

大腸直腸肛門疾病癥狀系列報導 (100) 大腸直腸外科醫師／熊維羆

大腸直腸肛門疾病簡介：大腸直腸癌分期與治療 (B)

續前文

早期大腸直腸癌，第0期及第1期，只要接受是當的內視鏡切除手術或外科手術切除，便會有很好的治療效果和5年存活率，手術後不需要追加化學治療。

第2期大腸直腸癌，外科手術切除為第一優先選擇，因為沒有局部淋巴結轉移，所以手術後只需要密切追蹤，一般情形不需要進行手術後輔助性化學治療，除非有一些高風險危險因子。研究顯示，第二期大腸癌合併高風險危險因子，癌症復發機率較無危險因子高，故建議手術後輔助性化學治療。

第3期大腸直腸癌，因為有局部淋巴結轉移，復發機會較高，建議手術後輔助性化學治療。有接受化學治療者，5年存活率可以提高10%以上。

第4期大腸直腸癌，因為已經遠端器官轉移了，還需要加上標靶化學治療藥物進行腫瘤毒殺。所以化學治療優先選擇，手術為輔。除非腫瘤阻塞，轉移病灶不多，外科手術可以切除乾淨者則可以考慮手術切除。

看完上述的介紹後，相信大家對於TNM分期及大腸直腸癌分期系統應該有些初步的認

識，就可以與臨床醫師進行更深入的溝通討論。

微創手術：0 期原位癌 (Tis) 及第 1a期大腸癌 (T1) 行大腸內視鏡切除原則。

隨著成人健康檢查、大腸直腸癌糞便潛血檢查及大腸鏡檢查的普及，越來越多早期大腸癌的被診斷出來。

很多早期癌症可經由大腸內視鏡切除乾淨，並不需要額外加做傳統剖腹大腸切除手術或腹腔鏡大腸切除手術，也可以達到和開刀一樣好的存活率。接下來，幫您分析那些族群的病人可以單純做大腸內視鏡切除腫瘤。

先說結論：

只有 0 期原位癌 (pTis) 和第 1a期大腸癌 (T1) 有條件單純做大腸內視鏡切除腫瘤。

其他第 1b 期 (T2)、第 2 期、第 3 期，都必須要行傳統剖腹大腸切除手術或腹腔鏡大腸切除手術；第 4 期則以化學治療為主。

0期原位癌 (pTis)

腫瘤病理報告為 0期原位癌 (pTis) 且腫瘤有切除乾淨，因為原位癌不算是惡性腫瘤，不需要額外接受大腸切除手術，單純追蹤即可，建議 1 年內再做一次大腸鏡檢查。

1a期大腸癌 (T1)

腫瘤病理報告為1a期大腸癌 (T1) 且病理報告全部符合下列良好預後因子條件：

(1) 良好腫瘤分化 (Well or moderate differentiation)

(2) 無淋巴血管侵犯 (No lymphovascular invasion)

(3) 黏膜下層侵犯小於 1mm (Submucosal invasion <1mm)

(4) 乾淨的切除邊界 (Clear, negative resection margin)

(5) 無侵犯的腫瘤芽胞形成 (No invasive tumor budding)

表示大腸鏡已經切除乾淨，淋巴結轉移率小於1%。病患並不需要加做大腸切除手術，但是假如病患比較年輕或生性緊張，無法承受 <1% 淋巴結轉移的話，額外加做大腸切除手術也是合理的。

T1大腸直腸癌的良好預後因子

若為 1a期大腸癌 (T1) 但是病理報告沒有全部符合良好預後因子條件的話，統計起來淋巴結轉移率最高可以達10%，根據治療準則，這群病患必須要加做大腸切

除手術，清除淋巴結，避免局部轉移。若有缺少任何一個病理良好條件時，額外的外科大腸切除手術是必須的。

因此在早期 1a 期大腸癌 (T1) 病患，病理科醫師的角色很重要，需要把檢體詳細審視確定為T1檢體，且 5 項良好預後因子的分析也要仔細檢查，缺一項不可。

回答一些常見的問題：

0期原位癌 (pTis) 還不是癌症，為什麼醫師還是幫我做大腸切除手術治療呢？

當腫瘤越大，通常大於 2 公分，經大腸鏡切除腫瘤的風險就大大增加，有可能會增加穿孔或流血的機會；當腫瘤的位置在大腸較深處或轉彎處，不易使用大腸鏡切除時，都可能需要外科手術切除比較安全。

腫瘤過大時，有沒有什麼比較

安全的切除方法？

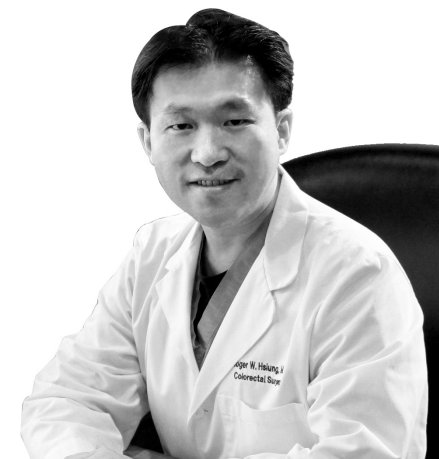
除了單純電燒切除時，醫師常常會使用的內視鏡切除技術為：

(1) 內視鏡黏膜切除術 (Endoscopic mucosal resection, EMR)

(2) 內視鏡黏膜下剝離術 (Endoscopic submucosal dissection, ESD) 減少出血穿孔的機會，順利把腫瘤切除下來

會不會治療前醫師跟您說是良性腫瘤，治療後卻是惡性腫瘤呢？極有可能，我們會盡量使用窄頻內視鏡 (Narrow band imaging, NBI) 及 染色內視鏡 (Chromoendoscopy)，Pit pattern 分類技術，盡量在大腸鏡切除前做最好的評估，若評估起來很明顯為惡性腫瘤，會進行外科手術切除；若評估偏向早期原位癌或T1 癌症時，可以先使用大腸鏡切除後行病理診斷化驗。

大腸鏡腫瘤切除後，病理報告為T1a但病理報告不完全符合良好預後因子條件，醫師建議外科大腸切除手術，這樣算不算開兩次



刀呢？

這樣不算是開兩次刀，因為是病理報告呈現危險預後因子，最高有10%淋巴結轉移機會，所以一定加做外科大腸手術切除，這是需要病理診斷等待報告通知，再評估是否需要手術，不算開兩次刀。

醫師講的好複雜，不能簡單一點嗎？當然可以簡單一點，就是直接開刀接受大腸切除，最後在看病理分期治療囉。但是這樣不符合微創手術的時代潮流趨勢，難道你想要開到完才發現根本不需要動這一刀嗎？所以還是好好跟醫師討論一下治療方針才是最重要。全文完



大腸直腸診所

熊維羆 醫學博士

Roger W. Hsiung, M.D., F.A.C.S.

美國外科手術委員會認證

美國大腸直腸外科手術委員會認證

www.CRCLasVegas.com

電話: 702-586-6688 (精通英、國、粵、西班牙語) 傳真: 702-586-9988

6080 S. Durango Dr., #105, Las Vegas, NV 89113