

出國報告（出國類別：開會）

參與 2024 年日本胃癌醫學會

服務機關：國立臺灣大醫醫學院附設醫院新竹臺大分院
姓名職稱：顏宏軒 主治醫師
派赴國家：日本
出國期間：2024 年 2 月 28 日至 2024 年 3 月 1 日
報告繳交日期：2024 年 3 月 7 日

摘要

日本胃癌醫學會為日本消化器外科一年一度的重要會議，也集結全世界胃癌手術專家於一堂，共同分享胃癌相關的臨床及基礎研究。本次與會過程主要為兩個口頭報告主題、並且學習新知，包括胃癌機器人手術、微創近端及全胃切除手術、侷限型第四期胃癌的處理原則、以及胃癌預後相關因子研究等。會後也與京都醫科大學、京都府立醫科大學的消化器外科團隊交流討論，並且觀摩近端胃癌、胃食道交界癌、下段食道癌的微創手術。期待未來能夠有更多臨床案例的分享交流、以及研究合作。

關鍵詞：日本胃癌醫學會、胃癌手術

目次

目的	-----	1
過程	-----	1
心得	-----	2
建議事項	-----	3

本文

目的:

1. 參與日本胃癌醫學會，進行兩個口頭論文報告主題，增加臺大醫院在國際上的能見度。
2. 學習新知包括：包括胃癌機器人手術、微創近端及全胃切除手術、侷限型第四期胃癌的處理原則、以及胃癌預後相關因子研究等。
3. 國際交流：與京都醫科大學、京都府立醫科大學的消化器外科團隊交流討論，並且觀摩近端胃癌、胃食道交界癌、下段食道癌的微創手術。

過程:

本次日本胃癌醫學會舉辦地點為京都。我將近期兩項研究成果-「瀰漫性胃癌的臨床病理特徵及轉錄體分析」及「早期近端胃癌接受近端胃切除的重建方法：胃-食道吻合及雙通路重建之比較」以口頭報告的方式呈現於本次會議。座長及其他聽眾學者皆有提問，主要是建議可以將早期胃癌的病人納入瀰漫性胃癌的研究分析，並且強化基礎發現及臨床應用的連結。近端胃切除的重建方法目前尚無共識，座長及其他研究者建議可以嘗試將傳統胃食道吻合搭配抗逆流術式（如雙瓣重建），再與雙通路重建法作一比較。這些建議都觸及到目前簡報未及之處，可供未來研究方向之參考。

胃癌機器人手術在這次會議中的主題較多，也反應腹部手術的微創發展趨勢。胃癌的機器人手術發展較胰臟手術、肝臟手術、大腸直腸手術、攝護腺手術等為慢，主要因素為胃癌的腹腔鏡手術發展很早，整體技術跟成果都趨近標準化，額外的昂貴花費讓機器人手術在胃癌的應用受到阻礙。但是，近期日本已將機器人手術納入公家保險給付，且機器人手術的平臺也持續進步（如單切口機器人平臺及日本國產自製的機器人手臂等），日本外科醫師也幾近全力應用機器人手臂於胃癌手術。此外，相反於遠端胃癌，近端胃癌和胃食道交界癌的盛行率提升，腹腔鏡手術在這些狹窄區域的受限，也讓機器人手臂有了表現的空間。在單切口機器人胃癌手術的部分，目前國際的先行者是中國及韓國，報告者的分享，在手術技術及病人數量都很驚人，值得我們借鏡。

微創近端胃切除的部分，目前日本的作法仍多以腹腔鏡為主。吻合的方式則是以胃食道吻合合併雙瓣重建，以降低術後的逆流狀況。不過就日本眾多講者的報告，如此的重建方式，仍然有約 15%的機會會有術後嚴重逆流的狀況，體重降低的情形術後一年約為 10%左右。這與我們的經驗（近端胃切除合併雙通路重建）相仿，我們的資料術後一年的嚴重逆流為 7%，體重降低則為 13%左右。胃食道吻合合併雙瓣重建的手術難度遠高於雙通路重建法，以目前的治療成績，我覺得在近端胃切除這塊，我們應該可以在持續著墨於雙通路重建法，並且嘗試將近端胃切除合併額外淋巴廓清的術式，應用於晚期近端胃癌。

轉移胃癌（第四期胃癌）有各種形式，主要包括肝轉移、遠端淋巴結轉移、腹膜轉移，五年的存活率約只有 10-20%，大量腹膜轉移的預後最差，病人常常因麻痺性腸阻塞無法進食，而死於營養不良。但是腹膜轉移有個很特別的型態，即無肉眼可見的腹膜病灶，但是腹水檢驗呈現癌細胞陽性。腹水陽性癌細胞的轉移型態，通常預後較其他轉移形式為佳，但是最佳的處理方式，以及有無預測因子，目前仍無標準作法。日本較為常見的作法為使用常溫腹腔內化療，利用紫杉醇類藥物，採常溫灌注的方式，可達到局部腹膜轉移或是腹水陽性癌細胞的控制。常溫腹腔內化學治療對於病人的傷害性（化療毒性）較低，且不太會造成腹內器官之沾黏，若病人對合併全身及腹腔化療有很好的反應性，達到

可手術的標準，使用腹腔內常溫化療通常也不會造成後續手術的困難性。目前臺灣針對腹水陽性胃癌的處理方式，並無大型研究分析，也無太多治療經驗分享，這個部分值得後續追蹤研究。

胃癌的傳統預後因子包含臨床病理特徵（如年紀、體能狀況、共病症）病理分期（淋巴轉移顆數、陽性淋巴轉移比率、遠端轉移型態、手術根除性等）、以及一些免疫染色因子。但是由於胃癌本身的基因異質性很高，目前無類似乳癌較為明確與預後相關的基因型態。因此，這次會議有些學者利用多因子列線圖的方式，建立胃癌的存活率風險預測。這個部分也值得臺灣集結各醫學中心的資料，並利用這些巨型資料集，建立本土的胃癌存活率預測。可方便臨床醫師與病人解說病情、並且更了解目前臺灣的治療成績有沒有妥善跟國際接軌。甚至可以評估臺灣各大中小型醫院的治療成果有沒有達到標準。

心得：

傳統上東亞國家在治療胃癌的部分一直處於領先狀態，尤其是在手術技術方面。日本外科醫師從傳統開腹胃癌手術、腹腔鏡手術、到目前的機器人手臂手術，都扮演重要角色。手術的過程，以及根除性手術的成果，在在展露日式匠人精神，值得我們學習。臺日的友好關係，也展現在京都大學醫師接待我們的過程。會後與京都大學消化器外科的交流，也更加了解他們的臨床現況以及研究方向。期待後續能夠深化臺大醫院及京大病院雙方的合作，如短中長期主治醫師的交流見習、回顧性及前瞻性研究的合作等等。

建議事項

1. 機器人手臂胃癌手術的認證：目前國內上消化道外科手術中，健保已納入肝臟及胰臟外科的機器人手術（採用健保手術碼、但耗材部分仍由病人端支應），胃部疾病仍無給付機器人手術。這部分可考慮比照肝臟及胰臟手術，建立機器人手術醫師的認證資格，將機器人胃部手術納入健保給付範疇。如此可嘉惠病人，且對未來胃癌手術的發展也有幫助。
2. 微創近端胃癌及胃食道交界癌的進展：目前本團隊將微創近端胃切除應用於局部晚期胃癌，並且應用機器人手臂手術治療胃食道交界癌，預期可以獲得更妥善的縱隔腔淋巴結廓清及更適當的腫瘤安全邊界。也期待病人術後的恢復及滿意度能提高。
3. 腹水陽性胃癌之處理：本團隊初期將先利用回顧性分析的方式，了解腹水陽性胃癌的臨床病理特徵及風險因子，並進一步評估後續腹腔內常溫化療的可行性及療效。
4. 多醫學中心的合作：目前胃癌的病例數量分散於臺灣各大醫學中心，日本也有這樣的現象，造成單一醫學中心的病例數量常常不足以達成大規模的回顧性或前瞻性研究，未來應建立與國內及國外各大醫學中心的合作研究機制，更有利產出高品質研究。