

臺北醫學大學·臺北醫學大學附設醫院、萬芳醫院暨署立雙和醫院



# 卵巢癌診療指引

一校三院診療指引共識版

2013 年婦癌團隊修訂

臺北醫學大學·署立雙和醫院

Taipei Medical University - Shuang Ho Hospital

## 卵巢癌診療指引|共識

### 風險因子

---

---

有女性之血緣親戚罹患卵巢癌  
年長的婦女  
使用更年期荷爾蒙補充療法  
未曾生產  
不孕症之病史  
連續使用排卵藥 (如 clomiphene) 超過一年  
較早之初經、較晚之停經  
使用含滑石 (talc) 的外陰部爽身粉  
子宮內膜異位症 (主要是 clear cell 與 endometrioid 之細胞型態)  
抽菸 (mucinous ovarian cancer)

### 保護因子

---

---

使用口服避孕藥  
對嬰兒哺育母乳  
輸卵管結紮  
子宮切除

## 卵巢癌診療指引共識

### 預防性卵巢輸卵管切除手術 (risk-reducing salpingo-oophorectomy)

---

---

經基因檢驗證實有 BRCA1 突變或 BRCA2 突變的女性  
在完成生育之後  
宜於 35-40 歲間 (或參考家族裡最早發生卵巢癌或輸卵管癌之年齡) 進行此手術  
考慮兼行腹腔沖洗細胞學檢查及腹膜暨大網膜切片

### 若不願進行預防性之減險卵巢輸卵管切除手術

---

---

考慮從 35 歲 (或從家族裡最早發生卵巢癌或輸卵管癌之年齡的前 5-10 年) 起開始篩檢：  
每半年進行經陰道超音波與 CA -125 檢查  
亦可考慮使用口服避孕藥來減少卵巢癌之風險： 然而需顧及口服避孕藥增加乳癌風險之可能性

## 卵巢癌診療指引|共識

### 疑似卵巢癌/輸卵管癌/腹膜癌治療前的評估

建議徵詢婦癌專科醫師的意見；應避免用抽吸的方式來做細胞學診斷

治療前的準備檢查，包括：

理學檢查

個人病史探詢

家族史評估：尤其關於卵巢、乳房、子宮內膜、以及腸道之癌症

超音波檢查

胸部 X 光檢查；若有助膜積液，則需胸部穿刺做細胞學檢查

腫瘤指標：手術之前，宜測量血中 CA-125；亦可加測 CEA 或 CA199 等。對於35歲以下的年輕病患，建議加測 AFP、LDH 與beta-HCG  
全血球計數、血清生化檢查

可以安排電腦斷層掃描 (CT scan) 或核磁共振影像 (MRI)，以協助判斷腫瘤性質與範圍，擬定適當的手術計畫

若臨床上懷疑有腸道之壓迫或阻塞、或疑似源自他處的轉移性癌時，則宜進行上消化道內視鏡、大腸鏡或鋇劑顯影等胃腸道檢查

### 治療原則

上皮性的卵巢癌、輸卵管癌、腹膜癌，其治療原則相同：

完整的手術分期

盡可能手術切除所有卵巢癌腫與卵巢外的癌組織

手術之後，對於需要化學治療的患者，使用以鉑類化合物為基礎的輔助性化學治療

宜由婦癌專科醫師進行治療

## 卵巢癌診療指引|共識

### 標準分期手術

---

---

#### 術前的腸道準備

原則上採傳統剖腹方式手術。對於某些合適的第一期卵巢癌患者，或可考慮由有經驗的婦癌科醫師施行腹腔鏡手術入腹腔，即抽取腹水或經由腹腔灌洗取得腹膜腔細胞學檢查的標本

盡可能完整地取出腫瘤，檢體需盡快送病理檢驗，並常規性送冷凍切片

若冷凍切片顯示為黏液性腺癌，則應仔細檢查上、下消化道是否有手術前沒發現的原發性消化道癌症

#### 全子宮及兩側卵巢輸卵管切除手術

考慮盡量切除輸卵管漏斗部骨盆韌帶

粘黏處需切片送。評估所有的腸道表面，且所有的可疑處都要切片送檢

若無明顯的卵巢外擴散病灶，則需隨機腹膜取樣

#### 網膜切除手術

取雙側主動脈旁淋巴結與骨盆淋巴結送病理檢查。主動脈旁的淋巴結，一般至少需取樣至 T12，但建議盡量能拿到 renal vein 之高度

闌尾切除手術：若是黏液性卵巢癌，或疑似闌尾有受到波及

#### 考慮切除腹腔鏡埠管路徑

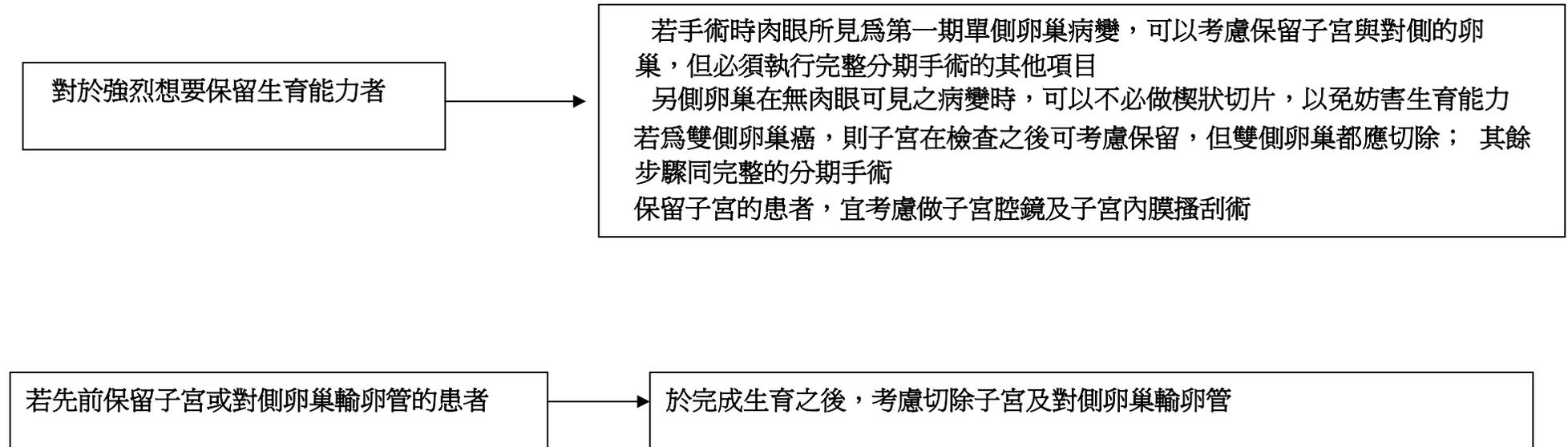
完整的手術記錄：需載明手術前之所有病變、所使用的手術方式、手術後殘餘腫瘤的大小與位置

第三期的上皮性卵巢癌/輸卵管癌/腹膜癌在手術之後，腹腔內無大於 1 公分之殘餘病灶者，可考慮置入腹腔內化學治療導管

## 卵巢癌診療指引共識

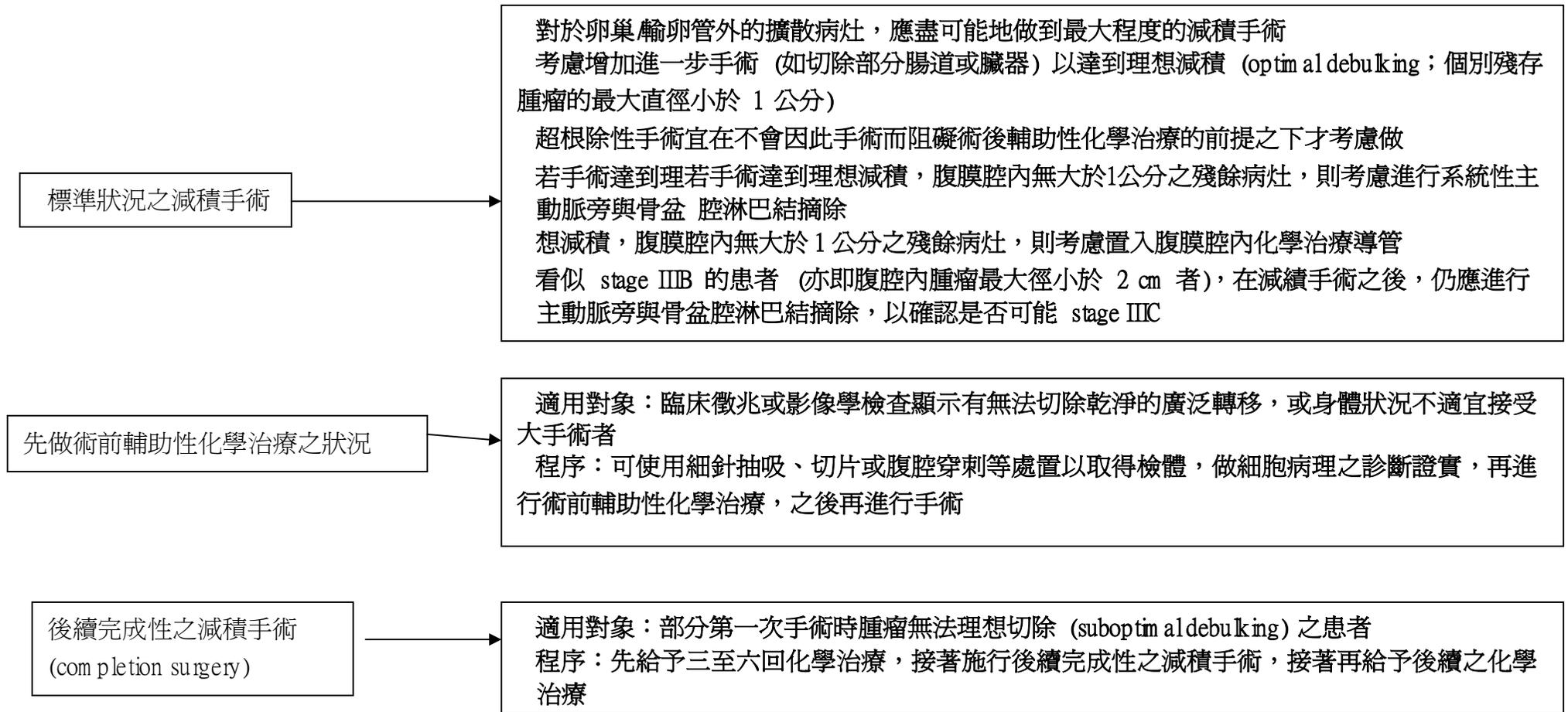
### 保留生育能力之分期手術

---



# 卵巢癌診療指引共識

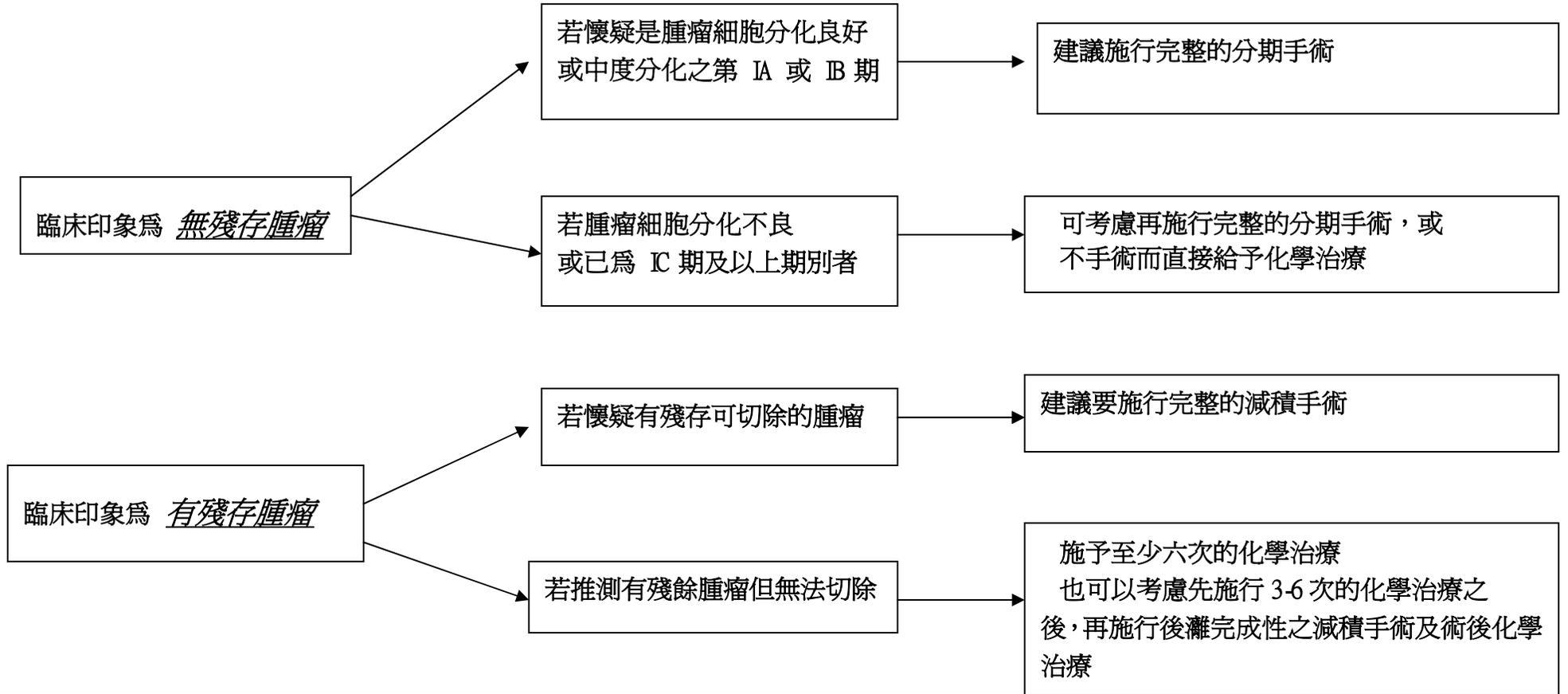
## 減積手術



流程圖六

# 卵巢癌診療指引|共識

若患者先前未接受完整之手術



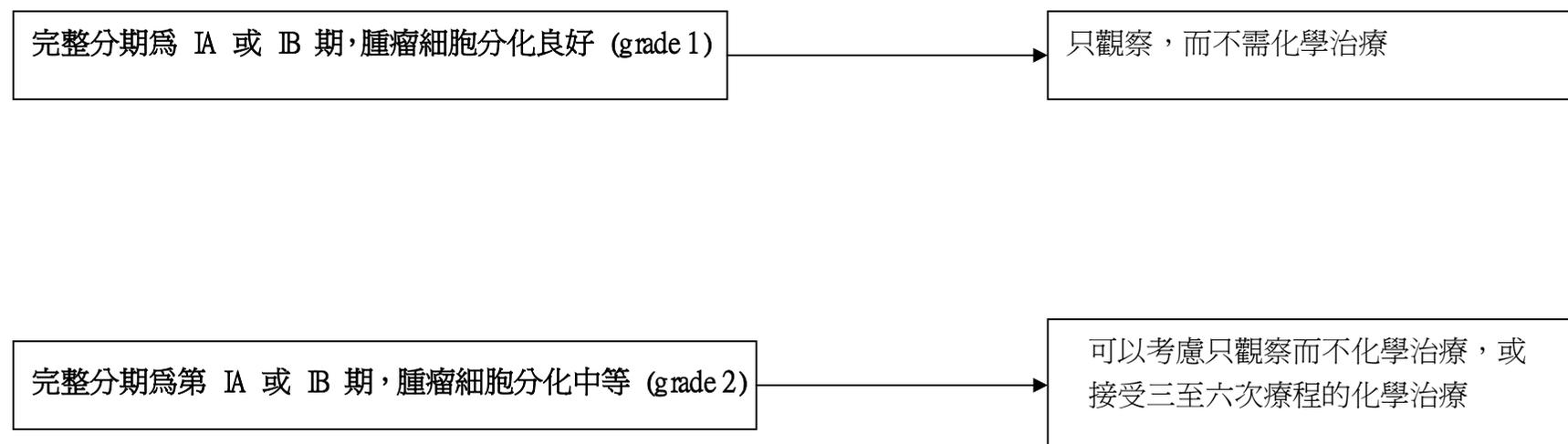
流程圖七

## 卵巢癌診療指引共識

不需化學治療的狀況

---

---



流程圖八

## 卵巢癌診療指引共識

### 化學治療期間之監測

---

---

最少每兩次化學治療要做一次骨盆腔檢查

視臨床需要做血液常規檢查

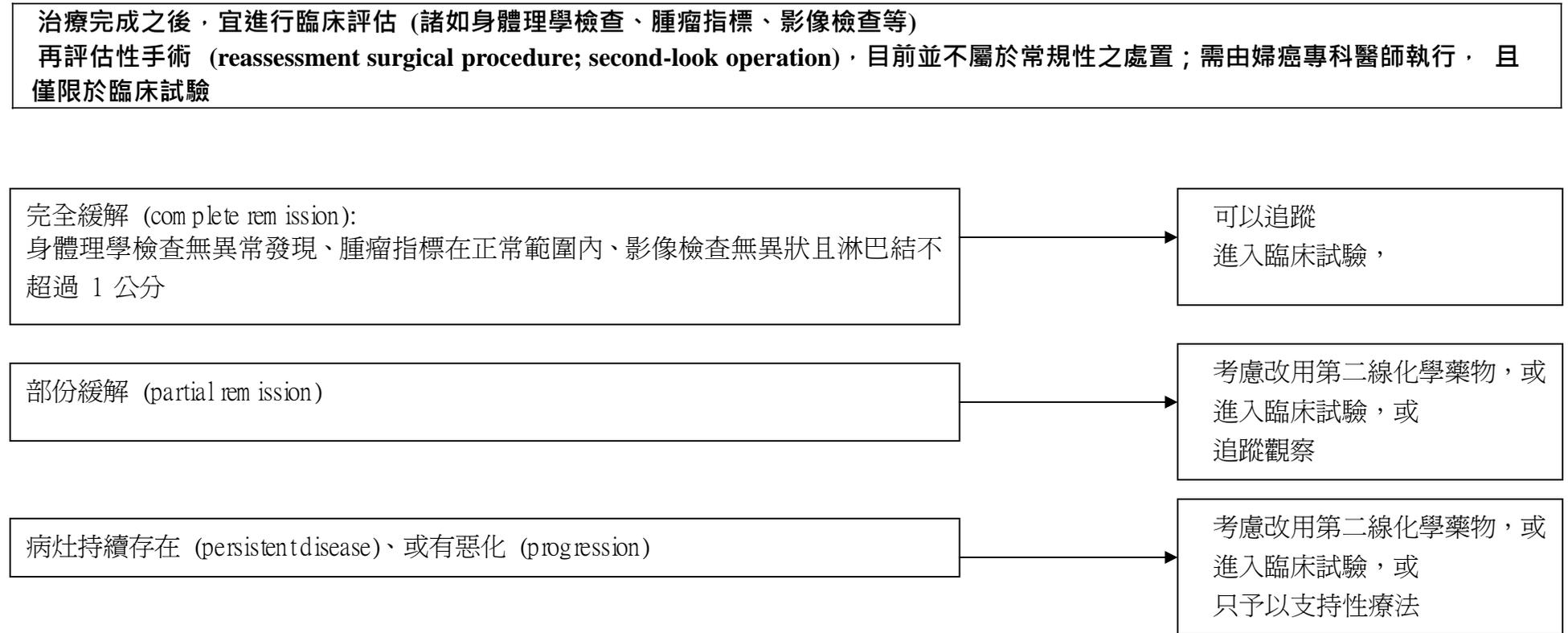
視臨床需要做生化檢查

腫瘤指標若在手術之前即有異常，則於每次化療之前、以及全部化學治療結束一個月以後，宜檢查其指數，用以評估化學治療之效果

若臨床上需要，可做影像學檢查

## 卵巢癌診療指引|共識

### 治療完成之後的療效評估



流程圖十

## 卵巢癌診療指引共識

### 追蹤

---

---

前二年每 2-4 個月返診，第三至五年每 3-6 個月返診，以後視病患情況而決定返診頻率

返診時應施行身體理學檢查

若臨床上有需要，可施行生化檢查、全血球計數檢查、腹部與骨盆腔之電腦斷層掃描或核磁共振造影、胸部X光、正子攝影 等檢查

可考慮抽血測 CA -125 等腫瘤指標，但其必要性則有待討論

## 卵巢癌診療指引|共識

### 懷疑有復發時

---

---

有臨床症狀、或身體理學檢查異常、或腫瘤指數上升等情況時  
應先做影像檢查 如電腦斷層掃描、核磁共振造影、正子攝影等

### 血清 CA-125 濃度上升，但理學檢查及影像檢查尚無復發證據者

---

---

先觀察，等到有臨床表徵以後再開始治療，或  
進入臨床試驗，或  
口服 tamoxifen 20 mg bid，或  
直接化學治療 (然而 以當今現有的處方來提早做化學治療，其存活期並沒有優於等到有臨床復發症狀再來做化學治療)

### 先前未曾接受化學治療的患者發生復發時

---

---

諸如原 stage IA /IB grade 1/2 的患者發生復發  
宜考慮施行手術，再視病理報告決定進一步治療

## 卵巢癌診療指引共識

### 關於復發後的化學治療

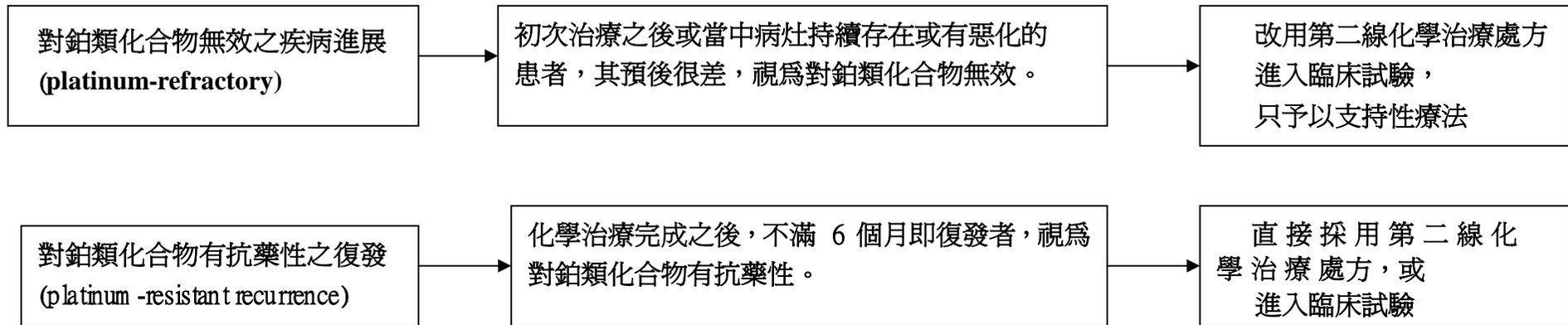
---

---

對於之前已經歷多次化學治療的患者，在進行復發後的化學治療時要格外小心  
患者對於後續化學治療毒性的耐受性，往往比進行初次化學治療時要低  
對於復發性卵巢癌，每給予化學治療 2-4 個療程後，即需評估有否臨床上的效益 若不理想，則停止此一處方  
若經歷了兩種不同的第二線化學治療處方，臨床上反應皆不理想，則應考慮： 僅給予支持性照護，或是進入臨床試驗

## 卵巢癌診療指引|共識

### 對鉑類化合物無效/有抗藥性之疾病進展/復發



### 對鉑類化合物無效/有抗藥性時之第二線化學治療處方

對於 platinum-resistant 或 platinum-refractory 的患者，目前尚無首選之第二線化學治療處方  
目前較盛行的處方為 pegylated liposomal doxorubicin、topotecan  
其他處方：改變投予 paclitaxel 的治療時程與劑量，口服 etoposide, gemcitabine, vinorelbine, altretamine, ifosfamide, pemetrexed, capecitabine, cyclophosphamide, irinotecan, melphalan, oxaliplatin, anastrozole, letrozole, leuprolide, megestrol acetate, tamoxifen 等

## 卵巢癌診療指引|共識

對鉑類化合物反應良好 (platinum -sensitive)之復發

化學治療完成之後，超過 6 個月以後才復發者。考慮：

施行二度減積手術 (secondary cytoreductive surgery)

含鉑類化合物之複合化學治療處方

或進入臨床試驗

二度減積手術

適用對象：

復發屬於 platinum -sensitive

手術的目標：

是病灶的完全切除，而不只是 optimal debulking

對鉑類化合物反應良好之復發時的化學治療處方

carboplatin + pegylated liposomal doxorubicin

carboplatin + paclitaxel

若患者無法承受paclitaxel 的副作用(諸如 neurotoxicity)，則以 carboplatin + gemcitabine 來替代，或是僅單施予 cisplatin 或 carboplatin

或許也可考慮使用 platinum -resistant recurrence 的化學治療處方 (但此點有爭議)

## 卵巢癌診療指引共識

### 邊緣性 (或低惡性度) 上皮性卵巢癌

處理原則：

治療以手術為主

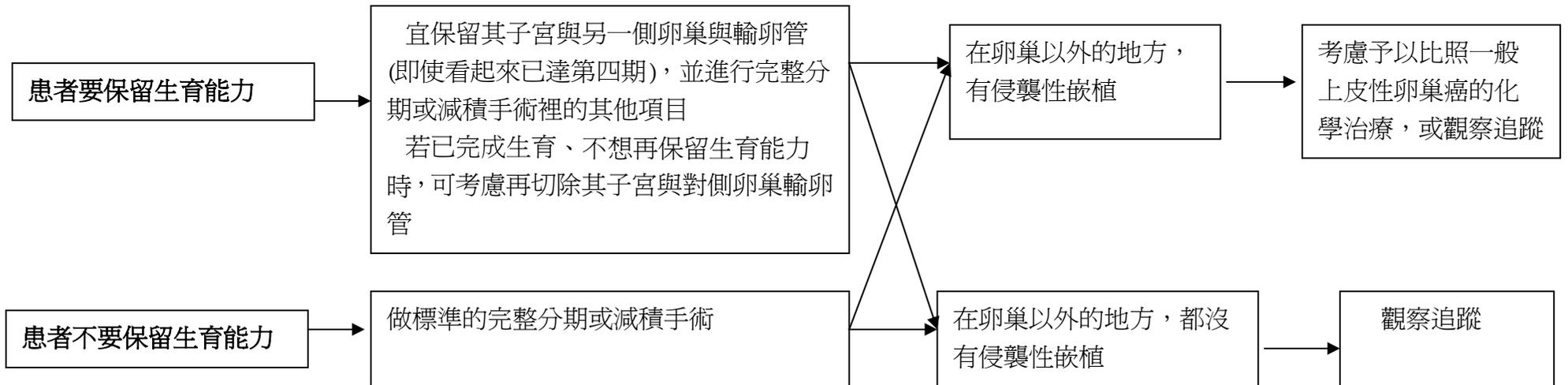
對於年輕患者，可考慮保留生育能力

建議宜由婦癌專科醫師進行評估、治療

家族病史宜予評估

## 卵巢癌診療指引共識

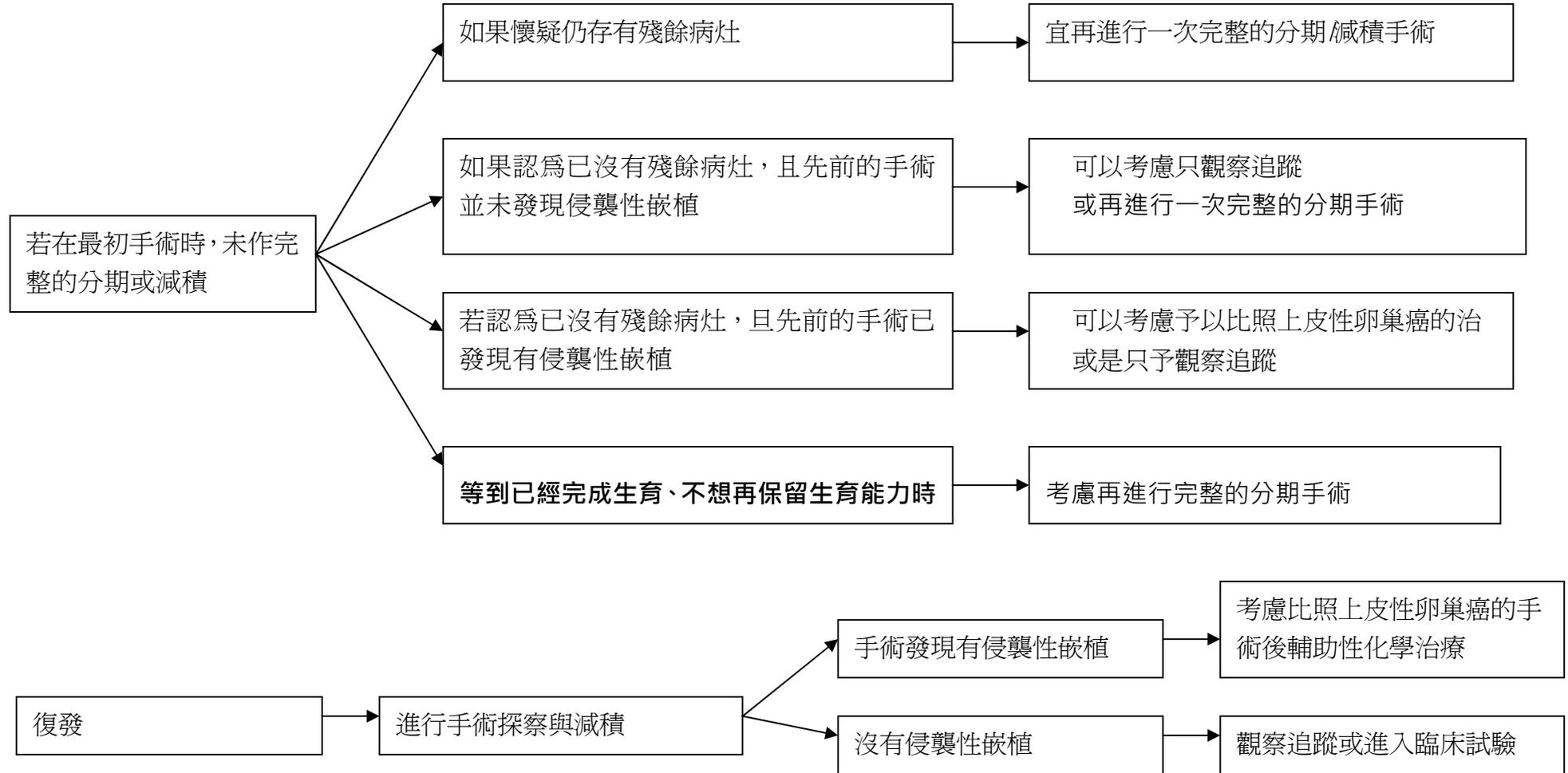
### 邊緣性(或低惡性度)上皮性卵巢癌手術及手術後之輔助性治療



流程圖十七

# 卵巢癌診療指引|共識

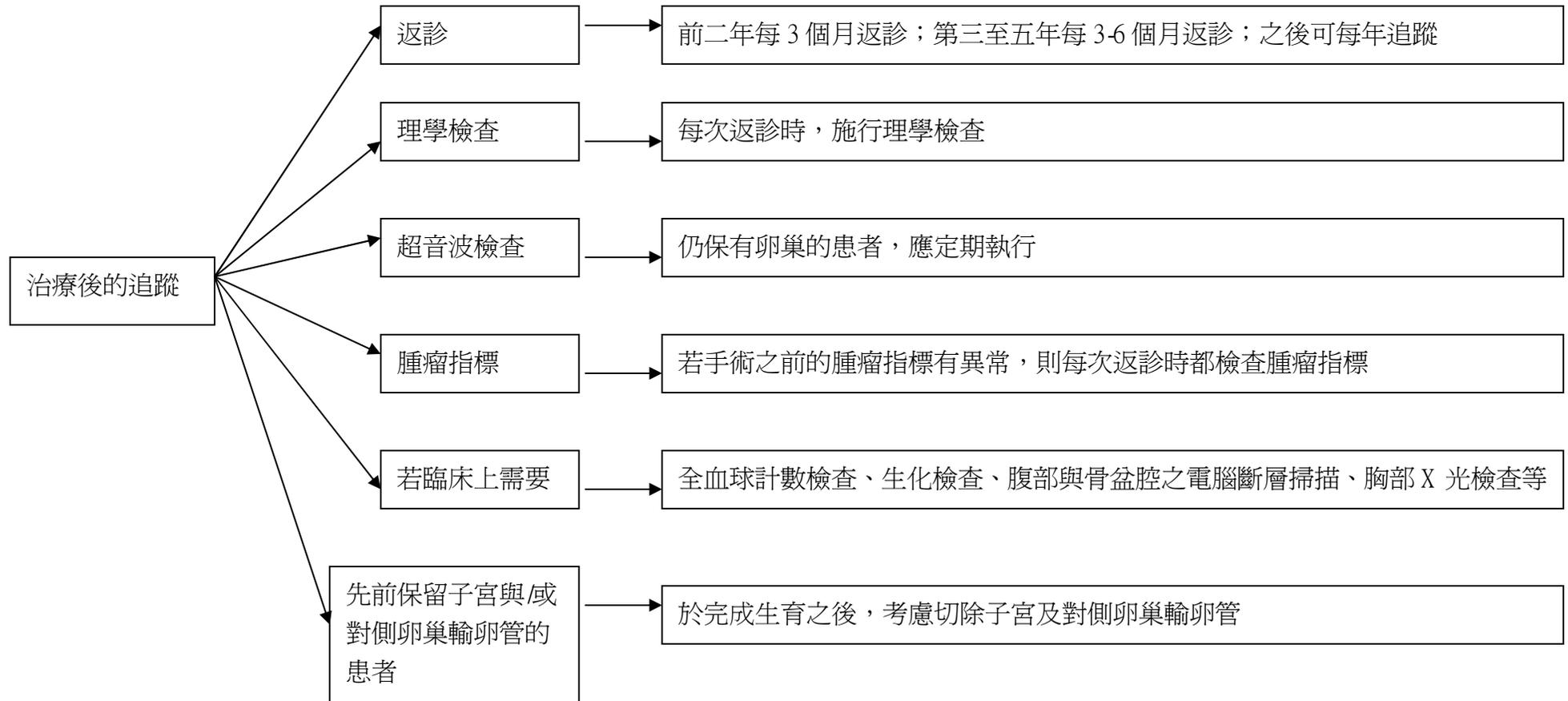
## 邊緣性(或低惡性度)上皮性卵巢癌



流程圖十八

# 卵巢癌診療指引共識

## 邊緣性(或低惡性度)上皮性卵巢癌治療後的追蹤



流程圖十九

## 卵巢癌診療指引共識

### 惡性卵巢生殖細胞瘤 治療前的評估

---

---

疑似有卵巢惡性腫瘤的 35 歲以下年輕女性患者，在開始治療之前，建議檢查包括：

骨盆腔超音波、腹部與骨盆腔電腦斷層掃描等影像檢查

血清 AFP、hCG、LDH、CA-125

全血球計數檢查、全套生化檢查

肺部 X 光

若有胃腸道的症狀，則宜進行胃腸道的評估檢查

### 染色體若含有 46,XY

---

---

雙側的性腺應及早切除者：

若為 45,X/46,XY 鑲嵌型或是 46,XY，而且腹腔內的性腺呈現發育不良 (dysgenesis) 者

考慮等到青春期之後再摘除性腺者：

若為 46,XY，罹患雄性素反應不良症候群，而腹腔內性腺 (即睪丸) 的組織型態正常者

## 卵巢癌診療指引共識

### 惡性卵巢生殖細胞瘤

#### 分期手術

手術中經由冷凍切片診斷生殖細胞癌之後，若患者仍想要懷孕，則可保留子宮與對側卵巢。若要進行完整的分期手術，注意事項包括：

術前的腸道準備應同腸道手術之準備

宜用中央垂直開腹切口，以獲取充分的手術視野

進入腹腔，即抽取腹水或經由腹腔灌洗取得腹膜腔細胞學檢查的標本

盡可能完整地取出腫瘤，檢體需盡快送病理檢驗，並常規性送冷凍切片

若患者不想保留生育能力，則行全子宮及兩側卵巢輸卵管切除手術；仍想要懷孕的患者，在經由冷凍切片證實惡性生殖細胞腫瘤者，可保留子宮與對側卵巢

應瞭細檢查對側，必要時施行對側卵巢的切片檢查

考慮盡量切除主要腫瘤側的輸卵管漏斗部骨盆韌帶

粘黏處需切片送檢

評估所有的腸道表面，且所有的可疑處都要切片送檢

若無明顯卵巢外擴散病灶，則需隨機腹膜取樣，如子宮直腸陷窩、骨盆腔側壁、膀胱漿膜、兩側大腸側窩、橫膈膜下表面等

橫結腸下網膜切除手術

淋巴結評估應包括骨盆淋巴結及主動脈旁淋巴結，主動脈旁淋巴結希望取到 inferior mesenteric artery 的高度，如有可能最好能取到 left renal vein 的高度

考慮切除之前腹腔鏡手術的埠管路徑

完整手術記錄殘餘腫瘤的大小與位置

## 卵巢癌診療指引共識 惡性卵巢生殖細胞瘤

### 首次減積手術

由於化學治療對於卵巢惡性生殖細胞腫瘤非常有效，因而即使腫瘤病灶已廣泛地散佈，仍可行生育保留手術，保留其正常的子宮與正常的對側卵巢。

手術的範圍應療要兼顧盡量清除病變與不造成手術併發症，不可因手術併發症而延誤手術後化學治療的進行。

### 關於較保守的手術

由於患者大部分為年輕女性，而生殖細胞腫瘤多為單側性，且化學治療非常有效，因而即使腫瘤病灶已廣泛地散佈，大部分的患者仍可行生育保留手術，保留其正常的子宮與正常的對側卵巢（但若患者不考慮保留生育能力，則全部切除）

對於雙側卵巢都有病灶，但仍極力想保留生育能力的患者，臨床醫師與病患及家屬溝通討論保留單側卵巢的利弊得失，或許可以考慮保留一側之卵巢與輸卵管，再於手術之後進行化學治療

對側卵巢若外觀正常，則除了 **dysgerminoma** 或含有 **dysgerminoma** 成份的 **mixed germ cell tumor** 以外，不宜做不必要的切片，以免造成卵巢提早衰竭或黏粘，損及日後的生育能力

對於看似 **stage IA grade 1 immature teratoma** 或 **stage IA dysgerminoma** 的患者，更要在盡量不損及日後生育能力的前提之下，做徹底的分期手術；因為若確認為 **stage IA grade 1 immature teratoma** 或 **stage IA dysgerminoma**，則可以不必接受手術後的化學治療

## 卵巢癌診療指引共識

### 惡性卵巢生殖細胞瘤

關於分期手術不完全的患者

---

---

可能可以不必化學治療者 (即臨床上看來像是 stage IA grade 1 immature teratoma 或 stage IA dysgerminoma 者):  
進一步徹底的分期手術確認, 或 追蹤  
已知需化學治療者: 通常不需要單單爲了進一步分期而再次手術

手術之後不用化學治療的狀況

---

---

充分的分期 (comprehensive staging) 手術之後的 Stage IA grade 1 immature teratoma  
充分的分期手術之後的 Stage IA dysgerminoma  
充分的分期手術之後的 Stage IA, grade 2、3 immature teratoma (仍有爭議)

## 卵巢癌診療指引共識

### 惡性卵巢生殖細胞瘤

#### 完成治療之後的追蹤

---

---

##### 追蹤頻率：

- 前兩年建議每 2-4 個月追蹤一次
- 三到五年每 3-6 個月追蹤一次
- 其後每 6-12 個月追蹤一次

##### 追蹤項目：

- 詢問病史、理學檢查
- 超音波 (若患者仍保有另側卵巢)
- 血中腫瘤標記檢查 (若治療前的某項血中腫瘤標記有上升者)
- 可依臨床判斷而安排影像檢查 (如 CT、chest X-ray 等)，尤其是對於治療前血中腫瘤標記正常而無法用血中腫瘤標記來追蹤 的患者

## 卵巢癌診療指引共識

### 惡性卵巢生殖細胞瘤

若有腫瘤持續存在或變大時

---

---

若腫瘤標記已達正常，可能為：

所保留下來的卵巢之 functional cyst，或  
Desmoplastic fibrosis (在 dysgerminoma 化學治療之後)，或  
Growing teratoma syndrome (在 immature teratoma 化學治療之後)

可以考慮：

繼續密集追蹤  
再次減積手術，當組織病理檢查確認仍有存活的惡性腫瘤組織以後，才施行進一步的化學治療

## 卵巢癌診療指引共識

### 惡性卵巢生殖細胞瘤

#### 姑息緩解性治療

---

---

支持性照護

姑息緩解性之放射治療

緩解性的化學治療處方

- cisplatin/etoposide，或
- etoposide/ifosfamide/cisplatin，或
- VeIP (vinblastine、ifosfamide、platinum)，或
- VAC (vincristine、dactinomycin、cyclophosphamide)，或
- paclitaxel，或 docetaxel