

出國報告（出國類別：開會）

參加第四屆亞太甲狀腺外科醫學會 心得

服務機關：耳鼻喉頭頸醫學部

姓名職稱：朱本元部主任

派赴國家/地區：印度、柯欽

出國期間：112年3月22日至27日

報告日期：112年4月14日

摘要

此次出國主要是參加第四屆亞太甲狀腺外科醫學會(4th Congress of Asia Pacific Society of Thyroid Surgery)，會議地點是在印度柯欽(Kochi)。此次會議共有二十四國、五百多位醫師參加，台灣共有十二位醫師參加。由於職為現任台灣頭頸部腫瘤醫學會理事長，學會受到大會邀請，規畫了一個 Taiwan Head and Neck Society Symposium，分享台灣在治療甲狀腺癌的經驗，並擔任引言人及座長主持會議。THNS symposium 被安排在大會第一天早上九點至十點的重要時段，由於探討的題目均為目前甲狀腺癌和甲狀腺手術相當熱門的議題，所以吸引了滿場的聽眾。由於現任亞太甲狀腺外科醫學會理事長為台灣高醫耳鼻喉頭頸外科江豐裕教授，因此職也受邀擔任江教授 keynote lecture-甲狀腺手術中神經監測的主持人。

關鍵字：亞太甲狀腺外科醫學會

目次

一、目的.....	3-4
二、過程.....	4-9
三、心得及建議.....	9-10

一、目的

受到新冠疫情的影響，原定預計於 2021 年舉辦第四屆亞太甲狀腺外科醫學會(4th Congress of Asia Pacific Society of Thyroid Surgery)，一直延至 2023 年 3 月 23 至 26 日全球疫情趨緩才得以舉行，這也是三年多來第一次出國。會議的地點在印度西南部的城市柯欽 (Kochi)，科欽是一個歷史悠久的城市，位於阿拉伯海沿岸，擁有豐富的文化和歷史遺產，還有美麗的海灘、美食，這也是主辦單位選在此地舉辦會議的主要原因之一。

此次會議共有二十四國、五百多位醫師參加。台灣共有十二位醫師參加，本院除職參加之外，一般外科也有一位 fellow 賴醫師參與會議並進行口頭報告。由於台灣頭頸部腫瘤醫學會有受到大會邀請，職為現任理事長，於是規畫了一個 Taiwan Head and Neck Society Symposium，分享台灣在治療甲狀腺癌的經驗，並擔任座長主持會議。THNS symposium 被安排在大會第一天早上九點至十點的重要時段，分別由三位強棒童綜合醫院蔡青劭副院長(Topic: Regulation of CDK5 and ER on migration and invasion of thyroid cancer cells)、台大陳俊男教授(Topic: The advantageous roles of ultrasound-guided core biopsy for indetermined thyroid tumors)和高醫黃子晏教授(Topic: Loss of signal management on the first side of total thyroidectomy-INMSG survey)，由於探討的題目均為目前甲狀腺癌和甲狀腺手術相當熱門的議題，所以吸引了滿場的聽眾。



由於台灣曾經在 2018 年舉辦過第三屆大會，當時會長是由高醫耳鼻喉頭頸外科江豐裕教授擔任，會後也被推舉為亞太甲狀腺外科醫學會理事長。由於江教授專精於甲狀腺手術術中神經監測研究，在國際間享有盛名，江教授亦受邀擔任一場 keynote lecture，其講題 Intraoperative neuromonitoring in the thyroidectomy-Recent advances and what users have to know，職亦受邀擔任此場 keynote lecture 的主持人。江教授台風穩健，手術中使用術中神經監測方法淺顯易懂，術中的照片清晰，令人印象深刻，滿場聽眾給予熱烈的掌聲。



二、過程

此次大會的主題為 Thyroid: Controversies to Consensus。職在美國進修的 Memorial Sloan-Kettering Cancer Center (MSKCC) Jatin Shah 教授目前是 International Federation of Head and Neck Oncologic Societies (IFHNOS) CEO，也是全球頭頸癌治療的領導者，他在第一場 keynote lecture: Medical Reversals in Thyroid cancer 的演講中，開宗明義地就把這次大會的主題進行一番詮釋：由於近年來對於甲狀腺癌的生物特性(biology)的了解，發現許多預後因子(prognostic factors)和危險族群分類(risk group stratification)，而能提供 cost-effective management。基本上，分化良好的

甲狀腺癌(well differentiated thyroid cancer)，包括 papillary cancer、follicular cancer、Hurthle cell cancer，這些甲狀腺癌的預後都非常好；當腫瘤分化逐漸變差，如 Tall cell、insular cell、poorly differentiated，則預後逐漸變差；如果變成 anaplastic carcinoma 則預後更差，平均存活時間只有半年。



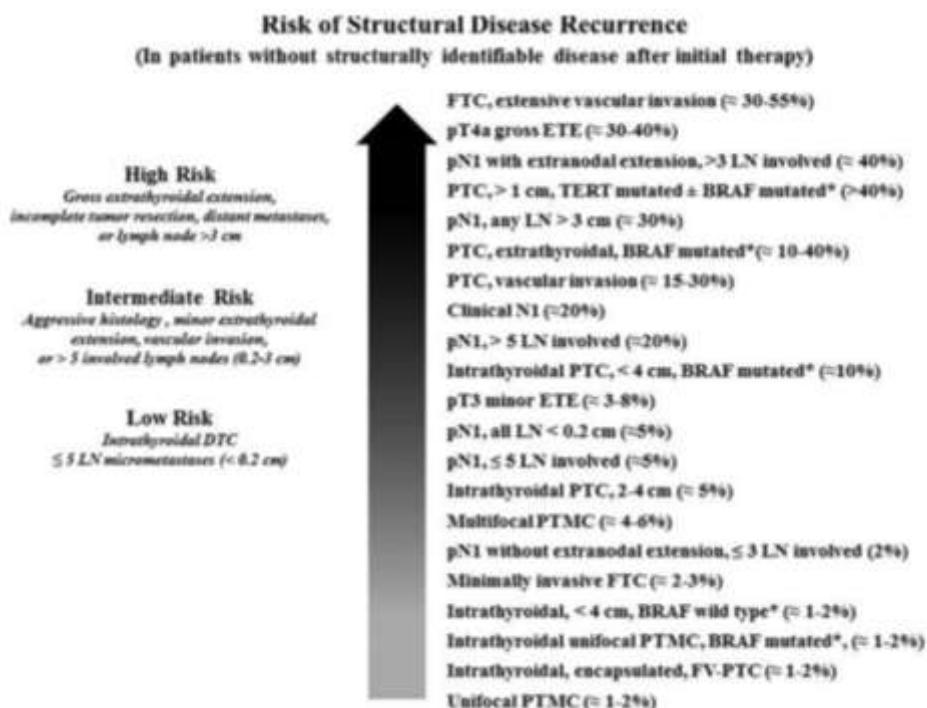
Jatin Shah 教授也提出了許多的觀點，值得大家深思：

1. 甲狀腺癌的發生率是不是真的快速增加：他認為只是因為普遍的使用超音波進行甲狀腺檢查，而發現許多所謂的 incidentaloma，這些人可能終其一生都沒有臨床症狀，過於積極的治療反而影響病人治療後的生活品質。
2. 45 歲是不是真的是危險族群分類(risk group stratification)的分界點：過去的許多研究結果，包括 EORTC、AJCC、MSKCC、AGES、AMES、MACIS 都是以 45 歲為高危險群和低危險群的分界，但教授領導 MSKCC 團隊的研究發現以 55 歲為危險族群分類對分化良好甲狀腺癌預後有更好的區別。也因此第八版 AJCC staging system 將預後因子的分界提升到 55 歲。
3. 甲狀腺區分 T1a (<1cm)和 T1b (1-2cm)是否有其根據：過去認為 <1cm 可接受 lobectomy，>1cm 則要接受 total thyroidectomy，但最近的證據顯示 <4cm 的腫瘤，無論是 lobectomy or total thyroidectomy 其預後都無差別，所以 <4cm 的腫瘤是可以接受 lobectomy。

4. 過去傳統建議 papillary thyroid cancer 的治療是 subtotal thyroidectomy followed by RAI ablation：教授認為所有的甲狀腺手術應該是 extracapsular dissection，不應留有甲狀腺組織在手術側，特別要注意 upper pole of thyroid gland、cricothyroid membrane、pyramidal lobe，extracapsular lobectomy or total thyroidectomy 是合適的手術。Total thyroidectomy 後，若沒有殘存甲狀腺組織且無法檢測出 thyroglobulin 則可避免術後 RAI ablation。
5. Extrathyroid extension (ETE) 對於甲狀腺癌預後是否有影響：存活分析研究認為 microscopic ETE 並不會影響預後，只有 macroscopic ETE 才會對預後有影響。在第八版 AJCC staging system 已將 ETE to strap muscles 歸類為 T3，只有侵犯至 larynx、trachea、esophagus、recurrent laryngeal nerve 歸類為 T4。
6. Elective central node dissection (ECND) 是不是對存活率都有幫助：這仍是個有爭議的問題，occult metastases rate 雖高達 40% in cN0 central neck，但 potential benefit 只有 3%，有高達 97% 的 ECND 是不必要的。它的好處在於可以降低術後 thyroglobulin level，有利於追蹤，可以得到正確的 staging，並決定是否需要 adjuvant RAI 及其劑量。但相對而言，也提高術後副甲狀腺和喉返神經的機率，現在的證據認為 cN0 central neck 並不需要施行 routine ECND。
7. 是不是所有病人在接受 total thyroidectomy 之後，都需要接受 adjuvant RAI：當然這也還是一個爭議性的議題，它的優點包括可以清除正常殘存的甲狀腺組織，有利於術後追蹤 thyroglobulin level；可清除殘存的 residual disease；但是否能夠降低腫瘤復發，提高存活率還有待更多的證據。它的缺點包括若是施行 extracapsular dissection，術後 thyroglobulin level 應該會 <1ng/mL，並不需要靠 adjuvant RAI 清除正常殘存的甲狀腺；RAI 會產

生 xerostomia、sialadenitis、decrease taste、increase risk of second cancer；並無明確證據支持可降低腫瘤復發，提高存活率。

另一場 keynote lecture 由 MSKCC Michael Tuttle 教授主講：Risk stratification in Differentiated Thyroid Cancer: from pre-diagnosis to final follow up 也令人印象深刻：過去甲狀腺癌傳統的治療是依據腫瘤的大小，腫瘤大於 1 公分，一律全部接受 total thyroidectomy 加上術後 adjuvant RAI，並以同樣的方式追蹤病人。但近年來甲狀腺癌的治療已經有所改變，治療是依據病人個別的 risk group 而給予不同的治療。由於分化良好的甲狀腺癌大多數都是預後良好的 low risk group，因此開始考慮是不是所有的病人都要施行 total thyroidectomy，是不是所有的病人都要接受 routine RAI，是不是所有的病人都要立刻接受手術，active surveillance 是不是可以在一些選擇性的病人使用。Tuttle 教授認為可依據以下標準分成 low risk、intermediate risk、high risk 而決定治療的方式。



此外 Tuttle 教授也提出 ongoing dynamic risk stratification 的觀念，認為手術後病人追蹤期間可將 response to therapy 分為 excellent response、

biochemical incomplete response、structural incomplete response、indeterminate response 四類，而有不同的追蹤策略。excellent response 僅有 1-4%復發的機率，所以的頻率可以減少，TSH suppression 的程度可以減少。biochemical incomplete response 有>30% spontaneously resolve，20% develop structural disease，所以持續追蹤 Tg 和 TgAb 的趨勢就相當重要。至於 structural incomplete response 有 50-85% persistent disease，大部分病人都是死於這一族群病人，所以必須繼續接受治療。而 indeterminate response 病人因有 20% develop structure disease，因此也必須持續追蹤並給予 mild TSH suppression。

另一場 keynote lecture 由日本 Akira Miyauchi 教授主講：Papillary thyroid microcarcinoma. Who are good for active surveillance? What were the outcomes? Miyauchi 教授是 Kuma Hospital (Kobe, Japan)的院長，自 1991 年起提出 active surveillance management approach (AS)的方法，改變過去觀念認為所有經過切片證實的 papillary thyroid cancer，不論腫瘤大小都需要接受手術治療。Miyauchi 教授是相當執著、有毅力的學者，提出這樣大膽的理論，必須承擔同儕與病人的質疑與壓力，但經過二十多年的堅持，至今在甲狀腺癌 microcarcinoma (<1cm)的治療已經成為顯學，全世界很多地方都依據教授所提出的方式治療。此次 Miyauchi 教授將過去治療的經驗做了最新的回顧，共 4635 位 low risk papillary microcarcinoma (<1cm)分為 active surveillance, AS (n=2896)和 immediate surgery (n=1739)，經過 median follow-up 大於 5.6 年，AS group 有 91.6% stable disease 仍然持續追蹤，8.4%因為腫瘤大小增加 3mm 或轉移至淋巴結而接受手術治療，但是兩組病人的存活率並無明顯差異。Miyauchi 教授再次以大量的病例數和長期的追蹤證明了他的理論是可行的。



另外有一場 Panel Discussion: Thyroid Surgery- Who should do it ? and How to train them, 甲狀腺手術應該由哪一科的醫師去做，也讓我覺得非常有興趣。這場討論會戰火猛烈，過程精采，這個問題過去在台灣也有相當多的論戰。綜觀國際，在美國有50%甲狀腺手術是由耳鼻喉頭頸外科醫師進行，50%是由一般外科或內分泌外科醫師進行；在英國有80%甲狀腺手術是由耳鼻喉頭頸外科醫師進行，在德國正好相反，有80%是由一般外科或內分泌外科進行；在印度則有90%是由一般外科或內分泌外科進行。參與討論的醫師大家各有論點，認為應由一般外科進行的學者提出因為甲狀腺疾病是影響全身的疾病，術前評估和術後追蹤應該比耳鼻喉頭頸外科醫師熟悉；認為應由耳鼻喉頭頸外科醫師的學者則提出，耳鼻喉頭頸外科醫師對於頭頸部的解剖構造較為熟悉，術前可以進行咽喉內視鏡檢查喉返神經的功能，術後可以進行言語和吞嚥的訓練，同時耳鼻喉頭頸外科醫師目前也已經普遍使用頸部超音波檢查是其一大優勢。最後大家的結論是只要經過良好的訓練，不論是耳鼻喉頭頸外科醫師或一般外科醫師都可進行。

三、心得及建議

此次參加第四屆亞太甲狀腺外科手術會議是新冠肺炎疫情之後，三年多來第一次出國開會，能看到許多很久未謀面的各國老朋友，互相問候分享心得，真是

非常開心的一次經驗。除此之外，因為身兼台灣頭頸部腫瘤醫學會理事長，帶領台灣團隊在Taiwan Head and Neck Society Symposium發表台灣在甲狀腺癌和甲狀腺手術的研究成果，讓亞太國家看到台灣的進步，也是另外一種形式的為國爭光。