

卵巢癌的診斷、治療與追蹤

譯者:李明陽

一、簡介與流行病學

台灣地區粗發生率 (crude incidence) 5.89/100,000

台灣地區年齡標準化發生率 5.44/100,000

台灣地區粗死亡率 (crude incidence) /100,000

台灣地區年齡標準化死亡率 /100,000

卵巢癌的死亡率為台灣地區癌症死亡率第十五位，為台灣地區婦女癌症死亡率第十一位

歐洲地區粗發生率 17/100,000，Mortality 12/100,000 women/year，診斷時的 median age 為 63 歲，其發生率隨年齡增加，於七十至八十歲達最高峰。

二、病因與危險因子

百分之八十五的卵巢癌病人為單發性的 (sporadic)，與家族遺傳有關的卵巢癌病人常與基因的 BRCA1 及 BRCA2 有關。

三、診斷

卵巢癌的確定診斷需手術標本病理診斷確定。依 WHO 的病理分類計有下列幾種：serous, mucinous, endometrioid, clear cell, Brenner, mixed, and undifferentiated carcinomas. 在接受手術治療或是化學治療之前，病人需接受下列檢查：腹部及骨盆腔電腦斷層檢查、胸部 X 光、血液全血球計數、血清 CA125、血清生化檢查。

四、分期與預後因子

手術分期需經由內視鏡探查腹腔才能確定分期。除了探查卵巢之外，也需對腹膜、腹腔肌肉、腹腔及骨盆腔淋巴結、大網膜進行活體切片檢查，並需同時採取腹腔的沖洗液的細胞學檢查。且應尋求婦癌醫師進行手術治療 (Evidence level III B)。分期詳如附表 1。

較佳預後因子包括：腫瘤較小、年紀較輕、performance 較好、較佳的腫瘤組織型態 (除了 mucinous, clear cell type 之外的腫瘤組織皆屬較佳的腫瘤組織型態)、分化較好的腫瘤、無腹水等

五、治療

手術術式選擇及手術後化學治療需依據疾病分期及臨床病理預後因子綜合評斷

1、早期疾病；FIGO I and IIa

(1)、手術治療

手術需進行腹部切開的子宮全切除併兩側卵巢、輸卵管及腹網膜切除，且同時需進行為切除部位的 Staging biopsy。年輕婦女若因想保存生育能力，且腫瘤僅侷限於一側卵巢，腫瘤組織型態良好，可考慮僅進行單側卵巢併輸卵管切除，但此舉會有較高的腫瘤復發率。手術進行時，若非患側的卵巢外觀覺得有異常，楔狀切片非患側卵巢是必須的。早期卵巢癌的細分期治療詳如表 2。

(2)、化學治療：

carboplatin (or cisplatin) 加 paclitaxel 每三週一次共注射六次或 carboplatin (AUC 5 or 6) 每三週一次共注射六次。

2、晚期疾病；FIGO stage IIb, IIc, and III

(1)、手術治療

手術需進行腹部切開的子宮全切除併兩側卵巢、輸卵管及腹網膜切除，且同時需進行為切除部位的 Staging biopsy。手術需盡可能的切除腫瘤侵犯區域，並使殘餘腫瘤小於一公分。假若病人第一次手術無法達到 maximal cytoreduction，可以在病人接受過化學治療後腫瘤侵犯狀況改善或 Stable disease 時，再給病人進行 interval debulking surgery (IDS)。IDS 最好在病人接受三次化療後進行，並於術後再接受三次化療。

(2)、化學治療：

術後需接受化學治療。第一線為 carboplatin (or cisplatin) 加 paclitaxel 每三週一次共注射六次。目前並無臨床證據顯示於六次化療結束後，病人的腫瘤影像學檢查完全消失的情況下，再進行一次手術探查（不論是否使用腹腔鏡方式探查）對病人的整體存活有任何助益。

第二線化療則可單獨使用 Liposomal Doxorubicin (50mg/m² Q4W) 或 Topotecan (1.5mg/m² QD x 5 days Q3W) 或 Gemcitabine (800~1250 mg/m² QW x 3 cycle with 1 week rest) 皆有相似的效果。

對 Platinum 有療效反應者，使用二線藥物約三成有反應；對 Platinum 無療效反應者，使用二線藥物約仍有一成有反應。另外第二線藥物使用口服 Etoposide 亦有不錯的反應，惟部分病患會產生次發性白血病，應小心使用。二線藥物的副作用 Liposomal Doxorubicin 主要是黏膜發炎及 palmar-plantar erythrodysesthesia (PPE)，Topotecan 及 Gemcitabine 主要是骨髓抑制及脫髮。

已有臨床試驗證實高劑量化學治療輔以幹細胞支持療法並未提高治療效果。

表 1 AJCC (American Joint Committee on Cancer) and FIGO (Federation Internationale de Gynecologie et d'Obstetrique classification) 對卵巢癌的分期如下表

第一期 侷限於卵巢疾病 (發生率 20%、五年存活率 73%)
Ia 單一卵巢
Ib 兩側卵巢
Ic 破出包膜、腫瘤侵犯至卵巢表面、卵巢表面沖洗液細胞學陽性
第二期 侵犯骨盆腔 (發生率 5%、五年存活率 45%)
IIa 子宮、輸卵管
IIb 骨盆腔其他器官
IIc 腹水細胞學陽性
第三期 侵犯腹腔、局部淋巴結(發生率 58%、五年存活率 21%)
IIIa 顯微鏡檢顯示腹腔轉移
IIIb 肉眼檢視腫瘤小於 2 公分
IIIc 肉眼檢視腫瘤小於 2 公分、局部淋巴結轉移
Stage IV 超出腹腔的遠處轉移 (發生率 17%、五年存活率<5%)

表 2 早期卵巢癌的細分期治療

期別	腫瘤病理型態	治療方式
Stage Ia/Ib	well differentiated, non-clear cell	手術治療
Stage Ia/Ib	poorly differentiated, densely adherent, clear cell	手術治療、另可加上術後輔助性化學治療
Stage Ic	任何型態	手術治療、另可加上術後輔助性化學治療
Stage IIa		手術治療且加上術後輔助性化學治療