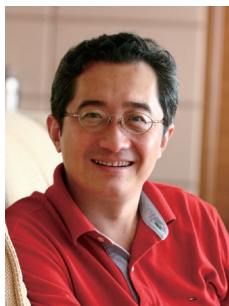


## 中国早期食管鳞状细胞癌及癌前病变筛查与诊治共识解读

## 筛查是降低食管鳞癌死亡率的重中之重

▲ 山东大学附属省立医院消化内科 许昌芹 首都医科大学附属北京友谊医院消化内科 李鹏 张澍田



张澍田 教授

食管癌发病率在全球范围居恶性肿瘤第八位，在我国大陆居各类肿瘤第五位，其死亡率在全球范围居恶性肿瘤第六位，在我国大陆居第四位。我国食管癌以食管鳞状细胞癌（简称食管鳞癌）为主，占食管癌90%以上，其次为食管腺癌。

食管鳞癌患者的预后与诊断时的肿瘤分期密切相关。报道显示，早期食管鳞癌外科手术切除后5年生存率达85%~90%，而对于中晚期患者5年生存率仅为6%~15%；而随着消化内镜治疗学的不断发展，近年来对早期食管鳞癌及其癌前病变行内镜下的微创治疗已成为趋势。研究显示，早期食管鳞癌微创治疗的5年生存率可达85%~95%，因此开展食管鳞癌的筛查及早诊早治是目前提高食管鳞癌治疗效果的有效途径。

为提高我国食管鳞癌早期检出率及治愈率，中华医学会消化内镜学分会消化系早癌内镜诊断与治疗协作组、中华医学会消化病学分会消化道肿瘤协作组、中华医学会消化病学分会消化病理学组35位国内消化及消化内镜专家共同制定了针对我国国情的食管鳞癌筛查诊治共识。

## 消化专栏编委会

栏目总编辑：张澍田

执行主编：

陈旻湖 侯晓华 贾继东

李鹏 李兆申 姒健敏

唐承薇 杨云生 袁耀宗

本期轮值主编：李鹏

主编助理：李鹏

OLYMPUS

## 定义

## 早期食管鳞癌定义有了更新

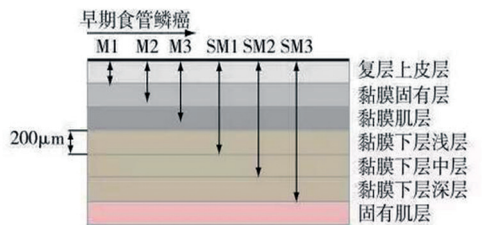
食管鳞癌的癌前病变主要指食管鳞状上皮细胞的异型增生，WHO现称上皮内瘤变，被定义为细胞形态、大小、结构异常，包括多形细胞以及深染的核分裂象，细胞幼稚并出现异型有丝分裂、细胞正常极性消失。根据细胞异型增生的程度和上皮累及的深度分为低级别上皮内瘤变（LGIN）和高级别上皮内瘤变（HGIN），其中LGIN指异型细胞局限在上皮下1/2以内，HGIN指异型细胞累及上皮下1/2及以上。

早期食管鳞癌是指

局限于食管黏膜层的鳞状细胞癌，不论有无淋巴结转移。

在此之前早期食管癌定义为局限于黏膜层及黏膜下层并且无淋巴结转移的癌。但随后的研究发现，当肿瘤局限于黏膜层时淋巴结的转移率几乎为0，而当

肿瘤侵犯到黏膜下浅层时淋巴结转移率为21%~29%，侵犯到黏膜下深层时淋巴结转移率为50%~76%，所以目前认为仅局限于黏膜层的食管鳞癌为早期食管鳞癌，而侵犯到黏膜下层的鳞状细胞癌属于浅表食管癌范畴。



M1、M2、M3期癌属于早期食管癌；病变浸润至黏膜下层但距黏膜肌层200 μm以内者称为SM1期癌

浅表食管鳞癌巴黎分型分期模式图

## 筛查

## 筛查有助于食管鳞癌早发现、早诊断及早治疗

发现早期患者是降低食管鳞癌死亡率的关键之一。筛查有助于食管鳞癌的早发现、早诊断和早治疗，这是预防食管鳞癌和降低食管鳞癌累积死亡率的重中之重。

初筛应针对全体成年人，宜选择经济且简便易行的方法，推荐使

用基于高危因素的问卷调查进行初筛，确立一般风险人群、高风险人群及家族史不详的人群，进一步行胃镜检查，并个体化配合使用色素内镜和（或）电子染色内镜，疑有问题处应予以活检进行病理诊断；有反酸、烧心等上消化道症状者

就诊时予以机会性筛查。推荐对于无症状人群在对全体成年人初筛的基础上确立食管鳞癌不同风险人群，分别给予不同的筛查方案，将55~74岁的一般风险人群、40~74岁的高风险人群以及家族史不详的人群作为内镜筛查的目标人群。

## 诊断

## 上消化道内镜检查结合组织病理学是食管鳞癌诊断的金标准

对于难以发现的病变则要依靠色素内镜以及电子染色内镜发现，然后靶向活检，通过组织病理学予以诊断。

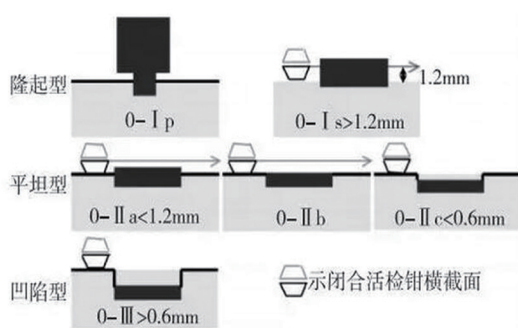
食管鳞癌的诊断还应对恶性程度、浸润深度以及有无淋巴结转移作出诊断。恶性程度可以根据病理组织学类型进行判断，浸润深度则需结合色素放大内镜、超声内镜等检查甚至诊断性内镜下切除来予以诊断，并据此来评估淋巴结转移的情况以指导临床治疗方案的选择。

早期食管鳞癌及癌前病变在白光内镜下可表现为：（1）颜色的改变，可为斑片状发红或发白，边界欠清晰；（2）黏膜形态的改变，微隆起或凹陷，亦有完

全平坦型，黏膜比较粗糙，可伴有糜烂或结节，质地比较脆或硬，触碰易出血；（3）血管纹理的改变，黏膜下血管模糊或消失。碘染色可以大大增加早期食管癌的检出率。电子染色内镜及放大内镜下观察采用早期食管鳞癌放大内镜日本食管学会分型，结合病变区域背景着色

情况进行病变的诊断，可以初步判定病变的范围及浸润深度，并且与病理诊断有极高的吻合度，其诊断的准确率可达90%。

推荐对可疑早期食管鳞癌予以超声内镜检查以评估肿瘤浸润的深度及周围淋巴结转移的情况，指导临床治疗方案的选择。



早期食管鳞癌内镜下分型模式图及判断标准

## 治疗

## 内镜下治疗适应证及禁忌证

早期食管鳞癌及癌前病变内镜下治疗的适应证 推荐内镜下治疗前评估为食管HGIN、M1期癌、M2期癌为

内镜下治疗的绝对适应证；M3期癌、累及食管3/4周以上的上述病变为内镜下治疗的相对适应证。

## 早期食管鳞癌及癌前病变内镜下治疗的禁忌证

（1）患者不同意；（2）患者不能配合；（3）有严重出血倾向者；（4）严重心肺功能异常不能耐受内镜治疗者；（5）生命体征不平稳者；（6）有食管静脉曲张或静脉瘤，无有效的出血预防对策者；（7）病变位于食管憩室内或波及憩室者；（8）术前评估有淋巴结转移的M3及SM1期癌；（9）低分化食管鳞癌及未分化食管鳞癌。

推荐内镜下黏膜剥离术（ESD）治疗作为早期食管鳞癌治疗的首选方法，该方法可获得完整切除，有利于术后的病理评估，可更好地

确定疗效以及是否需要进一步治疗。包括隧道式ESD，隧道式黏膜剥离术是在经典ESD基础上的改进，其提出主要是针对环周型病变。

## 病理

## 规范的病理报告注意七点

病理标本的处理 制片，并且规范化的需要严格规范化地予以固定、取材、包埋、病理报告应该包括以下七点。

- ★ 标本类型、病变肉眼形态及大小；
- ★ 组织学分型：（1）癌前病变（低级别上皮内瘤变、高级别上皮内瘤变）；（2）高分化鳞癌、低分化鳞癌。
- ★ 肿瘤侵犯的深度（SM1：< 200 μm）；
- ★ 脉管有无侵犯；
- ★ 黏膜标本的手术切缘状态；
- ★ 周围黏膜其他病变；
- ★ 绘制黏膜病变谱系图。

## 随访

## 治疗后需密切随访

★ 在治疗后的第1年每3个月复查1次，后续每年复查1次。

★ 每次胃镜复查应予以碘染色和（或）电子染色内镜仔细观察，发现可疑病变时予以活检行病理学检查；对于仅行内镜下切除治疗的M3、SM1期癌，每次复查应行颈部超声检查及超声内镜检查，注意有无淋巴结肿大。

★ 对于多发食管鳞癌及食管碘染色多部位不染色者异时性食管鳞癌发生率高，建议每6个月复查1次。在术后前2~3年内每3~6个月定期行直肠检查以明确有无局部复发。

★ 对于随访过程中发现病变残留或局部复发以及新发病灶，可再次予以内镜下治疗，内镜下治疗失败者可追加外科手术治疗或放化疗。

（注：该共识在《中华消化内镜杂志》《中华内科杂志》《中国医刊》《中国实用内科》上2016年第1期同期发表，并装订成册由人民卫生出版社出版。）

（下转第17版）