

①

出國報告（出國類別：會議）

②

卵巢癌上腹腔手術大體解剖實習

③

服務機關：台北榮民總醫院婦女醫學部

姓名職稱：莊其穆，遺傳優生學科主任
劉希儒，主治醫師

派赴國家：美國

出國期間：102年10月18日至21日

報告日期：102年11月5日

摘要

在台灣卵巢癌每年約有 1000 例新診斷病例，在美國則是每年約有 25,000 例新病患，卵巢癌一直是婦癌治療領域上一個很棘手難治療的病。卵巢癌（上皮癌）的平均發生年齡是 63 歲，而生殖細胞瘤的平均發生年齡則是 25 歲。根據流行病學研究卵巢癌的危險因素有未生育過，過早出經，以及晚停經有相關性。然而生愈多胎，曾哺乳過，以及吃過避孕藥可以患卵巢癌機會降低。

卵巢癌的早期診斷並不容易主要的原因是早期時幾乎沒有症狀。所以接近 70% 的卵巢癌診斷時已經是第三期或是第四期。主要常見的症狀有下腹脹，易飽食感，排便習慣改變。所以女性只要下腹不適都應該要看婦產科。等到更嚴重有腸阻塞或是會喘時，那就代表病情接近晚期。

根據世界婦產科醫學會 (FIGO) 的建議，卵巢上皮癌可再分類為 漿液性 (serous)，黏液性 (mucinous)，內膜性 (endometrioid)，透明細胞癌 (clear cell)，布涅爾 (Brenner)，未分化型 (undifferentiated)，以及混合型 (mixed type 指同時擁有兩種以上成分)。漿液性是最常見的占了約 50% 的比例，跟輸卵管癌的病理特性最為相似。BRCA 基因異常的病患也多發生此種漿液性腫瘤。而內膜性腫瘤(endometrioid) 則和子宮內膜癌的病理特性類似，偶爾這類病患會同時存在有子宮內膜異位症的病灶。至於透明細胞癌 (clear cell tumor) 則就少見多了，多半發生在 40 幾歲。有趣的是這類病患 50% 會同時存在有子宮內膜異位症的病灶。透明細胞癌的特性是這類癌細胞是很惡性的，即使是早期也很容易復發，治療時要特別小心。至於黏液性 (mucinous cell tumor) 則是和子宮頸或是腸道的病理特性類似，發生在年齡較大女性。這類腫瘤很少分泌 CA125。

根據美國 NCCN 臨床指引，一個標準的卵巢癌手術 (debulking surgery) 包括以下：

1. 腹腔腹膜液抽取 (peritoneal fluid collection or washing cytology)
2. 全子宮切除 (total hysterectomy)
3. 雙側輸卵管和卵巢切除 (bilateral salpingo-oophorectomy)
4. 大網膜切除 (Infracolic omentectomy)
5. 骨盆腔即主動脈旁淋巴摘除 (pelvic LN and para-aortic LN dissection)
6. 對腹腔內任何沾黏或腫瘤懷疑處做切片 (biopsy over any suspicious lesions)
7. 雙側腸溝 (paracolic gutter) 及雙側橫膈膜 (bilateral hemodiaphragm) 作細胞學檢查
8. 對正常的腹膜作隨意切片 (random biopsy)
9. 若是黏液性腫瘤 (mucinous) 時，應加作闌尾切除 (appendectomy)

本次出國學習內容是針對第三期- 第四期卵巢癌的病患，此病患族群約有 20% 的機會腫瘤會侵犯至上腹腔，目前多數臨床醫師除了傳統的超音波刀使用，此外如果需作進一步手術處理，目前皆須會診一般外科作處理，但是由於一般外科醫師與婦科腫瘤醫師常持相左意見，因此常常上腹腔手術至難施行。本 workshop 由美國著名卵巢癌醫師 DR. Robert Bristow 負責指導，利用大體解剖方式，進行上腹腔手術，包含肝臟 dissection, diaphragm dissection, splenectomy, celiac axis lymph node dissection, SMA lymph node dissection, bowel re-anastomosis, portal triad dissection 教導內容精彩

詳實。對於外來從事上腹腔手術有了更大的信心。本次 workshop 由於將在日後常態性進行，因此也將建議部門的 oncology fellow 能盡量參加。

關鍵字：卵巢癌、上腹腔轉移、肝臟轉移、腸吻合手術

Keyword: Ovarian cancer, upper abdominal surgery, liver metastasis, bowel reanastomosis

目次

摘要	1
一、 目的	4
二、 過程	4
三、 心得	5
四、 建議事項	5
附錄	6

一、目的

本次出國進修主要是到美國加州的 UC Irvine 進行為期兩天的卵巢癌上腹腔大體解剖訓練。第一天主要是以上課為主，上課地點是在美麗的 Laguna 海灘的 Surf and Sand hotel，而第二天則移師到 UC Irvine 的附屬醫院進行大體解剖手術。

二、過程

首先由桃園出發，直接飛洛杉磯，在洛杉磯下飛機，check 海關行李之後，就租了一輛車，直接開往 Laguna 海灘。這個海灘是美國人的度假勝地，因此遊客極多，但是物價也非常貴。

第一天的上課主持人請來多位在卵巢癌學有專精的醫師，包含了目前擔任 UC Irvine 婦癌科主任 Robert Bristow，紐約 Memorial Sloan-Kettering 的 Dennis Chi，Mayo Clinic 的 William Cliby，C Irvine 的 Krishnansu Tewari，義大利 Angelo Magioni。皆為目前主要卵巢癌治療的 opinion leader。

在這些課程中，每位講師皆將其專業領域仔細說明，我從中學習到肝臟，脾臟以及上腹腔 Celiac axis，Superior mesenteric axis 的解剖位置，這些珍貴的學習在一般的課程很少會這麼集中於一天上完，因此收穫真是很豐富。

第二天則是移師到 UC Irvine 的附設醫院進行實際的大體解剖實習，我們學員約有 40 位，共分成 15 組，因此每組 3 - 4 位學員，我和北榮劉希儒醫師與新加坡國立大學的兩位醫師，總共四人分在同一組。我們互相輪流幫對方拉鉤，總共進行了肝臟 dissection，diaphragm dissection，splenectomy，celiac axis lymph node dissection，SMA lymph node dissection，bowel re-anastomosis，portal triad dissection。

在以上的手術中，我覺得對於婦科腫瘤醫師而言，最有可能上手以及日後自己操作的是 diaphragm stripping 以及 splenectomy。由於 spleen 與 stomach，colon，kidney，以及 pancreas 都有交通，因此在作 splenectomy 的時候，與這些器官的 dissection 皆非常重要。因為只要有一點疏失，就有可能造成很大的併發症。但是，我們在團隊合作之下，我們四人操作 splenectomy。在整個操作過程，也有一位資深的主治醫師，在旁引導我們，讓我們看清楚 spleen 的結構。

另外一項操作 celiac axis 解剖，也讓我難忘，尤其是當很清楚的看到 left gastric artery，splenic artery 以及 common hepatic artery 的結構時，內心很感動，因為這是以前在學校時，從未體驗過的經驗。尤其學校很少會將大體的結構，解釋的這麼清楚。因此這個經驗是很特別的。

另外，由於大體處理技術的進步，我發現進入解剖室內，並沒有聞到嗆鼻的福馬林味道，我記得於陽明讀書時，民國 74 年上大體解剖課時，整個解剖室的福馬林味道極為濃厚，我的眼淚幾乎無法停止流淚。

主持人 Robert Bristow 也非常幽默風趣，他除了作 overall introduction 之外，他也展示了 large bowel 利用 EA 進行直腸斷端重新吻合手術，當在播放手術錄影帶時，我內心很興奮，希望有朝一日，也可以自己進行類似手術。

還有雙側 ureter 的 dissection 也是在以前未曾有的經驗，我們幾乎將整個

retroperitoneum 整個翻開，包括將 left paracolic gutter 以及 right paracolic gutter 整個切開，並且翻開，expose 出兩側的 ureter。由於之前在開刀時，左側的 ureter 大概都只敢翻到 inf mesenteric artery 的位置；而 right ureter 也只敢翻到 cecum 的下方，可是這次是 right ureter 翻到 left renal vessel 的位置；而 right ureter 則是翻到 right renal vessel 的位置，因此過程很驚心動魄。在操作過程，還不小心的割破胃以及大血管。還好操作對象是大體，否則可能會出醫療糾紛。

另外 Dennis Chi 示範利用胸腔鏡進行 pleural cavity 的腫瘤轉移診斷，以及進行 mediastinum lymph nodes 的手術摘除。令我嘆為觀止，因此在這課我學習到 team work 的重要性。尤其是 mediastinum 的切除可以從 diaphragm 以及胸腔兩種方式，這是學習到的新觀念。並且也讓我未來知道未來面臨卵巢癌時應該要評估哪些組織和器官，才不會有漏網之魚。

第二天下午就在一片道別聲中，相約下次見面。我們於第三天離開洛杉磯，搭機返回台北。我心中一直有個疑問，那就是為何他們會有這麼多的大體，可以讓學生盡情研究，因為這些大體在經過兩天的解剖後，應該是已經不具利用價值了。也因此我們要問說：如果要在台灣辦類似研習會，我們會有這麼多的大體來源嗎？另外在這次研討會中，我也看到美國的各次專科之間的合作性是很好的，當然因為他們人多資源多，照理講就會有更多的表現。相對於美國，台灣的各次專科的協調合作性，是應該增強的。

三、心得

在經過這次研習會的衝擊之後，我期待日後只要有機會，就會參加類似會議。另外也建議在台灣由於從未辦過類似會議，因此我建議日後應有經費補助，來辦理類似活動，因為這種研習會對於臨床醫師的助益甚大。再來就是政府應該再多加強往生後捐贈大體的觀念。國人對於全屍多有傳統期望，因此大體來源相對少，因此要辦類似活動的阻力是很大的。

四、建議事項

另外這次活動也看到協力廠商，幫了很多忙。廠商研發的東西，都會先交由教學醫院的醫師試用，這是很重要的。建議以後活動也應該在台灣多多找廠商出人出力，以建立產官學的合作關係。

總之，台灣的卵巢癌手術觀念在很多醫院還是相對保守，所有的婦科腫瘤醫師都應該接受類似的訓練，以提升病患福祉。另外產官學務必加強合作，以提升國內醫療產值。

附錄