建議作為第一線用藥⁷⁻⁸。

結語

總之，大腸鏡檢前做好優良的清腸準備，有利早期大腸直腸癌的發現，現今內視鏡切除技術的進步

使得許多病人可以免去開腹手術之苦，任何內視鏡判斷為腺瘤或早期癌的大腸直腸病灶皆可交由內視鏡醫師評估是否適合以內視鏡粘膜下層剝離術處理。

參考文獻

1. Lieberman DA. Screening for colorectal cancer. N Engl J Med 2009;361:1179-87
2. Zauber AG, Winawer SJ, O'Brien MJ, et al. Colonoscopic polypectomy and long-term prevention of colorectal-cancer deaths. N Engl J Med 2012;366:687-96
3. Saito Y, Uraoka T, Yamaguchi Y, et al. A prospective, multicenter study of 1111 colorectal endoscopic submucosal dissections (with video). Gastrointest Endosc 2010;72:1217-25
4. Toyonaga T, Man-I M, Fijita T, et al. Retrospective study of technical aspects and complications of endoscopic submucosal dissection for laterally spreading tumors of the colorectum. Endoscopy 2010;42: 714-22
5. Probst A, Golger D, Anthuber M, et al. Endoscopic submucosal dissection in large sessile lesions of the rectosigmoid: learning curve in a European center. Endoscopy 2012;44:660-67
6. Ueno H, Mochizuki H, Hashiguchi Y, et al. Risk factors for an adverse outcome in early invasive colorectal carcinoma. Gastroenterology 2004;127:385-94
7. Hsu WH, Lin CH, Tai YH, et al. Lactic acidosis and acute renal failure after oral sodium phosphate for bowel preparation in a patient using metformin – a case report. J Soc Colon Rectal Surgeon (Taiwan) 2012;23:72-75
8. Hassan C, Bretthauer M, Kaminski MF, et al. Bowel preparation for colonoscopy: European society of gastrointestinal endoscopy (ESGE) guideline. Endoscopy. 2013;45:142-55

龜氏物語

●李剛領醫師提供

龜媽教龜爸去買醬油。去了半天仍不見蹤影。龜媽氣得敲著鍋蓋、叫龜兒子說：「兒子！你去看看，你老爸是否被車撞了！買個醬油買半天！」

忽然，大門被打開，龜爸探頭進來，說：「我鞋子剛穿好，都還沒上馬路，哪來被車撞了！」接著又說：「妳嫌慢，就叫妳龜兒子去買好了！」

龜爸說著說著就坐下來脫他的鞋子。