

大腸癌, 應該知道的 篩檢方針



一般風險的人群可從50歲開始檢查

全美結直腸癌協會建議一般風險的人群選擇以下任何一項檢查:

- ◎ 每十年做一次結腸鏡檢;
- ◎ 每五年做一次乙狀結腸鏡檢;
- ◎ 每年做糞便隱血檢查;
- ◎ 每五年做銀劑灌腸造影或CT檢查;
- ◎ 糞便DNA檢測, 時間自定。

除了結腸鏡檢以外, 上述任何測試結果陽性的人士均應作結腸鏡檢查。

大腸癌是結腸癌和直腸癌的統稱, 其中三分之二的癌變會發生在腸道左面, 即降結腸、乙結腸及直腸, 三分之一發生在大腸右面, 也就是升結腸、橫結腸及盲腸, 隨著生活方式的改變, 近年患上大腸癌的病人越來越多。

素芬今年四十多歲, 多年來都有肚痛肚脹、胃口差等症狀, 但她以為只是小問題, 而且自己年紀還輕, 所以一直沒有認真理會。直到後來病症越來越重, 經過腸鏡檢查, 證實患上腸癌, 而且已經擴散至淋巴, 情況不容客觀。素芬手術治療後還需要持續進行化療。治療過程中她對這個疾病的認識加深, 知道遺傳也是一個主要成因。她想到了自己的胞兄和她患病前一樣從未接受過腸鏡檢查, 於是軟硬兼施力勸兄長接受檢查, 結果哥哥也被發現有個腸息肉。

那麼我們如何知道自己是否需要接受腸鏡檢查呢? 全美大腸癌協會有一套篩檢方針, 參考此套檢查原則, 你可以基本判斷出自己是否需要接受腸鏡檢查以及檢查的頻率。

在美國, 只有不到一半的大腸癌患者作過相應檢查, 同時許多沒有息肉或僅有良性息肉的受檢者不斷重複不必要的檢查。根據現有的檢查和監護方針可減少病人不必要的結腸鏡檢, 同時加強對大腸癌高危人群的監護機制。

為什麼要檢查

大約百分之六的美國人會患上侵潤性結直腸贅瘤, 在美國因癌症而去世的人當中, 大腸癌是第二大病因。在2007年, 約有153,760人被診斷出患有大腸癌, 其中52,180人不幸去世。

儘管如此, 大腸癌仍是少數可預防的癌症之一, 一直以來體檢被宣傳為救命的法寶, 因為結腸鏡檢既可儘早發現結直腸癌, 也能在結腸鏡檢中作單純切除癌前病變的腺瘤。Medicare醫保系統從1998年起就開始承擔結腸鏡檢的費用, 而對該檢查的需求率從此也上升了百分之一百十二。

一般風險的人群可從50歲開始檢查

全國的監護方針指導一般風險的人群從50歲開始結直腸癌的篩檢, 一般風險是指沒有大腸癌、潰瘍性結腸炎或克隆氏症症狀, 也沒有結直腸贅瘤的個人和家族病史。

高危人群的及時篩查

有結直腸息肉或大腸癌家族史的人士應於40歲時開始檢查, 或比其親屬患病年齡提早十年開始, 部分人須至少每十年檢測一次。

息肉不都是癌前病變

組織病理學報告可幫助臨床醫生決定息肉切除術後的檢查方針，息肉可以通過組織學特徵來進行分類，最常見的類型就是腺瘤和增生性息肉。

腺瘤是大腸癌的癌前病變，它沿著腺瘤-癌瘤的發展模式進展。大腸癌病人長有腺瘤型息肉不足為奇，因為息肉隨著年齡增長會越長越多。在一般風險的50至54歲人群中，有百分之十一的人患有息肉病，65至75歲人群中這個比例上升到百分之三十三到百分之五十。

通常，增生型息肉被錯誤地認為是良性的，事實上它既不是癌症前兆，也沒有臨床意義，Boolchand等人發現百分之六十一的醫師會讓一個長有6毫米增生型息肉的病人在至少五年內進行一次結腸鏡檢。目前一致的大腸癌篩檢方針則認為，大多數長有增生型息肉的病人不用進行結腸鏡檢，這些人士並未處在大腸癌的高危風險中，完全可以回到一般風險的篩檢標準中：每十年作結腸鏡檢，也就是和普通人一樣。

這對病人意味著什麼？

如果一個普通病人被發現有一個腺瘤或未有進一步發展的腺瘤，那麼息肉切除術後的監察時間應取決於腺瘤的數目。目前的指導性檢查方針認為，有一到兩個小型管狀腺瘤的病人，其腺瘤復發風險較小，因此結腸鏡檢可定為5到10年一次。

同時，已經完全摘除的息肉，如果發現有高度瘤形成的兩個特徵：大於1釐米和具有絨毛特徵，病人要在3年內再作一次檢查。

鏡檢質量的重要性

在這裡有一個重要說明，目前的息肉切除術後監察方針是建立在腸道準備充分，且整個結腸到盲腸都已仔細檢查過的基礎上的，所以，醫生在決定病人的檢查日程時應根據病人的結腸鏡檢結果而定。如果病人檢查前準備不足，檢查不完整或發現異常腫塊，因被儘快召回重作檢查。

素芬的兄長結果被發現長有一粒直徑達2寸的息肉，後來由內窺鏡手術

切除，由於息肉大於1釐米，所以素芬的兄長每三年都需要作結腸鏡檢。了解多點關於大腸癌的檢查方針，對自己對家人都有益處。■

腺瘤的數量、大小和特徵

如果有人不幸被查出長有腺瘤，知道上述三個問題，便可了解自己是否需要再作一次結腸鏡檢。

數量

研究人員在479個病人的結腸鏡檢結果中發現，判斷腺瘤會否復發的最好方法就是在三年中觀察它的數量。在多變量分析中發現，在結腸鏡檢中底部發現三個或以上的腺瘤，是接下來的鏡檢中發現兩個以上腺瘤的關鍵因素之一。在初檢中有一個或兩個腺瘤的病人中，只有百分之三點三發展成嚴重的腺瘤，腺瘤數量多於兩個的病人中則是百分之六。

其他研究也發現腺瘤的數量決定其未來的生長發展，尤其是大腸癌的形成。

大小

Noshirwani等人參照了他們的腺瘤分析記錄後發現，1釐米或以上的息肉與在三年後形成的腺瘤有重要的關係。

特徵

研究顯示當腺瘤有管狀絨毛或絨毛特徵時，日後患上腺瘤病變或癌症的風險會增加，同樣，高度發育異常也與腺瘤的進一步病變密切相關。

根據腺瘤特徵和風險，評定息肉切除術後的監察方針

結腸鏡檢查發現	醫生建議
一般風險：	
小型左半結腸增生性息肉，即未達標準的增生性息肉綜合症：	繼續一般檢查計劃。
一至兩個小型(小於1釐米)管狀腺瘤：	每五到十年作一次結腸鏡檢。
高風險：	
三到十個或任何大於一釐米的腺瘤，且有絨毛或高度異常發育特徵：	每3年作結腸鏡檢。
多於10個腺瘤：	至少每三年作結腸鏡檢，並就家族病史作基因測試評估。
增生性息肉綜合症：	需作結腸鏡檢，間隔時間視具體情況而定。

編譯參考文獻：

Laura K Bianchi, MD & Carol A. Burke, MD: "Understanding current guidelines for colorectal cancer screening: A case-based approach." 2008年6月號《CLEVELAND CLINIC JOURNAL OF MEDICINE》