

2018 世界食道疾病會議

外科部胸腔外科主治醫師 徐博奎

摘要

世界食道疾病學會(The International Society for Diseases of the Esophagus)在食道疾病領域是最大最有影響力的學會,其會議”世界食道疾病會議”每兩年舉辦一次,2014 溫哥華,2016 新加坡,職均參加並發表研究成果,今年 2018 在維也納舉行,許多針對食道癌治療的新觀念,新的臨床試驗結果,都會在這大會率先發表,因此,期待能在今年的會議上,吸收新知,應用於國內病人,以增進食道癌病人福祉;同時,亦準備發表本院食道癌影像分析成果.感謝滎陽卓越人才培育計畫支持,對食道癌研究是莫大鼓勵.

關鍵字: 食道癌, 維也納, 世界食道疾病學會

一、 目的

世界食道疾病學會(The International Society for Diseases of the Esophagus)在食道疾病領域是最大最有影響力的學會,其會議”世界食道疾病會議”每兩年舉辦一次,2014 溫哥華,2016 新加坡,職均參加並發表研究成果,今年 2018 在維也納舉行,許多針對食道癌治療的新觀念,新的臨床試驗結果,都會在這大會率先發表,因此,期待能在今年的會議上,吸收新知,應用於國內病人,以增進食道癌病人福祉;同時,亦準備發表本院食道癌影像分析成果。

二、 過程

因為對食道癌的濃厚興趣,近年參加許多國際食道相關會議,一方面發表臺灣研究成果,一方面也與世界其他專家交流討論,交換彼此經驗.此次發表的結果是利用人工智慧分析正子影像,對於組織學型態不同的食道癌進行分類,目的在於找出功能性影像與組織病理之間關聯,利用人工智慧進行影像分析,研究指出有希望看到肉眼無法辨識特徵,因此近一年來與人工智慧工程師合作,致力此方面探索。

本次會議過程順利,維也納住宿鄰近維也納大學,開會方便,周邊交通便利住宿餐飲機能完善,見到許多國外朋友,臺灣方面也有臺灣大學醫院,長庚醫院,高雄醫學院,彰基醫院,亞東醫院等多人參加。

三、 心得

世界食道疾病學會(The International Society for Diseases of the Esophagus)由日本人發起,涵蓋良性惡性疾病,引領食道癌診治上的觀念,近年來,食道癌的臨床研究多由日本及歐洲地區領頭,日本以手術精緻化聞名,加上日本許多關於鱗狀上皮癌的臨床試驗;而歐洲亦有許多關於腺癌為主的臨床試驗,規模都非常可觀,這次會議中,於食道癌的討論重點如以下所述:

第一天:

上中段食道癌以鱗狀上皮癌為主,研究方向由日本醫師引領,在 video session 中,幾乎全部在討論展示左側喉返神經淋巴清除,彷彿不做這個等於在食道癌手術中沒穿衣服不能見人一樣,非日本的醫師有八成會說:我是向日本人學習的.可見日本食道癌研究夠強悍,以外科技術領到全球. Video session 中另一亮點是 transhiatal mediastinoscopic esophagectomy,這是一種新的開法,據說在日本有越來越多醫生嘗試,感覺像是 subxiphoid 在肺切除手術的狀況。

下段主要是食道胃交界腫瘤,這部分以往是依德國人 Siewert 分類,但新的觀念只要侵犯交界處,且中心在交界處 2 公分內,就算是食道胃交界腫瘤,某種程度向日本的 Nishi 分法靠攏,這部分光是分類就夠討論了,在未來的 AJCC 分期系統,有兩派看法,一是從食道到胃都用一套系統,另一則是將食道胃交界腫瘤獨立分出來,此次會議也邀胃腫瘤醫師(IGCA)分享意見,有趣的是,在食道癌,有淋巴轉移預後就非常差,但在

胃癌, 即使有 6 顆淋巴轉移, 預後可能不若食道癌 N2 差, 因此分類可能對預後評估甚至治療計劃影響甚大. 光分類就講不完了, 何況是治療, 現在只能說腫瘤主要在那個器官, 就開那個器官, 食道切除跟胃切除都可被接受, 然而全胃切除並非必要, **近端胃切除輔以 double tract 重建**似乎為趨勢. 但日本人不一樣, 當大家在討論怎麼切的時候, 他們企圖告訴你淋巴清除怎麼做, 何時該清除縱隔腔淋巴結, 一個有趣的數字, 看食道侵犯的長度, 1-4 公分沒有定論; 食道侵犯少的, transhiatal approach 做上腹腔淋巴清除; 食道侵犯多的, 需要 transthoracic approach 做縱膈腔淋巴清除.

另外有個新的題目是關於食道粘膜下切除(ESD), 首先 Prof. van Lanschot 認為以鱗狀上皮癌而言, M2 有 3-6%; M3 有 12-18% 淋巴轉移機會, 以手術 10% mortality 來估, 他認為 M3 就該做食道切除而非 ESD; 但腺癌的話, M3 有 2%, SM1 有 10% 淋巴轉移機會, 因此 ESD 適用到 M3 侵犯深度.

第二天:

臨床試驗大車拼, 鱗狀上皮癌而言, 有耳熟能詳的 CROSS, 有 JCOG1109(chemo, intense chemo, CRT 比較), 及 NeoRES (chemo and chemorad). 在腺癌方面, 就多采多姿了, 一般認為腺癌的發生率會逐漸上升, 這方面東方案例仍少, 很難在診治部分有任何領先, CROSS 之後有 NeoAEGIS (CROSS vs. perioperative chemo (Magic regimen)), FLOT (perioperative chemo, intense chemo (FLOT) vs. standard (ECF)), 值得一提的是 FLOT 已有成功成果, 應已是歐洲治療食道腺癌標準, EsoPEC(CROSS vs. FLOT), TOPGEAR (澳洲加拿大的 perioperative FLOT vs. perioperative FLOT + rad), 以及一個 SAKK75/08 (NCT-NCRT +/- cetuximab, 結果在 PFS, OS 沒差, 但 locoregional recur 有差). 這些試驗當然以 PFS, OS 為主要目標, 但次要目標如併發症, 生活品質, 也很重要, 當很強的新輔助治療可以達到很高的病理完全反應比例, 可能增加存活; 也可能帶來很高的併發症機會, 增加轉移復發機會對預後不利.

另外就是免疫療法大轟炸

- 已完成的 Keynote028; Attraction 02; Keynote061, ON04538, Keynote 180.
- 進行中二線治療 Opera, Keynote 181, BGB A317-302.
- 進行中一線治療 Checkmate648 • Keynote590.

第三天:

重點在於新輔助治療後臨床完全反應者, 需不需要開刀, 這裡產生一些名詞, surgery as needed oesophagectomy (SANO), active surveillance, organ preserving strategy... 一樣由 Prof. van Lanschot 領軍, 他的 preSANO trial 中, 用 biopsy 有 31% 會誤診 residual tumor >10% 病人, deep biopsy 是 17%, deep biopsy+EUS 是 10%, 另外 PET 的偽陽性是 63%, 偽陰性是 15%, 為了做 preSANO trial, 他們很有耐心, 手術可以到放射治療結束後 12 週做, 這倒是不錯觀點. 這方面類似研究美國有 RTOG0246, 日本有 JCOG0909, 加上歐洲 SANO trial, 很多年之後我們會知道食道癌做完化學放射治療後該不該開!

四、建議事項

此次會議臺灣方面如臺灣大學及長庚醫院均是集體參加，即時討論並能有所共識，在臨床配合或研究方面都是非常重要，甚至住院醫師一同參加，可提早掌握專業領域脈動，然而此風氣在本院並不盛行，補助上也有所困難，是當前可建議的事項。