

出國報告（出國類別：開會）

參與 2025 歐洲腫瘤醫學年會 (ESMO 2025)國際學術交流

服務機關：臺中榮民總醫院胸腔內科

姓名職稱：師三級主治醫師李柏昕

派赴國家/地區：德國/柏林

出國期間：2025.10.16-2025.10.22

報告日期：2025.10.31

摘要

歐洲腫瘤醫學年會(ESMO)為全球癌症研究與臨床治療領域最具規模與影響力的國際會議之一，每年年會都會發表當年度最新最具影響力之臨床試驗，研究通常都同步刊登於 NEJM 或是 Lancet 等影響力極高的雜誌，年會同時也有教育性質之課程可供參考，臨床腫瘤醫師需持續更新最新醫療知識，以提供病患最合適的診療建議。本人長期投入肺癌及胸腔腫瘤臨床工作與學術研究，近期研究重點為肺癌基因檢測與早期肺癌篩檢，並於近兩年有相關文章之發表，期望藉由親自參與 ESMO 2025，掌握最新研究趨勢，與國際學者交流，提升臨床實務與研究之能力。有了過去幾次參加國際會議的經驗，這次與會比過去更能掌握會議的重點，也藉此和不少學者交流，也希望可以將此次會議的知識分享給國內其他醫師。

關鍵字：ESMO，European Society For Medical Oncology，歐洲腫瘤醫學年會

目 次

一、 目的	8
二、 過程	8
三、 心得	83
四、 建議事項	144
(至少四項，包括改進作法)	
(一) 可以從國際會議學習大型活動的舉辦經驗	
(二) 從國際會議了解最新的臨床試驗趨勢	
(三) 在國際會議期間與他國學者互動交流	
(四) 了解自身優勢參加合適國際會議	
五、 附錄	145

一、 目的

歐洲腫瘤醫學年會(ESMO)為全球癌症研究與臨床治療領域最具規模與影響力的國際會議之一，每年年會都會發表當年度最新最具影響力之臨床試驗，研究通常都同步刊登於 NEJM 或是 Lancet 等影響力極高的雜誌，年會同時也有教育性質之課程可供參考，臨床腫瘤醫師需持續更新最新醫療知識，以提供病患最合適的診療建議。本人長期投入肺癌及胸腔腫瘤臨床工作與學術研究，近期研究重點為肺癌基因檢測與早期肺癌篩檢，並於近兩年有相關文章之發表，期望藉由親自參與 ESMO 2025，掌握最新研究趨勢，與國際學者交流，提升臨床實務與研究之能力。

二、 過程

10/16 經伊斯坦堡轉機柏林

10/17

第一次參加 ESMO，不過已經有前面參加過三次國際會議的經驗了，所以各方面都已經比較熟悉，這次辦在德國柏林，之前雖然來過，不過對這個城市印象也不深，這次自行前來，體驗了非常方便的鐵路系統，更有趣的是只要報名參加 ESMO 在會議期間大眾運輸免費搭，算是很特殊的體驗。舉辦地點在 Messe Berlin，是在柏林西部的郊區，我住的飯店就在旁邊不遠處，但是走路也要 20 幾分鐘。會場本身設計有點複雜，很容易迷路。

第一天的活動下午才開始，吃完午餐第一場沒有肺癌的活動，先去聽聽看 melanoma 有關於新的免疫治療的介紹，因為參加醫院裡面的 molecular tumor board 好幾年了，這些時間都和腫瘤內科的專家學習了很多，癌症治療的觀念大同小異，很多在其他癌別使用的藥物在肺癌可能也會有相關。免疫治療有些人效果好有些人效果不好，今天的報告和之前的經驗也滿類似的，用類固醇免疫療效會打折，使用抗生素也會影響 gut microbiota 效果也會有影響，比較特殊的是吃益生菌其實也會影響療效，多攝取高纖維的食物反而會增加免疫治療的療效，這些未來都還需要更多的研究，不過方向上是非常有趣的。

接下來是今天的重頭戲肺癌領域，第一個部分是討論晚期 EGFR 突變肺腺癌病患是否在使用 osimertinib 之後要加做 local consolidative therapy，NorthStar Study 將使用 osimertinib 之後沒有 Disease progression 的病人在吃藥後 6-12 周之後加做 local consolidative therapy，這個題目很重要但是很難做，因為每個病人轉移的部位不盡相同，研究團隊依據轉移的數量分成 oligo 和 poly metastasis，結果顯示 Progression free survival 25.3 vs. 17.5 months, hazard ratio 0.66 $p = 0.025$ ，明顯延長 osimertinib 的 PFS，且在 Del 19, L858R 都能夠延長 PFS，在 metastatic site 小於等於三個或大於三個的也都有幫助，只要能夠 complete local consolidative therapy 在 PFS 上就有幫助，在討論的時候提出幾個問題，那些病人適合 local consolidative therapy 哪些應該 combination，哪些吃藥就好了，local consolidative therapy 給予的時間，而在接受 radiotherapy 的時候 osimertinib 或許應考慮暫停，降低 pneumonitis 的機會，最後是，在有 response 的時候

就來做 Radiotherapy，或是等到已經 oligometastasis 的時候再來 local therapy，也是需要討論的問題。

第二個部分是比較 HER2 目前有兩個最新的 TKI: Sevabertinib 和 zongertinib，前者是一個 Pan HER 的 reversible inhibitor，後者是一個 HER2 specific 的 irreversible inhibitor，目前研究結果都非常 promising 也都登在 NEJM，在討論的部分提到幾個問題，哪個藥物要先用？目前的選擇有化療加免疫治療、ADC 以及 TKI，在 TKI 的研究裡面，一線使用 HER2 TKI ORR 大概都超過 7 成，如果前面使用過 ADC 則 ORR 會降到一半以下，一些早期的研究顯示如果前面是用 TKI 或許會讓 HER2 receptor 增加，後面再使用 ADC 可能效果會更好？T-DXd 自己的 Data 看起來前面使用過 HER2-TKI 之 ORR 將近八成，但目前都沒有答案。接著是副作用的問題，Sevabertinib 有很多拉肚子的副作用，zongertinib 則可能會 pneumonitis。

第三個部份是 FLAURA-2 在某些 poorer prognostic factors 的次族群 OS 分析，所謂的 poorer prognostic factors 包括 CNS metastasis、bone metastasis、liver metastasis、L858R、TP53、plasma EGFRm ctDNA presence，在次族群分析裡面其實化療加上標靶治療不管有沒有危險因子在 OS 上都有 benefit，兩條線比較沒有差異的在 baseline non-detected plasma EGFRm (low risk group) 以及 TP53 有 mutation 的族群(high risk group)，前者預後本來就很好不用 combination，後者就算 combine 也無法改變預後不好的事實，另外在 PFS 的部分本來有 CNS metastasis 的族群 combination 特別好，不過在 OS 的部分沒有 CNS metastasis 的族群 combination 仍有 benefit。所以到底哪些族群需要 combination treatment，目前還是非常困難的議題。

10/18

今天開始是 ESMO 的重頭戲，整天都有課程，排得滿滿的內容非常充實，有點像考前複習班。早上先是小細胞肺癌的部分，今年 ASCO 發表了 IMFORTE 這個 study 之後，ESMO 發表了 DeLLphi-303 study 其中的 part 2/4/7，把 tarlatamab 提早到第二個 Cycle 就開始施打，看起來效果很好，一年的 OS 還有 80.6%，一年的 PFS 達到 43.1%，Median PFS 可達 10.3 個月，把這類的藥物提前使用是合理的，因為打完 induction phase 之後可以接到 maintenance phase 只有 80%，能夠再接到第二線治療的不到一半，提早使用可以避免二線接不上的問題。接著是 BTCRC-LUN18-363 study，前打完 induction chemo-IO 之後，maintenance phase 使用 durvalumab + ceralasertinib (AZD6738)，是一個 ATR inhibitor，ATR 是 double strand break 修復重要的機制，另一個機制是 PARP inhibitor，但是在早期的實驗看起來 ATR 抑制效果比較好，但在這個研究效果看起來普普，不過是一個新的藥物選擇。

接著進入 peri-operative 的 Study，MDT-BRIDGE study 試圖回答臨床上常見的問題，resectable 或是 borderline resectable 的病人接受 neoadjuvant chemo-IO 之後如果不能開，後面接 CCRT 會怎麼樣？看起來副作用不會更大。接著是令人傷心的 Skyscrapers-03 study，tiragolumab 這個 Anti-Tigid 的藥物來到了人生的終點，最後一個 study 再度宣告失敗，在 CCRT 之後 atezo+tira 看起來效果和單用 durvalumab 沒有差異。

接著是教育性質的課程，提到了一些新的 oncogenic target，這次討論到很多 MTAP loss，剛好我們醫院也有臨床試驗，我也有病人加入，這個基因缺失和 methylation 有點關係，影響 epigenetics，MTAP loss 在肺癌大概 10%，在肺癌病患藥物 ORR 大概三成，然後是 SMARCA4 mutation，目前也有藥物在發展叫做 SMARCA2 degrader (PRT3789)，再來是 Nectin-4 antibody

設計成的 ADC，然後是 sigvotatug vedotin 是一種 integrin beta-6 的 ADC，這個 Study 我們醫院也有，接著是 folate receptor alpha 的 ADC，Claudin 4 or 6 的 ADC，一大堆 ADC 正在如火如荼被發展中。如何提升 ADC 的效果呢？可以從 Antibody 本身，linker，payload 下手，也可以找到合適的 combination partner。

下午又來到的 oral presentation 的時間，又是 small cell lung cancer 的部分，第一個是 MSD 的 DLL-3 engager，Gocatumig，ORR 達到四成以上，Median DOR 可達 10.8 個月，目前還在規劃 Gocatumig 合併其他 ADC 例如 I-DXd、atezolizumab/durvalumab 的 study。第二個是 DAREON-8 trial，評估 Obrixtamig 加上 Chemo-IO 在一線治療的效果，其實實驗設計很類似 Dellphi-303，六個月的 PFS 來到 73%，9 個月 52%，看起來和 Dellphi-303 有得拚。接著是 I-DXd 在 brain 的 Response rate，這類的 ADC 竟然對 brain mets 效果還不錯，在之前沒有接受過 brain radiotherapy 的病人 ORR 可以達到 65.5%，這個藥物我們醫院也有進臨床試驗，不過最近因為全球 pneumonitis 的病人致死 5 位的關係先暫停收案。最後是討論 IMFORTE Study 裡面 disease progression 的 pattern，這樣的研究就還滿有意義的，會去檢討這些病人最後 Failure 的原因，看起來 lurbinectidin + atezo 這組比較少 target or non target lesion PD，不過 new lesion PD 和 Atezo mono 這組差不多，單打 atezolizumab 這組比較多 liver metastasis 造成的 PD，lurbinectidin + atezo 這組比較多 brain mets PD，不過 brain Mets PD 的時間 lurbinectidin + atezo 這組是 4.3 的月，相較 atezo mono 這組只有 2.8 個月是比較長的。

10/19

今天第一個題目是 alectinib PD 之後換吃 brigatinib 的 Study，發現 ORR 還有 32%，PFS 大概 6.51 個月，這些病人都有去做 liquid NGS，大概有 16% 有 ALK point mutation，有 mutation 的之中 G1202R 的有三個，其中兩個病人吃 brigatinib 是有效的，其實這樣的 ORR 和 alectinib 之後吃 lorlatinib 的 ORR 差不多。不過如果有 Brain metastasis，或許 lorlatinib 還是比較好的選擇。今天晚上剛好和這篇 oral presentation 的 speaker doctor Yuichi Ozawa 餐會，也和他討論了這個問題，日本現在一線大概六成使用 alectinib，三成使用 lorlatinib，一線使用 brigatinib 的很少，有一些用完 lorlatinib 之後再用 Brigatinib 的 Data，不過可能效果沒有到太好，對這個問題很有興趣是因為之前遇到 lorlatinib early progression 的病人，在之前 CROWN study 裡面有些人 lorlatinib PD 之後再吃 alectinib 又會有效果，所以不同 TKI 之間互換除非是有 resistance 的 point mutation，不然還是會有一些病人有效。

接下來是 EGFR exon 20 insertion 的 study，現在已經一大堆新藥。第一個是日本的藥物 zipalertinib，ORR 大概三成左右，接著是大陸的 firmonertinib，這個藥物對 common EGFR mutation 也有效果，ORR 超過 4 成，未來的目標可能會類似 FLAURA-2 這樣的組合，TKI 加上化學治療做為第一線治療，接著在藥物選擇多了之後會開始區分 near loop 和 far loop 的效果，針對不同突變位置選擇更好的治療。

然後是 BRAF V600E，binimetinib and encorafenib 這個組合已經 FDA approve，不過台灣還拿不到藥物，ORR 75%，PFS 30.4 個月，看起來效果相當不錯。接著是 ROS-1 的 study，一線用過 TKI 之後二線再接 lorlatinib 的 study，其實去年在 WCLC 我就聽過大陸一樣的 study 了，這個結果也滿類似的，ORR 大概 30%，不過這個 study 有驗到 G2032R 的人很少只有兩個，所以其他人使用 lorlatinib 可能還是部份會有效果。

接著是一些教育性的課程，包括過去一年肺癌的一些進展，包括 neoadjuvant chemo-IO 沒有達到 PCR 之後的些輔助治療，包括 mRNA 疫苗或是加打 ADC，新的 neoadjuvant chemo-IO 組合，包括加上 anti CTLA-4，PD-1 CTLA-4 bispecific antibody，TKI adjuvant therapy，TKI induction neoadjuvant therapy，Stage III unresectable 目前標準治療是 CCRT 後接 durvalumab 一直無法被挑戰，重要的 Skyscrapers-3 已經失敗，目前+oleclumab 或是 monalizumab 在 phase II 看起來可能有加成效果，接下來可能還要等 PACIFIC-8/9 的 study，最後還提到一些 mesothelioma，Histology, BAP1, MTAP 以及疫苗可能都有角色。

最後是今年的 Presidential Symposium，就是大會最重要的 clinical trial，和 lung cancer 有關的兩個，都是中國大陸的藥，第一個是 ivonescimab 合併化療比上 tislelizumab 合併化療在 squamous cell lung cancer，去年在 WCLC Harmoni-2 就知道這個藥非常神奇，在 Phase III trial 一樣證實在 SqCC 效果很好，也沒有多出很多咳血副作用，PFS 從 6.9 進步到 11.14 個月，在 PD-L1<1%的人效果更好，這篇請到安明珠教授講評，最後這篇登上 Lancet。第二篇更神奇，中國大陸的 Trop 2 ADC Sacituzumab tirumotecan (sac-TMT)在 EGFR-TKI PD 之後和 platinum based chemotherapy 相比，PFS 8.3 vs. 4.3，HR 0.49，連 overall survival 都有 benefit，結果令人驚艷，同步登上 NEJM，未來有待更多 global phase III trial 去證實這個藥物的療效了。

10/20

最後一天的議程，一開始先去聽一個討論年輕人得肺癌的會議，討論一些危險因子包括抽菸、氫氣、砷暴露、PM 2.5、一些 germline 的問題，Li Fraumeni Syndrome，TP53 R337H germline variant，然後是生育的問題，需要計算化療的暴露量，每種標靶藥物對於生育的影響，最好的方式當然還是去凍精凍卵，在荷蘭有這類年輕腫瘤的團體給予互相支持，不然這群病人或許會比一般病患有更大的壓力，不管是身心靈社會層面的支持都更加需要。

Oral symposium，第一個是有關類似 IMPOWER 150 的 Study，一個中國大陸的 trial，探討 Chemo-alone, Chemo-IO, Chemo-IO-bevacizumab 三組對於 EGFR/ALK negative NSCLC 的效果，結果看起來重點還是 IO，加上 bevacizumab 並沒有辦法增加 PFS benefit，第二個 study 是討論 chemo-IO induction 之後，一組打 paclitaxel + bevacizumab 另一組打 paclitaxel + bevacizumab + atezolizumab，最後看起來兩組沒有太大的差別，第三個 study 是 rilvegostomig，一個 anti-PD 1 和 anti-Tigid 的 bispecific antibody，這個 study 我們醫院也有參加，看起來在 PD-L1 $\geq 50\%$ 這個族群表現不錯，單用 ORR 就有 61.8%。

下一組第一個 TeLuRide-005 study，分析 EIK 一種 Toll-like receptor 7/8 Co-agonist with pembrolizumab + chemotherapy 在 NSCLC 的療效，看起來合併使用在 PD-L1 $\geq 50\%$ ，1-49%，<1%分別為 71%，62%，55%，似乎是比原本 KN-189 的 data 還要更好，第二個 study 是比較 PD-L1 $\geq 50\%$ 的 NSCLC，到底是要 IO mono 或是 chemo-IO，結果看起來 PFS 和 OS 兩條線都差不多，不過這個 study 以男性抽菸為主。第三個 study 是 chemo-IO 加上一些新的藥物包括 TIGIT Antagonist/ILT3 antagonist/ILT4 antagonist/CD27 agonist 等四種，結果看起來都差不多，沒有哪一種特別好，目前各種合併 KN-189 的 trial 正在嘗試當中，想要挑戰這麼多年來尚未被撼動的標準治療。

下午也是 oral presentation，討論 ensartinib 在術後 adjuvant therapy 的角色，實驗設計都和 ALINA study 很像，結果也類似，DFS HR=0.20，接著是 ALINA study 的 long-term follow up，

可以看到過了兩年之後 DFS 還是開始下降，OS 都還沒有什麼 event，因為就算是對照組也都用到 ALK TKI 所以預後很好。第二個是討論 LAURA study 中 MRD 的角色，MRD 的檢測方式是使用 NeXT Personal assay，是一個 tumor informed 的方式，MRD detection rate = 56%，但是不管有沒有 MRD，CCRT 之後吃 osimertinib 都可以 improve PFS，吃了 osimertinib 之後有 84% 可以達到 ctDNA clearance，MRD 驗到有 positive，平均比臨床 PD 早 5.1 個月發生。

接著是 KN-671 五年的 follow up data，看得出來 benefit 持續，五年 EFS 仍有 49.9%，不過和 CM-816 相比 Data 差不多，然後是一個大陸的 Trial，分析 Stage IIIB/IIIC 病人，chemo-IO induction 之後，如果可以開刀，一組開刀，一組放射線治療，EFS 的比較，看起來當然是開刀那組比較好。

最後一個部份是 AI assist 包括評估 mesothelioma 療效，預測 AEGEN study 裡面能不能達到 pCR，我想 AI 未來會是精準醫療的關鍵一環。

這次的會議其實遇到很多台灣不同醫院的人，也有機會和香港新加坡日本等學者交流，收穫滿滿。

10/21 搭機返台

三、心得

第四年參加國際會議，到過不同的國家和地點，逐漸掌握會議的學習重點。今年的地點在柏林，又是一個無法直達的都市，光是轉機也是花了不少時間，柏林十月已經很冷了，幸好事先已經準備好禦寒衣物，不過和台灣的十月相比還是天壤地別。這次的會議中心在柏林市郊，從機場坐地鐵過去要一個小時，幸好德國鐵路 DB 四通八達，我住的位置又在會議中心附近，交通不是大問題，最特別的是大會鼓勵大家搭乘大眾運輸，所以會議期間坐任何大眾運輸都是不用花錢的，也節省了不少交通費。不過這次的會議中心因為場地太大了，動線又規畫不佳，所以很常會迷路。

每天從早上八點多到下午五點多的課程，幾乎都有肺癌的部分，如同以往我都用照 slide 的方式紀錄課程，不過 ESMO 有點麻煩的是 slide 在大會已經結束三四天之後才提供，很難及時複習，不過回國之後我還是花了很多時間在整理這些投影片，及時的處理這些知識很重要，一拖就會忘記，這些 slides 夠用一整年了，在未來的各項學術會議當中都是非常珍貴的資源。經過這三四年與會的經驗，已經了解這類會議的運作模式，他會把類似的主題放在一起討論，所以除了 oral presentation 的 slide 之外，後面 Discussion 才是重點，而教育性質的課程更是像大補帖，可以快速更新最近幾年的新知。現場參加才有辦法把時間完全投入學習，有花錢還是有收穫。

ESMO 非常臨床，所以幾乎都是討論和臨床試驗相關的主題，比較震撼的是在肺癌領域 presidential symposium 也就是他們最重要的 oral presentation，兩個研究都是中國大陸單一國家的 phase III RCT，一個上 NEJM 一個上 Lancet，ivonescimab 和 sacituzumab tirumotecan 都是目前肺癌界的新興藥物，以前不太可能這樣的研究能夠上如此 top 的 journal，但是他們還是辦到了，其他 oral presentation 有一大堆中國大陸自己的藥物，雖然有很多都是 me too 的 study，但是創新並回答重要臨床問題的研究還是不少，反而是亞洲其他國家的表現都相當普通，這點值得警惕。台灣要以一己之力去對抗非常困難，investigator-initiated studies 要在台灣進行成本和難度也都很高，如何找到台灣的定位，需要好好思考。不過台灣在公衛以及篩檢等方面領先世界，這點是可以著墨的研究方向。

感謝楊宗穎部長、曾政森主任、徐國軒醫師、黃彥翔主任以及其他前輩對我的指導，整體來說，因為臨床經驗在這幾年的累積，這次參加 ESMO 和前兩年相比學習得更快，也統整得更好，和其他醫師討論的時候，也因為有這些經驗的累積，更能快速掌握到問題的核心。所以有好的臨床經驗才能提出好的問題，具備好的研究素材，臨床為醫學之本，道理就在這裡。

四、 建議事項

1. 可以從國際會議學習大型活動的舉辦經驗

這幾年感謝院方的支持，參加過多場國際會議，每場會議都有其優缺點值得我們學習，畢竟未來都有舉辦國際會議的機會。以今年的地點來說，交通雖然尚稱方便，但其實位在郊區，附近住宿不足是個致命傷，每次離場常常叫不到計程車或是一直被棄單，不過德國推廣大眾運輸不遺餘力，會議期間大眾運輸免費是個很棒的點子。以台中來說，新的會展中心剛落成，明年也接續安排了 50 幾場展覽，應接不暇，未來如果有機會在那樣的場地舉辦醫學會，應該會是很不錯的體驗，不過會展中心目前交通和住宿是個大問題，而我們醫院未來也規劃在新建的科技大樓建置國際會議中心，距離本院走路尚需 10 分鐘，未來如何大量接駁，或是提供友善的行走環境，可能還要再思考。接著是會場裡面動線的設計，這次的柏林會議中心場地太大太複雜，路邊隨處可見迷路在找路的人，如何規劃合適的動線，安排合理的移動時間也是一門學問。每場人次的預估也很重要，場地有大有小，太大的場地人太少顯得冷清，但更嚴重的是爆棚，這次的主辦單位還不錯，如果會場已經滿了，在會場外還有同步視訊區，可以戴耳機看大螢幕，一樣很清楚。最後是基本 housekeeping 的問題，場地的廁所標示、基本的飲水需求、餐飲服務、休息區、充電區等等，都應該明確標示，方能讓遠道而來還在調時差的各國與會者，有賓至如歸的感覺。

2. 從國際會議了解最新的臨床試驗趨勢

像是 ESMO 這類的大型會議有非常多 phase I/II 早期臨床試驗的初期 data 會釋放出來，其實這些試驗很多在我們胸腔部裡面都有，可以利用這樣的機會了解這些新藥的副作用以及成效，針對比較有效的試驗加強收案，也可以比較了解這些藥物的安全性問題趨吉避凶，即時的和團隊裡面的 study coordinator 分享最新情資，激勵彼此士氣相當重要。而針對一些新的但是我們沒有的臨床試驗，也可以利用這個時機點了解其試驗內容，目標是豐富胸腔部內的臨床試驗多樣性，讓每一個肺癌的族群都有機會接受到臨床試驗，而這樣的會議很多藥商及生技公司都會參加，也可以利用國際會議的機會與他們交流，未來如果有不錯的試驗就有機會找我們洽談，這點楊宗穎部長、曾政森主任以及黃彥翔主任已經做得很好，還要努力和他們學習。

3. 在國際會議期間與他國學者互動交流

像 ESMO 這樣的重要會議很多國際級學者都會前來，這次也是有機會和一些日本學者討論他們平常的 clinical practice，隨著臨床經驗的累積，和這些學者討論的問題會愈來愈有深度，也比較不會感到害怕。另外部內也每年舉辦多場國際會議，可以利用這樣的機會邀請學者線上或實體演講，廣結善緣久而久之就能建立自己的人脈，也能拓展視野，這點楊宗穎部長、曾政森主任以及黃彥翔主任也是箇中翹楚，要向他們看齊。

4. 了解自身優勢參加合適國際會議參加 ESMO 都會希望中榮團隊有朝一日可以站在講台上分享自己的成果，但在許願的同時，也了解其困難度非常之高，這類會議大多以藥物/癌症治療的臨床試驗為討論主軸，必要條件要是臨床試驗，且幾乎都是前瞻性臨床試驗，

新的藥品則須有藥廠贊助，可及性較低，但如果是回答藥廠沒有太大興趣研究，但是臨床上重要的問題，則是試驗可以考慮的設計方向。因為 ESMO/ASCO 幾乎都是腫瘤臨床試驗的發表會，WCLC 則有更廣泛的肺癌討論，前面有提過台灣的優勢不在於新興藥品，公衛以及肺癌篩檢是台灣的強項，我們未來也有規劃肺癌篩檢相關的臨床試驗，有創新性，競爭者很少，這樣的藍海或許比較適合我們團隊，也比較有機會口頭發表，而 WCLC 會是比较好的平台。另外也可以從比較小型的國際會議開始挑戰口頭報告，像是我們團隊在楊宗穎部長、曾政森主任的努力下今年將在 ESMO-ASIA 發表，未來也可以尋這樣成功的經驗，找尋自身的優勢，參加合適的國際會議。

五、 附錄