



卵巢癌與輸卵管癌之總覽與分期

臨床實務指引：解剖、流行病學、診斷與分期

參照文獻：卵巢癌臨床實務指引 ver.1

發布日期：2026年二月

製作：癌症資訊雜貨店與BCOP圖書會

解剖構造與疾病定義

解剖生理 (Anatomy)

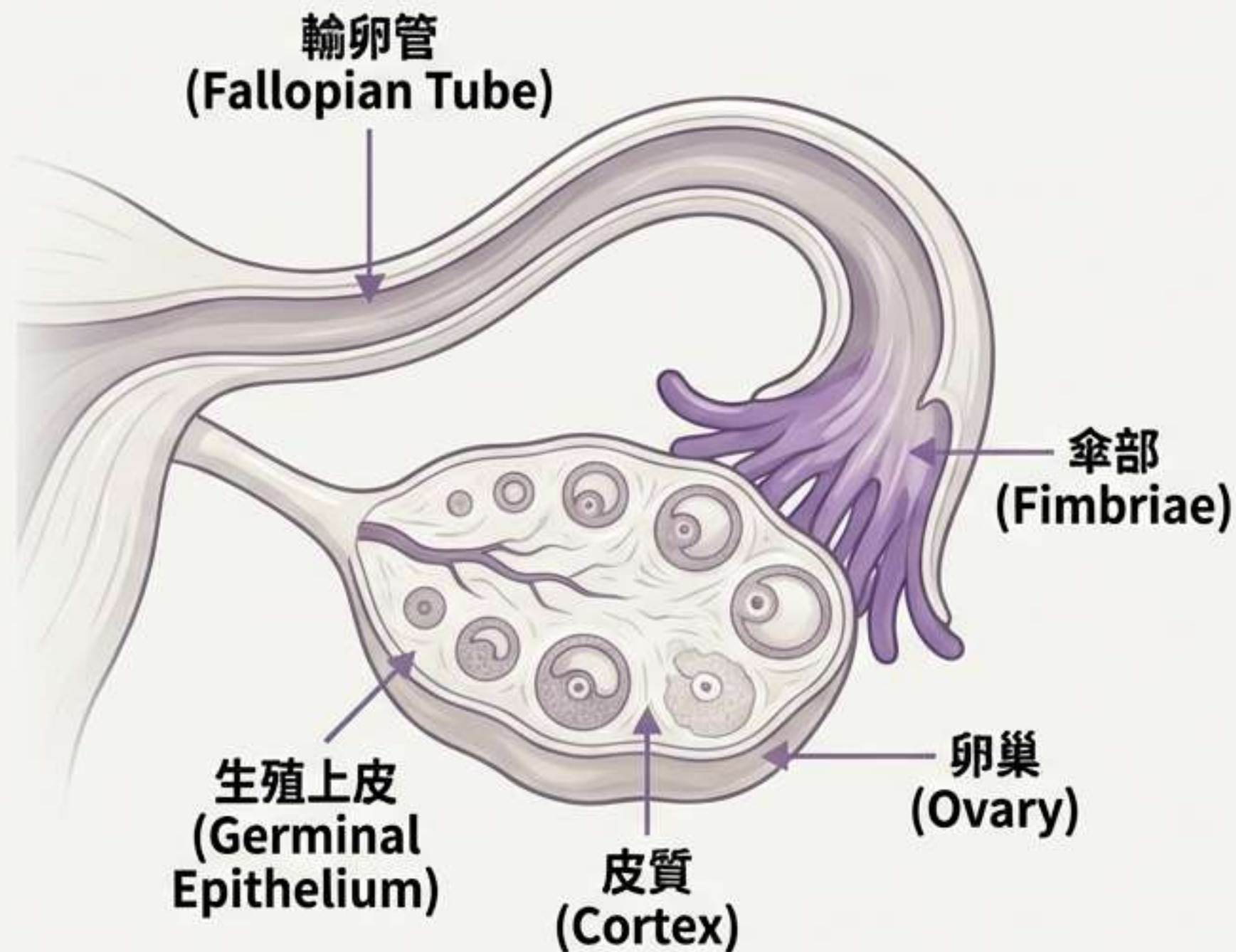
卵巢 (Ovaries)：位於骨盆腔，由卵巢繫膜懸吊。外層為生殖上皮，內含濾泡。

輸卵管 (Fallopian Tube)：連接卵巢與子宮。末端為**傘部 (Fimbriae)**¹，負責捕捉卵子，亦為許多高惡性度漿液性癌的實際起源地。

疾病定義 (Definition)

上皮性卵巢癌 (Epithelial Ovarian Cancer)：臨床統稱。包含卵巢癌、輸卵管癌與原發性腹膜癌。

關鍵概念：由於解剖位置鄰近且起源相似 (腹膜與卵巢上皮)，腹膜癌常與卵巢/輸卵管癌合併考慮。



[1] Gibson E, Mahdy H. Anatomy, Abdomen and Pelvis, Ovary. [Updated 2023 Jul 24]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-.

[2] National Comprehensive Cancer Network. NCCN Guidelines for Patients[®]: Ovarian Cancer. Version 2025.

致癌機轉：輸卵管起源學說 (The STIC Theory)

多數「高惡性度漿液性癌 (HGSC)」源自輸卵管傘部



[3] Labidi-Galy SI, Papp E, Hallberg D, et al. High grade serous ovarian carcinomas originate in the fallopian tube. Nat Commun. 2017;8(1):1093.

風險因子與保護因子 (Risk & Protective Factors)



危險因子 (Risk Factors)

- 年齡 > 50 歲 (停經後)
- 未曾生育 (Nulliparity)
- 肥胖、糖尿病
- **抽菸** (與黏液性癌高度相關)
- 盆腔炎
- 子宮內膜異位症 (與透明細胞癌/子宮內膜樣癌相關)
- 長期荷爾蒙替代療法 (>10年)



遺傳風險 (Genetic Risk)

- **BRCA1**：終身風險 ~44%
- **BRCA2**：終身風險 ~17%
- **Lynch Syndrome**：約佔個案 10%
- 其他：RAD51C/D 突變



保護因子 (Protective Factors)

- 手術：子宮切除、輸卵管結紮
- 生理：母乳哺育 (抑制排卵)
- 藥物：口服避孕藥 (OCP) - 黃體素誘導細胞凋亡

流行病學：全球 vs. 台灣 (Epidemiology)

全球概況 (Global)



- **發生率**：每年約 32.5 萬例
- **好發年齡**：55-70 歲
- **診斷分期**：70% 確診時已為 Stage III/IV (早期症狀不明顯)

台灣概況 (Taiwan Context)



- **排名**：女性癌症發生率前十，死亡率第七
- **年齡**：50-64 歲為主，但有年輕化趨勢
- **關鍵差異**：

台灣**透明細胞癌** (Clear Cell Carcinoma) 比例顯著高於西方 (15-20% vs. <10%)。與子宮內膜異位症盛行有關。臨床上對含鉑化療敏感度較低。

臨床表現：沈默的警訊 (Clinical Presentation)

症狀通常非典型，當病灶大於數公分後才顯現



消化系統 (GI Symptoms)

- 腹脹 (Bloating)
 - 腹圍增加 (Ascites)
 - 易飽足感 (Early satiety)
 - 排便習慣改變。
- 極易被誤診為腸胃問題。**



疼痛表現 (Pain)

- 持續性下腹痛
- 骨盆疼痛
- 腰背痛。



泌尿/生殖 (Urinary/Gyn)

- 頻尿
- 排尿困難 (腫瘤壓迫)
- 陰道異常出血。

警訊 (Red Flag)：若上述症狀為新發生且頻率高 (每月 > 12天)，應高度懷疑卵巢病變。

診斷與檢查流程 (Diagnostic Workflow)

1. 首選影像 (Gold Standard)

骨盆超音波 (Pelvic Ultrasound)

結合經腹部 (廣泛視野) 與經陰道 (高解析度)。評估腫塊大小、實心/囊狀性質。



2. 進階影像 (Advanced Imaging)

CT (含顯影劑)：評估淋巴結與腹腔擴散。

MRI：用於超音波結果不確定時，判定惡性潛力。



3. 手術評估

診斷性腹腔鏡 (Diagnostic Laparoscopy)

評估腹膜擴散程度 (Fagotti Score) 以決定手術策略。

禁止細針抽吸術 (NO FNA)

對於疑似早期囊腫，原則上避免 FNA，以免囊腫破裂導致人為分期上升 (**Stage IC**)。

實驗室檢驗與腫瘤標記 (Tumor Markers)

CA-125

標準追蹤指標。但早期敏感度低，且特異性受良性狀況（如子宮內膜異位）影響。

HE4

若 CA-125 陰性或數值模糊時使用，輔助判斷。

ROMA Algorithm

結合 CA-125 + HE4 + 停經狀態，計算惡性風險機率。

特殊族群考量

1. 年輕患者 (<35歲)

必須檢測 **AFP**, **β -hCG**, **LDH**。
目的：排除生殖細胞瘤 (Germ Cell Tumors)。

2. 黏液性亞型 (Mucinous)

檢測 **CEA** 與 **CA-19-9**。
規則：若 **CA-125 / CEA** 比值 < 25 ，應強烈懷疑大腸癌轉移 (GI Origin)。

篩檢實證：大型臨床試驗結果 (Screening Evidence)

目前**不支持**針對一般無症狀大眾進行常規篩檢

UKCTOCS Trial (Phase III RCT)		PLCO Trial (Phase III RCT)	
Population	202,638 名停經後女性 (一般風險)	Population	55-74歲 一般風險女性
Intervention	CA-125 + 陰道超音波 (MMS) 或 僅超音波 (USS)	Intervention	CA-125 + 陰道超音波
Comparator	無篩檢	Comparator	一般照護 (無篩檢)
Outcome	追蹤16.3年，死亡率無顯著差異 (0.6% vs 0.6%)	Outcome	無死亡率獲益；偽陽性導致不必要的 手術併發症

病理分類 (WHO 2020 Classification)

卵巢腫瘤

上皮性腫瘤 (Epithelial) – 佔大宗

- 高惡性度漿液性癌 (HGSC)：最常見 (70%)，TP53 突變，源自輸卵管。
- 低惡性度漿液性癌 (LGSC)：KRAS/BRAF 突變，化療反應差。
- 透明細胞癌 (Clear Cell)：台灣盛行 (15-20%)，與子宮內膜異位症相關，化療抗性高。
- 子宮內膜樣癌 (Endometrioid)：與子宮內膜異位症相關，預後較好。
- 黏液性癌 (Mucinous)：需排除胃腸道轉移 (KRAS 突變)。

非上皮性 (Non-Epithelial)

- 生殖細胞瘤 (Germ Cell)：多見於年輕女性。
- 性索基质腫瘤 (Sex Cord-Stromal)。

分子檢測與精準醫療 (Molecular Testing)

確診上皮性卵巢癌後，建議立即進行遺傳評估

BRCA1/2 基因檢測

Noto Serif TC Regular

- 包含生殖細胞 (Germline) 與體細胞 (Somatic) 檢測。
- 約 15-20% 患者帶有突變。
- 用途：決定含鉑化療後是否使用 PARP 抑制劑維持治療。

HRD (同源重組修復缺失)

Noto Serif TC Regular

- 定義：包含 BRCA 突變 或 基因組不穩定 (GIS)。
- 用途：評估 BRCA 野生型 (Wild Type) 患者從 PARP 抑制劑獲益的程度。

其他生物標記

Noto Serif TC Regular

- MSI / dMMR
- NTRK
- NTRK
- 用途：主要針對復發或晚期疾病尋找標靶機會。

分期系統總覽 (Staging System Overview)

FIGO (2018) / AJCC 8th Edition

Stage I (局限)



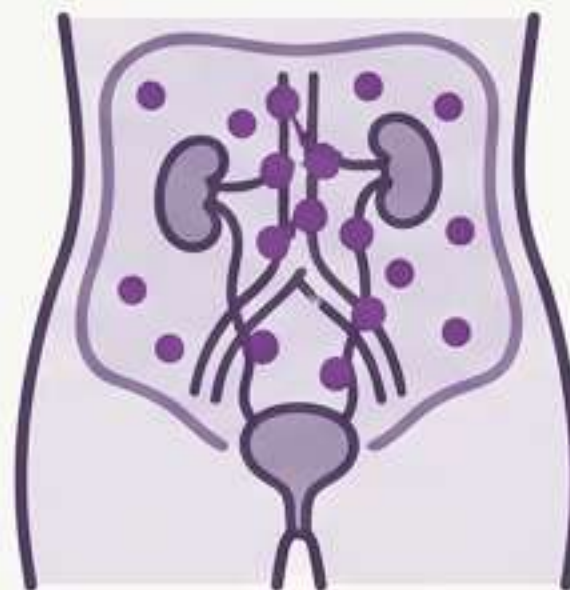
腫瘤局限於卵巢或輸卵管。

Stage II (骨盆)



擴散至骨盆腔器官
(如子宮、膀胱、直腸)。

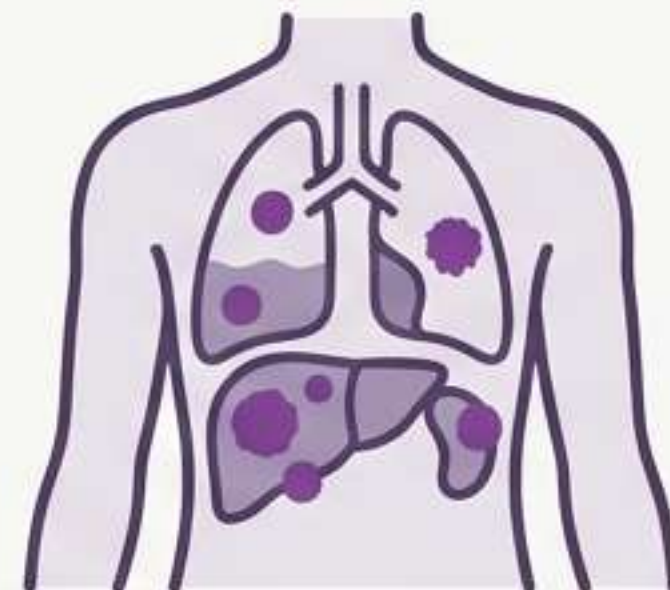
Stage III (腹膜/淋巴)



最常見的確診期別

擴散至骨盆腔外腹膜
(Peritoneum) 或後
腹腔淋巴結。

Stage IV (遠端)



遠處轉移 (如肋膜積
水、肝/脾實質內
部)。

詳細分期：早期疾病 (Stage I & II)

Stage I (腫瘤局限於卵巢/輸卵管)

Noto Serif TC Regular

- **IA**：單側，包膜完整。
- **IB**：雙側，包膜完整。
- **IC**：高風險特徵 (破裂/腹水)。
 - **IC1** (Surgical Spill)：術中人為導致破裂 (可預防的升期)。
 - **IC2**：術前已破裂。
 - **IC3**：腹水或沖洗液中有癌細胞。



Stage II (腫瘤侵犯骨盆腔組織)

Noto Serif TC Regular

- **IIA**：侵犯子宮或輸卵管。
- **IIB**：侵犯其他骨盆腔腹膜組織。



詳細分期：晚期疾病 (Stage III & IV)

Stage III (腹膜或後腹腔淋巴結轉移)

IIIA：僅淋巴結轉移 (IIIA1) 或 顯微鏡下腹膜轉移 (IIIA2)。

IIIB：肉眼可見腹膜轉移 ≤ 2 cm。

IIIC：肉眼可見腹膜轉移 > 2 cm (包含肝脾**表面**侵犯)。

Stage IIIC 是臨床最常見的表現。

Stage IV (遠端轉移)

IVA：胸水 (Pleural effusion) 且細胞學檢查陽性。

IVB：實質臟器轉移 (如肝/脾**內部**)、腹股溝淋巴結、腹腔外器官。

總結與臨床重點 (Key Takeaways)



起源 (Origin)

HGSC 多源自輸卵管傘部 (STIC)；早期發現困難。



篩檢 (Screening)

CA-125 與超音波篩檢一般大眾**無效** (UKCTOCS/PLCO 試驗證實)。



診斷 (Diagnosis)

疑似早期囊腫**禁止 FNA**，避免造成 IC1 人為升期。



流行病學 (Epidemiology)

台灣**透明細胞癌 (Clear Cell)** 比例顯著較高 (15-20%)，需注意子宮內膜異位症病史。



分期 (Staging)

腹膜轉移大小 (>2cm 為 IIIC) 與 胸水細胞學 (IVA) 是晚期分期的關鍵分界。