

出國報告（出國類別：開會）

歐洲消化醫學週 2025

服務機關：臺中榮民總醫院一般內科

姓名職稱：鄭旭恩 主治醫師

派赴國家/地區：柏林

出國期間：114年10月4日至114年10月8日

報告日期：114年10月9日

摘要

本次前往德國柏林參加 UEG Week 2025 (United European Gastroenterology Week) 為期一週，主要目的在於了解歐洲近年於上下消化道及膽胰內視鏡治療、自體免疫性腸炎等疾病領域的最新進展。UEG 是歐洲規模最大、學術影響力最深的消化醫學盛會，涵蓋消化內視鏡、腸胃疾病、肝膽胰學以及臨床研究方法等範疇，其內容之廣與學術深度可與 DDW 相媲美。

此次會議中，我與院內師長共同發表題為「**Safety and Short-Term Outcomes of ERCP in Transplant Recipients**」的研究，探討移植病人接受 ERCP 的短期安全性與併發症風險。移植術後患者常因膽胰併發症而需內視鏡介入治療，實務中經常面對的挑戰。在同場次的海報展示中，該主題引起了廣泛討論；同場亦有一組義大利團隊報告類似研究，雙方針對結果差異進行了深入交流，討論過程熱烈且富啟發性。

此外，也有多場有關上消化道癌症篩檢策略、Barrett's 食道風險分層模型以及ESD 適應症的學術演講。整體而言，UEG Week 2025 不僅在議題上兼具臨床深度與國際視野，會中更有眾多跨專科與跨國的專家參與討論，交流熱絡。這次經驗讓我深刻體會歐洲在臨床研究與內視鏡品質管理上的理念與方法，對於未來我在內視鏡品質提升、臨床研究設計方向，皆帶來具體啟發。

關鍵字：UEG Week 2025、內視鏡治療、上消化道早期癌治療。

目次

<u>一、</u> 目的	1
<u>二、</u> 過程	1
<u>三、</u> 心得	6
<u>四、</u> 建議事項	7
<u>五、</u> 附錄	7

1、 目的

以往我參與 UEG Week 多是透過線上方式進行。今年首次親自前往現場，深刻體會到歐洲消化醫學週討論議題的深度與廣度。UEG 的特色在於整合跨專科與跨國的專家，共同針對臨床實務議題進行多角度討論，從不同面向尋求對病人最合適的治療方案。以近年最受關注的 **T1 食道癌** 與 **T1 大腸癌 (CRC)** 為例，會議中特別安排內科、外科與病理科專家共同討論，並邀請日本與韓國的學者分享各地臨床治療指引的差異，讓討論更具全球視野與臨床實用性。

本次出國的主要目的在於能夠實際參與 **UEG Week 2025** 的現場討論，並透過與科內師長一同進行海報發表，與來自不同國家的醫師進行面對面的交流。我於會中發表了有關移植病人接受 **ERCP 治療之安全性與短期預後** 的研究成果。由於本院在心臟與腎臟移植病人數量龐大，且亦有部分肝移植個案，臨床上經常需面對如何向移植患者解釋 ERCP 相關風險的問題。藉由此次發表與交流，希望了解不同國家醫師在此類族群中的治療經驗與風險評估進一步修正臨床決策的依據。

令人驚喜的是，UEG 每年都會從各參與國家中選出一位年輕醫師授予 **National Scholar Award**。而今年我很榮幸在會前收到通知，獲選為得獎者。能以台中榮總胃腸科醫師的身分獲此肯定，對自己和科部在臨床研究與國際交流都是一種肯定與鼓舞。

2、 過程

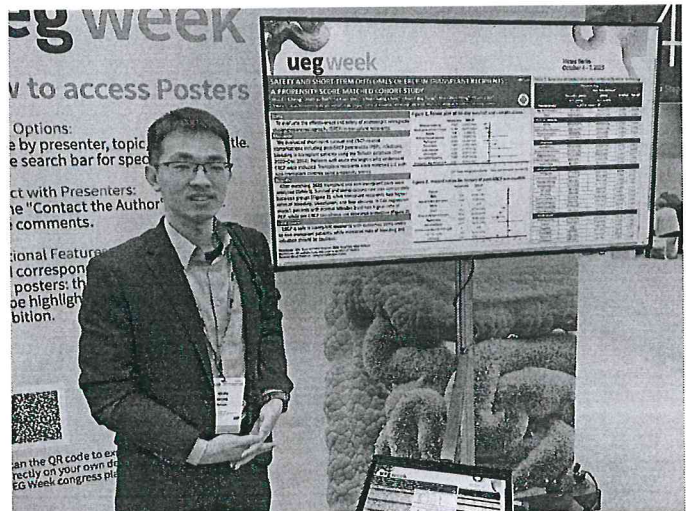
(一) 會議參與

本次會議於柏林 CityCube 舉辦，地點鄰近 Messe Süd 站，交通便利，從機場到會場大約1小時車程，和我住的地方大約15分鐘車程。抵達柏林當天氣溫約十度，**高緯度**在初秋的天氣清冷，以同緯度來說大約和北海道差不多，此次參與的人數眾多，一出地鐵站就可以看到許許多多世界各地的醫師參與，會場氣氛熱烈。抵達第一天主要為報到與場勘，熟悉會場位置與電子海報展示流程（圖一，圖二）。

(圖一)



(圖二)

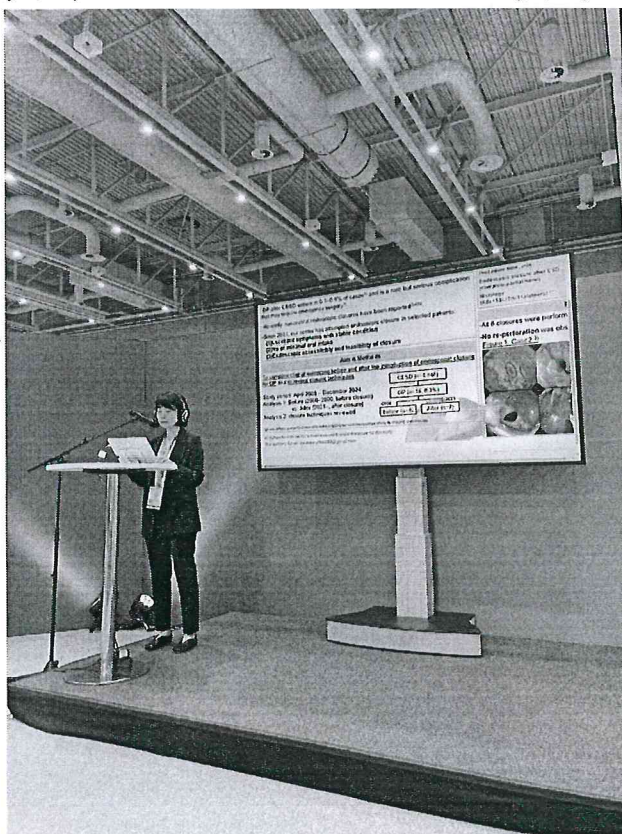


會議第二天是海報發表的場次，整體議程安排非常緊湊。同一時段有六場(stage)不同主題的演講每場又安排七至八位講者發表，每位講者只有三分鐘報告、三分鐘問答。這樣的形式節奏非常快，大家都必須把內容濃縮到最精華，讓聽眾在短短幾分鐘內就能掌握研究重點。

我被安排在第第六位發表，題目是「**移植病人接受 ERCP 治療之安全性與短期預後**」。同一場次剛好也有一組來自義大利的團隊報告類似的研究，他們的結論是移植病人接受 ERCP 後比較容易發生術後胰臟炎(PEP)，而且認為「移植手術本身」可能就是造成術後胰臟炎的風險因子。不過我們的分析結果和他們有些不同——我們利用大型資料庫進行傾向分數配對後發現，移植病人和一般族群在整體胰臟炎發生率上差異並不大。會後我們也特別交流套論了一下，討論彼此研究結果為什麼不同。雙方都覺得差異應該跟病人族群組成及移植器官種類有關。我們的次族群分析發現，**白人確實比亞洲族群更容易發生術後胰臟炎**，可能和免疫反應或代謝特性不同有關。不過整體來看，移植病人因為長期使用免疫抑制劑，**出血與感染的風險確實都比較高**，這也是臨床上最需要特別注意的部分。

發表結束後，我也在會場外和之前在 **NTT 東日本醫療中心** 認識的竹內醫師及幾位 fellow 們見面合照。這次他們也都有不同臨床議題的發表，竹內醫師分享的是日本單一中心處理 **ESD 術後併發症**的經驗，而另一位來自印度的醫師則報告他在 **NTT 東日本醫療中心** 學到的不同傷口閉合技巧如何應用在術後併發症處理上。看到他們把學到的技術帶回自己國家並持續應用讓人很有共鳴。整體來說，UEG Week 的現場不只主題演講內容豐富，還同時進行海報發表、平行討論 (parallel sessions)、技術展示，以及 hands-on 模擬訓練課程。這樣的安排讓學術交流更貼近臨床也讓參與者能在理論與實務之間獲得很多啟發。(圖三-五)

(圖三)



(圖四)



(圖五)



(二) 學術內容

這次會議除了不同專科醫師之間的交流與經驗分享外，大會也特別安排了多場由不同醫療職類共同參與的課程，例如內視鏡護理師、放射師及臨床技術人員等。印象特別深刻的一場，是由資深住院醫師與內視鏡護理師共同分享，主題為「如何在值班時段中從容應對緊急內視鏡處置」。課程中，他們依序介紹了消化道異物取出（如電池、尖銳物、磁鐵等）、化學性腐蝕性物質誤食後的緊急處理、靜脈曲張出血的治療策略——從傳統的結紮（band ligation）到在大出血時使用 Sengstaken - Blakemore tube 的臨時止血應用，最後也提到以 EUS 導引的胃靜脈曲張治療技術。這場分享讓人印象深刻的地方在於，除了臨床技術層面外，講者也特別強調**團隊合作與臨場應變的重要性**。實務上，經驗豐富的內視鏡護理師在緊急狀況中往往能穩定現場節奏、協助醫師確認器械與準備流程，對整體團隊效率與病人安全都有關鍵影響。反而醫師在開立醫囑或操作時，常常忽略準備階段的細節。透過這類跨職類的會議討論，能讓不同角色更了解彼此在急診內視鏡中的分工與挑戰，對於臨床團隊協作與應變能力的提升有很大的幫助。（圖六）

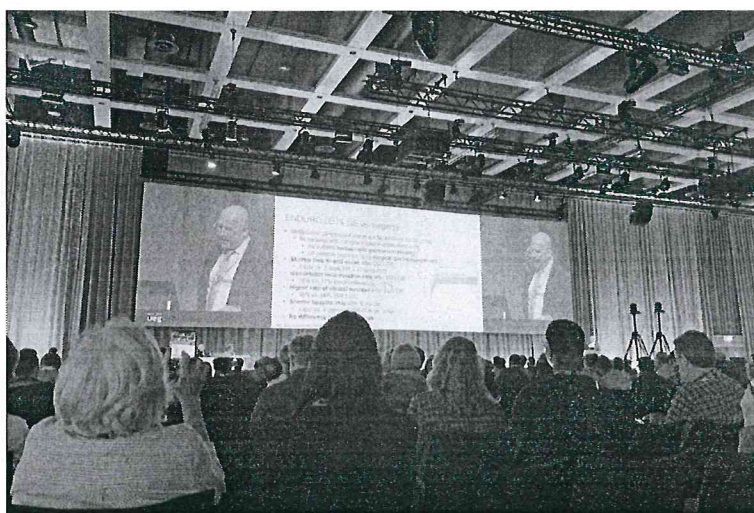
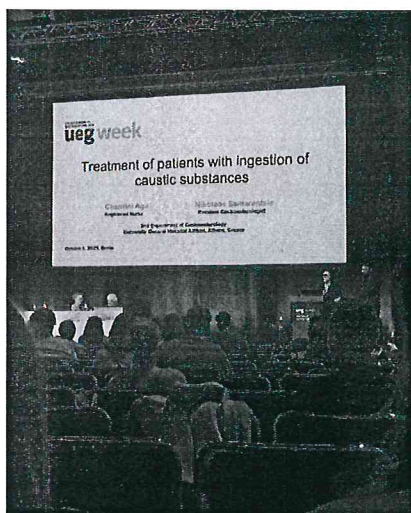
這次會議中，除了自體免疫性腸炎與癌症免疫治療藥物等熱門主題外，**內視鏡超音波(EUS)與內視鏡逆行性膽胰管造影(ERCP)介入治療**也是討論度極高的領域。許多過去只能透過手術解決的問題，例如惡性腸阻塞、膽道或胰管阻塞，甚至部分膽胰晚期腫瘤的治療，現在都因為內視鏡器械與導引技術的進步而出現新的突破與選項。

其中，關於 **ERCP 與 EUS 新發展** 的專題討論令人印象特別深刻。首先10/5早上第一場綜合討論，由義大利的 **Ilaria Tarantino 醫師** 回顧了近年 ERCP 技術與臨床應用的最新證據特別提到其在複雜膽道阻塞中的角色與未來方向。接著，荷蘭的 **Frank P. Vleggaar** 與德國的 **Jennifer Merten 醫師** 一內一外，針對惡性胃出口阻塞 (malignant gastric outlet obstruction) 展開辯論——Vleggaar 醫師主張內視鏡治療 (如腔鏡下支架置放及 EUS 導引胃空腸吻合術) 已足以取代傳統手術，而 Merten 醫師則強調手術在特定臨床情境中仍具必要性。雙方的觀點相輔相成，也突顯了跨領域合作在治療決策中的重要性。

隨後由 **Roy van Wanrooij 醫師 (荷蘭)** 分享 EUS 導引治療的臨床應用，包括膽道與胰管引流、胃靜脈曲張止血等多項技術，並分析目前臨床證據的限制與安全性考量。最後，在 **Panel Discussion** 中聚焦於「新型 EUS/ERCP 技術是否真正帶來臨床附加價值」的議題。主持人 **Jeanin van Hooft** 總結指出，這些新技術雖然大幅擴展了內視鏡介入的治療邊界，但仍需仰賴多中心隨機研究與成本效益分析的支持，才能成為標準化的治療模式。整體而言，這場討論充分展現了 **EUS 與 ERCP 技術融合 (EUS - ERCP hybrid therapy)** 的潛力。未來，內視鏡醫師在臨床決策與跨專科治療團隊中的角色將愈趨關鍵，不僅是操作技術的執行者，更是治療策略設計與病人全程照護的重要參與者。(圖七)

(圖六)

(圖七)



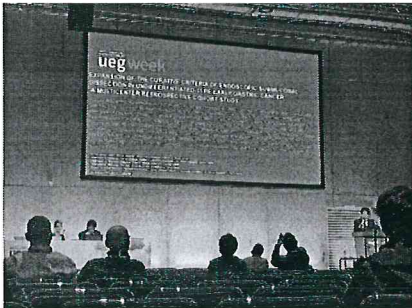
10/6 第二天一早就到會場，參加了多場與上下消化道癌症相關的主題演講(session)，其中我最感興趣的議題包括上下消化道早期癌症的診斷、治療策略與篩檢制度。目前要比照日本與韓國進行大規模篩檢仍具挑戰，主要受限於制度與成本。例如英國的研究顯示，即使在高品質的內視鏡中心，post-endoscopy upper GI cancer (PEUGIC) 的發生率仍不低。近年 ASGE 與 ESGE 皆陸續發布上、下消化道內視鏡的品質指標，但實際臨床上，除了「完整性」外，早期癌的辨識能力及臨床指引的遵從率仍有待提升，顯示現行篩檢與追蹤機制尚有改進空間。

在治療策略方面，有一組日本團隊提出了新的挑戰與思考。以往日本內視鏡醫學會定義內視鏡治療在未分化型胃癌 (undifferentiated-type gastric cancer) 的部分鎖定在小於2cm，然而，有研究者主張可將未分化型胃癌的內視鏡治療適應症擴大至 2 - 4 公分的病灶，但根據今年回溯性資料分析，其淋巴結轉移風險仍不可忽視，因此即使技術進步，臨床判斷仍須謹慎。(圖八-九)

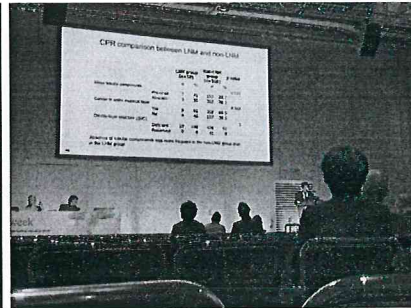
最後，英國的 Amar Srinivasa 醫師 利用全國性資料庫進行分析，探討 內視鏡追蹤中仍發現上

消化道癌症（PEUGIC）的根本原因。結果指出，主要問題包括觀察時間不足、影像紀錄不完整與缺乏染色技術的應用。此研究提醒，即使在高收入國家，內視鏡品質控制與流程標準化仍是提升早期癌偵測率的關鍵。(圖十)

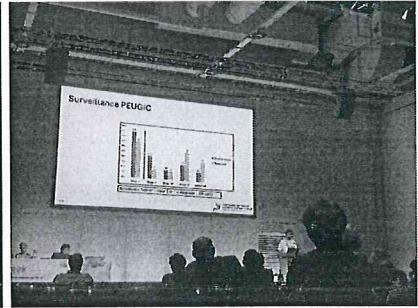
(圖八)



(圖九)



(圖十)



整體而言，這場次充分體現了亞洲與歐洲團隊在內視鏡治療領域的互補發展。亞洲團隊（特別是日本與印度）持續挑戰技術極限，拓展內視鏡治療邊界；歐洲團隊則聚焦於長期預後與制度化品質監測。這些報告不僅提供了臨床治療的新方向，也再次提醒我們：「品質監控、完整紀錄與適當追蹤」同樣是影響病人預後的關鍵因素。

在大腸內視鏡相關的場次中，有幾場關於放大觀察與染色內視鏡技術的研究讓我印象特別深刻。首先，日本的 **Takeshi Shimizu 醫師** 發表了一項前瞻性研究，探討 **醋酸增強放大內視鏡 (acetic acid - enhanced magnifying endoscopy)** 在結直腸上皮性腫瘤診斷的應用。研究結果顯示，這種方法的診斷準確度可以取代傳統使用 **Crystal violet 染色** 的 pit pattern 分型，而且操作上更簡便、安全性也更高，但是也需要把所以粘膜上的沉澱物清理。對我們臨床醫師來說，若未來能以這樣的方法取代 crystal violet，不僅可減少染劑使用上致癌的疑慮，也能讓操作流程更順暢，他們的文獻今年也在 *gie* 雜誌上刊登。(圖十一)

接著，日本的 **Hideaki Kinugasa 醫師** 報告了一項三組隨機對照試驗，使用 **醋酸與靛胭脂混合染色 (AIM chromocolonoscopy)** 來提升近端鋸齒狀病灶 (proximal serrated lesions) 的偵測率。研究結果顯示，AIM 技術在高風險族群中，相較於一般染色或白光觀察，檢出率提高特別是在近端結腸的病灶上效果更顯著。瑞典的 **Arvin Lashgarara 醫師** 則分享了當地國家級大腸癌篩檢計畫中 **光學診斷 (optical diagnosis)** 的實際應用經驗，提到在大規模篩檢中，如何兼顧影像品質、觀察時間與醫師間操作一致性，是歐洲目前仍面臨的重要挑戰。這點其實也很值得我們借鏡，尤其在健保制度下要兼顧效率與品質，更需要制度性監測與教育訓練。

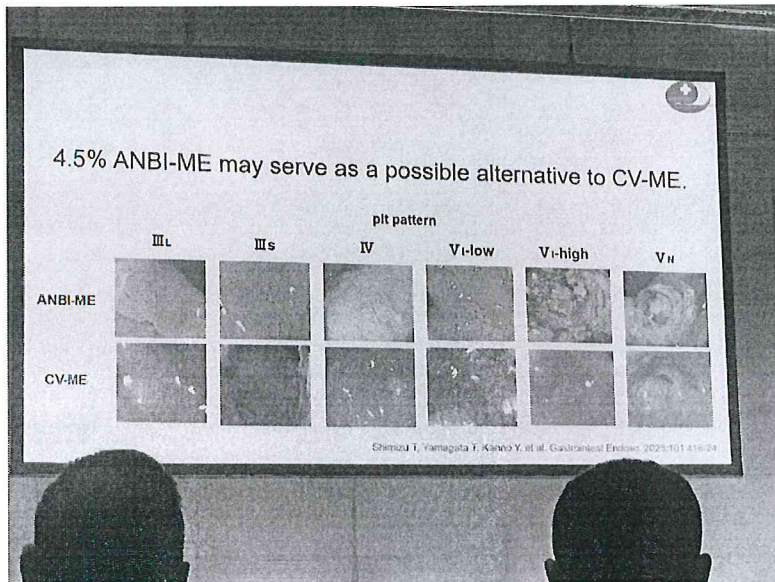
同樣來自日本的 **Taishi Okumura 醫師** 以多中心資料的後續分析 (post-hoc analysis)，比較 **JNET 分類與 pit pattern 分型** 在專家與非專家醫師之間的診斷表現。結果顯示，即使非專科醫師在使用 JNET 分類系統時，也能達到與專家相近的準確度，顯示分類系統的標準化與教育推廣對臨床診斷確實有幫助。英國的 **Homira Ayubi 醫師** 則分析了英國本土的非蒂狀大腸息肉 (non-pedunculated polyps) 中黏膜下侵犯癌 (SMIC) 的病理特徵。研究指出，不同形態亞型 (如 LST-G、LST-NG) 在惡性風險上有明顯差異，並提出形態學分類可作為預測早期癌風險的重要依據。

整體來看，日本團隊在放大觀察與染色技術上持續突破，歐洲則更著重在標準化與實際篩檢流程的落實。從 **醋酸染色、光學診斷到 AI 輔助影像分析**，這些技術的進步都讓內視鏡醫師

在早期癌的診斷與風險預測中扮演越來越重要的角色。

最後，在會場外我意外遇到了荷蘭的 **Roos 醫師**。她是我很敬佩的學者，兩年前我參加線上 UEG 和 ESGE Days 時，看過她示範 Barrett's 食道病變的切除過程，當時就覺得她的技術與影像判讀都非常令人佩服。這次能親自和她合照、交流，真的很難得。她的團隊今年還發表了一篇利用 **Prague CM 長度** 來進一步區分 Barrett's 食道 LGD 與 HGD 風險分層的研究，把以往單純的病理分級延伸成低、中、高風險三層架構。不過這方法對 **index endoscopy** 的品質要求非常高，她在演講中有提到這種分類，可能很多病人都會抱怨：「醫師多量了一公分，我就要再回來追蹤！」。(圖十二)

(圖十一)



(圖十二)



(三) 器械與技術展示

這次在廠商展區中看到有許多新的內視鏡器械，其中比較有趣的是看到有廠商推出的新型 **cap 旁附側管設計(side channel cap)**。這種設計讓在單管內視鏡上同時使用 forceps，突破過去需使用 double-channel scope 才能進行的手術的限制，對於部分內視鏡縫合與減壓操作具有潛力。不過目前尚未於台灣上市，未來若能引進，將可大幅提升術中靈活性。

3、 心得

這次參加 UEG Week，聽下來有幾點心得。首先，在癌症篩檢策略上，亞洲地區(特別是日本與韓國)透過制度化的大規模篩檢有效降低了上消化道癌症的死亡率；相較之下，歐洲因醫療保險制度與人力資源配置的限制，較難推動普篩轉而採取「精準篩檢」與「高風險族群追蹤」的模式。若台灣未來要推動類似政策，可能應以公共衛生與臨床可行性兼顧為前提，採取高風險族群優先的過渡策略。

在 Barrett's 食道的診斷部分，荷蘭 Roos 團隊提出以 Prague CM 長度進行 LGD/HGD 的風險分層，提供了更量化的判讀依據，但也強調這必須建立在高品質影像與經驗豐富醫師的判讀基礎上。對我來說，這項模式不僅是診斷工具的提升，更提示我們在國內建立標準化 Barrett's surveillance protocol 的必要性。另一方面，在 ERCP 移植病人的研究發表後，我有機會與義大利團隊面對面討論，我們雖然探討的是相同主題，但在病人組成、術前管理及定義設定上仍有差異，也因此導致結果不盡相同。這段討論讓我感受到不同中心間的差異不只是方法學的問題。

題，也反映各國臨床實務與醫療文化的不同。

最後，就整體會議體驗而言，UEG Week 的設計相當精緻，會場導引明確、互動性高，與 DDW 相比更強調臨床應用與學員參與。歐洲醫師在臨床與研究間取得平衡的態度，以及日本醫師在技術細節上的極致追求，對我都是很大的啟發。這次參會不僅增廣了國際視野，也讓我更確定，臨床與研究的結合，仍是我們持續努力的方向。

4、 建議事項

- **鼓勵醫師持續參與國際會議發表**：院方可持續提供研究發表補助與行政支援。
- **建立跨國合作研究平台**：這次印度NTT的醫師，利用進修期間做了內視鏡治療的研究發表，讓我想到了或許藉由進修和出去開會的機會與日本或不同國家之間建立合作網絡共同設計多中心資料分析，也是一種可行的方式。
- **專注新型內視鏡技術的發展**：歐洲在內視鏡研發設計上的能量不亞於日本，藉由出去發表的機會，了解創新內視鏡器械的發展，激發出有自己特色的內視鏡治療。
- **內視鏡品質的精緻化**：放大觀察與染色技術訓練在許多地區都已經逐步推動，或許普及化內視鏡診斷辨識以及強化診斷一致性是未來可行的方向。

5、 附錄：無。