

卵巢癌之手術與術前輔助性療法

基於《卵巢癌臨床實務指引 ver.1》
之臨床決策路徑

專為藥師、醫師與護理人員設計

2026年二月

癌症資訊雜貨店與BCOP讀書會



卵巢癌治療的黃金二部曲



Phase 1: 手術治療 (Chapter 3)

- 目標：完整分期與腫瘤減積
- 關鍵：追求 R0 (完全切除)

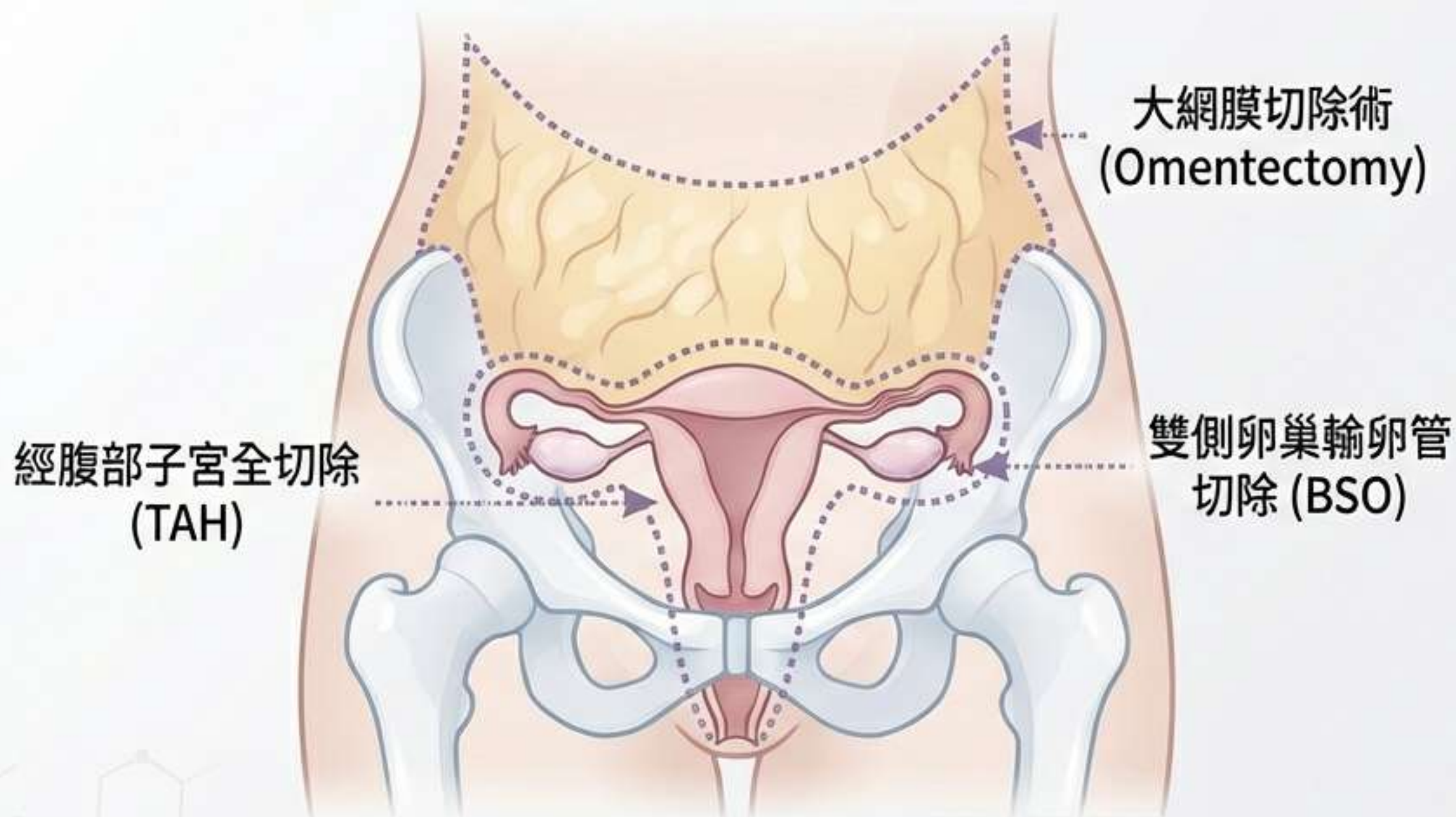
治療成效取決於兩
者的緊密配合



Phase 2: 術後輔助療法 (Chapter 4)

- 目標：清除微小殘餘病灶與預防復發
- 策略：鉑類化療 ± 標靶治療

手術原則：追求「理想減積」與 R0 切除



手術目標 (Surgical Goal)

理想減積 (Ideal Debulking) :
< 1 cm

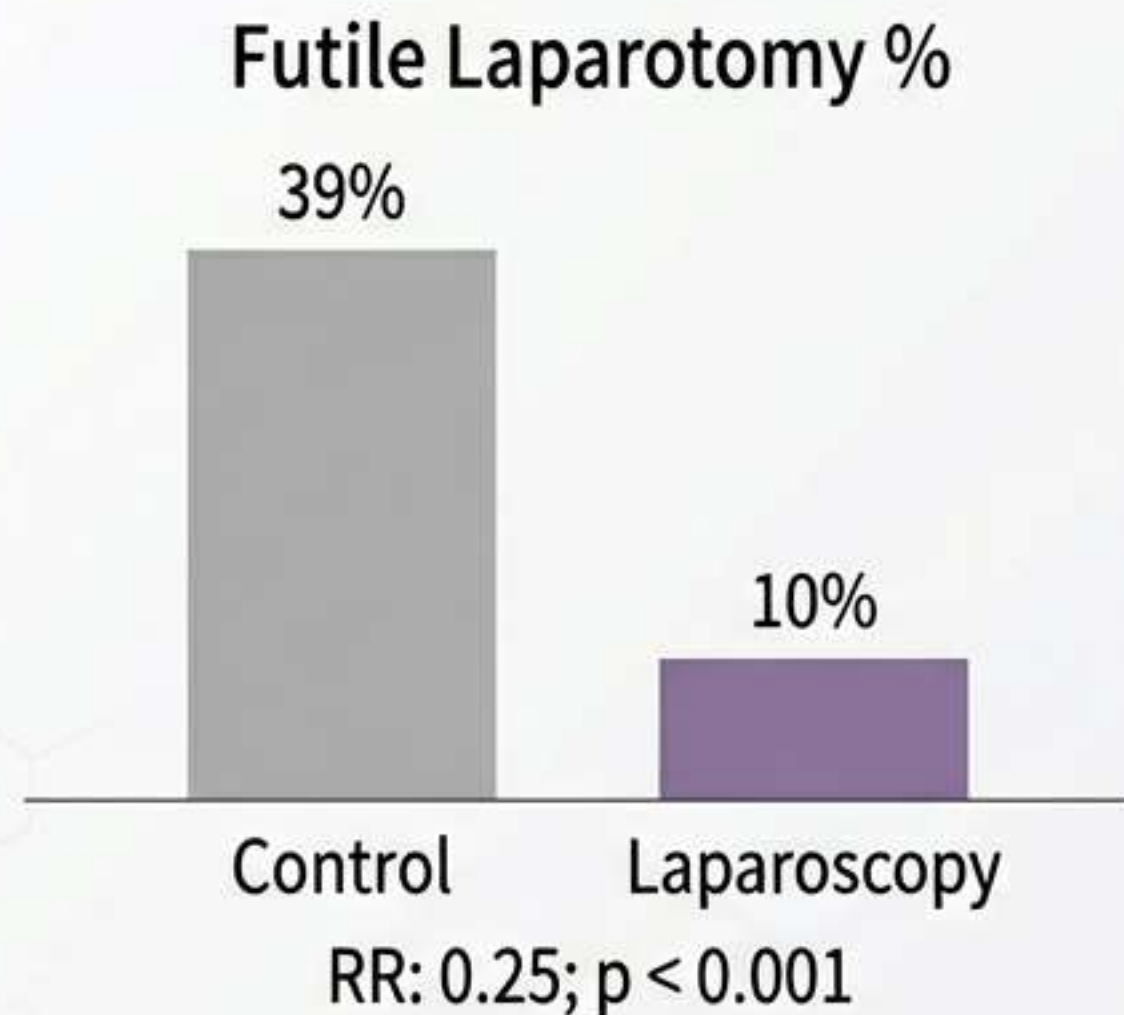
R0 狀態：
移除所有肉眼可見病灶
(No macroscopic residual)

術式選擇：標準為開腹手術 (Open Laparotomy) 以確保視野；微創僅限早期且由經驗豐富者執行。

手術爭議探討：腹腔鏡評估與淋巴結切除

NTR 2644 Trial (Laparoscopy)

術前腹腔鏡評估可減少無效開腹手術



LION Trial (Lymphadenectomy)

系統性淋巴結切除未改善生存率



結論：未改善生存，增加併發症

[11] Rutten MJ et al. J Clin Oncol. 2017;35(6):613-621.

[12] Harter P et al. N Engl J Med. 2019;380(9):822-832.

生育功能保留手術 (Fertility-Sparing Surgery)

在腫瘤安全與生殖需求間取得平衡

適用對象 (Candidates)

- ✓ Stage I 上皮性卵巢癌 (含透明細胞癌)
- ✓ 交界性腫瘤 (LMP)
- ✓ 惡性生殖細胞瘤

手術方式 (Methods)

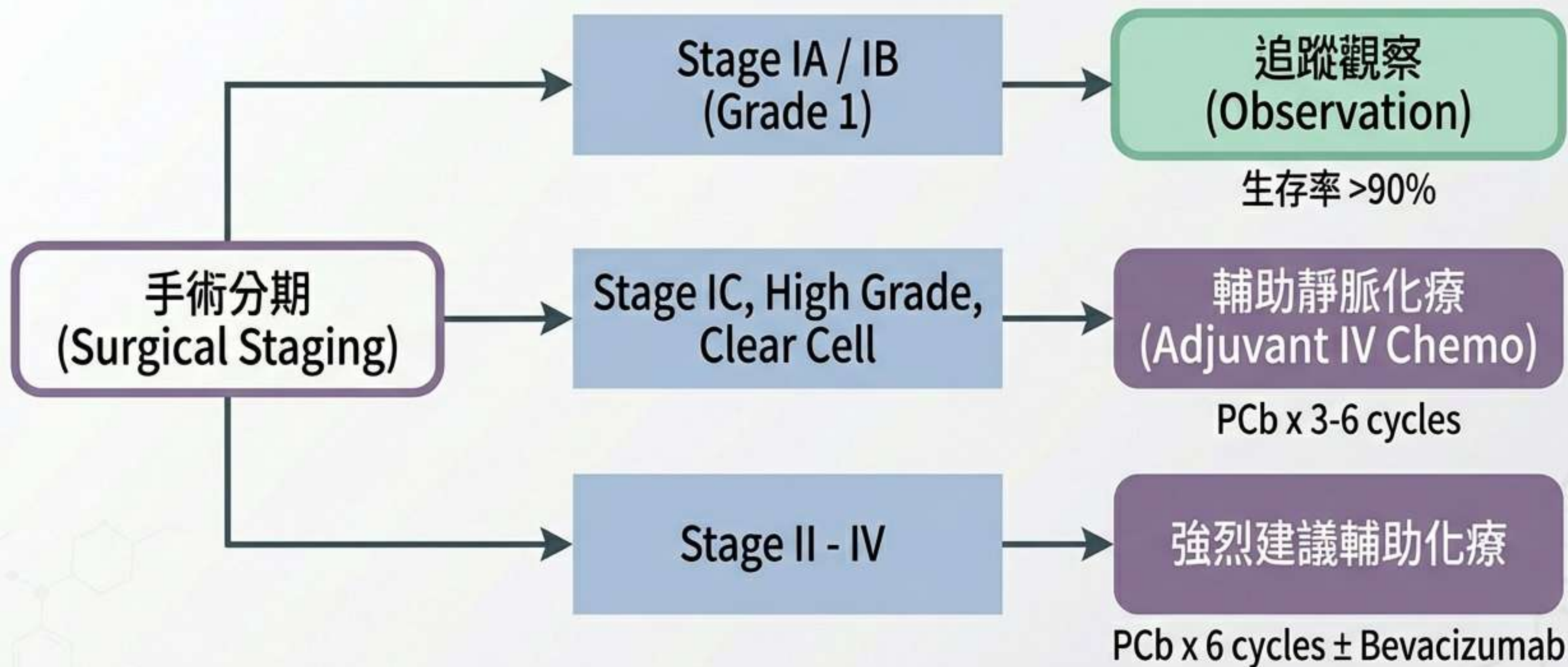


USO：單側卵巢輸卵管切除
(保留子宮與對側卵巢)
子宮保留：若需切除雙側卵巢，仍可保留
子宮以利未來借卵生殖

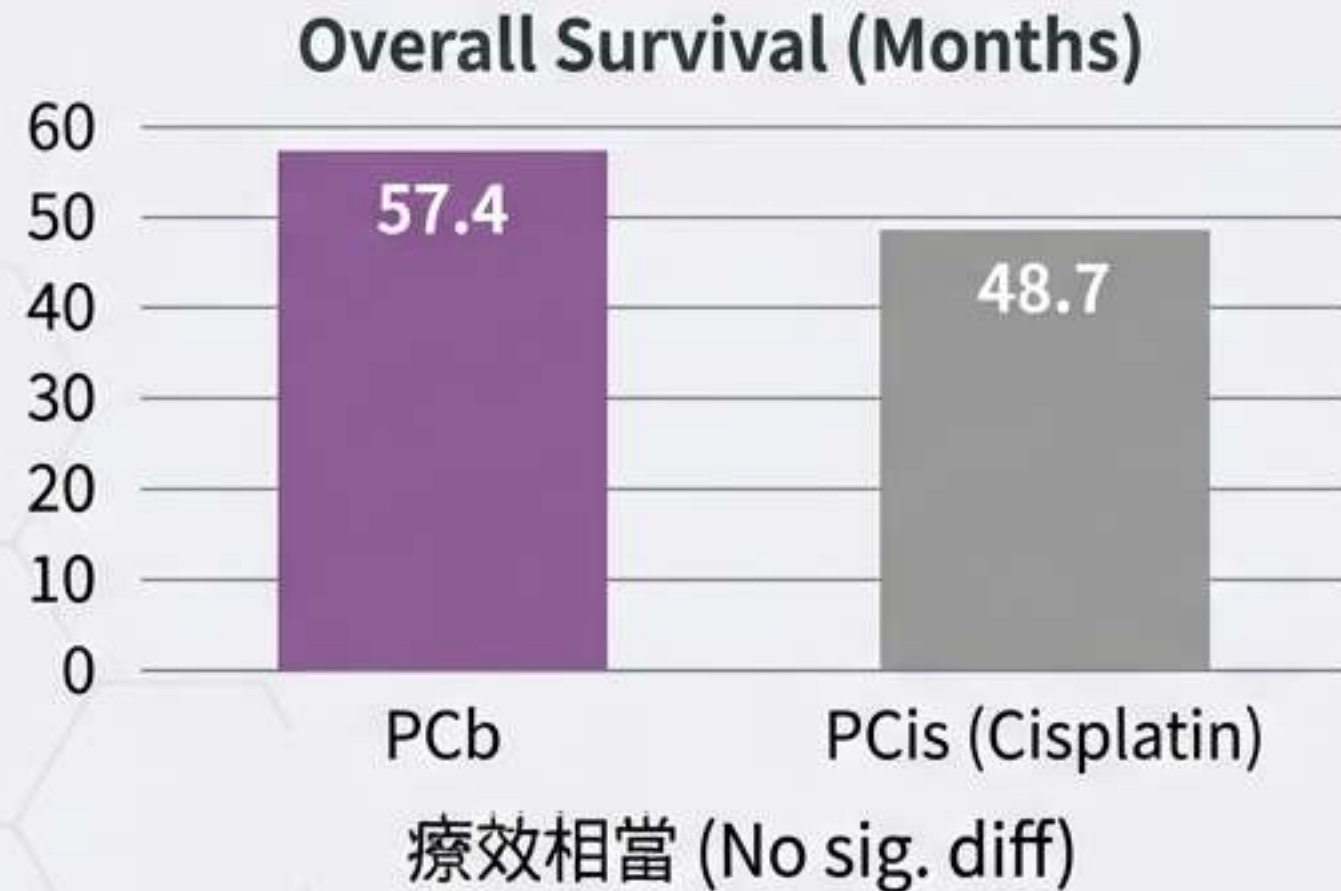


警示：必須完成分期 (Must Complete Staging)。數據顯示約 30% 原以為早期的患者，在完整分期後會被升期 (Upstaged)。

術後輔助治療決策矩陣 (Adjuvant Therapy Decision Matrix)



黃金標準療法：Paclitaxel + Carboplatin (PCb)



毒性比較 (Toxicity Profile) - PCb 勝出

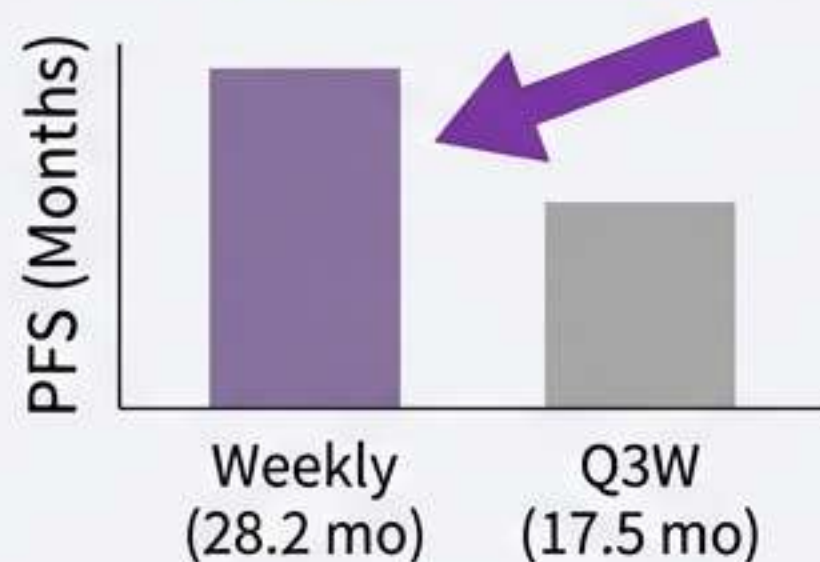
- ↓ 腸胃道毒性 (GI)
- ↓ 腎毒性 (Renal)
- ↓ 血液毒性 (Heme)

劑量密集療法 (Dose-Dense)：每週施打是否更好？

JGOG-3016 (Japan)



顯著獲益

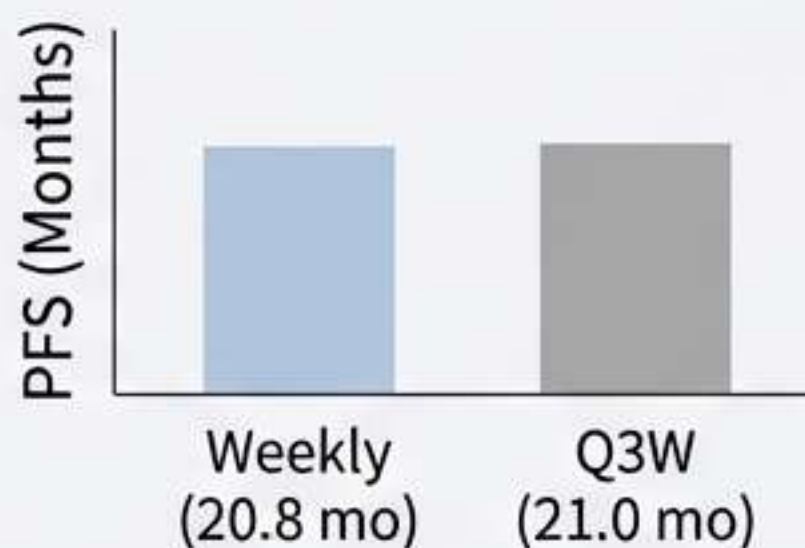


亞洲族群適用

ICON8 (Europe)



無差異



西方族群標準仍為 Q3W

MITO-7 (Low Dose)

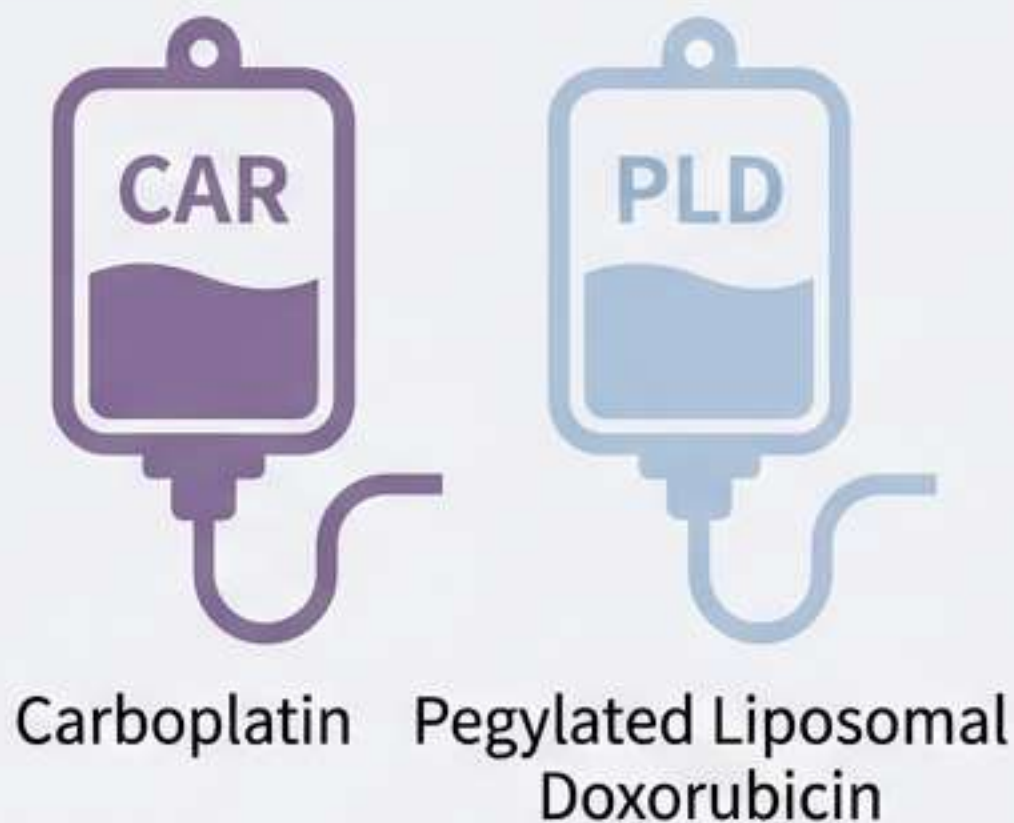


每週小劑量
(60 mg/m²)

療效相當，副作用更低

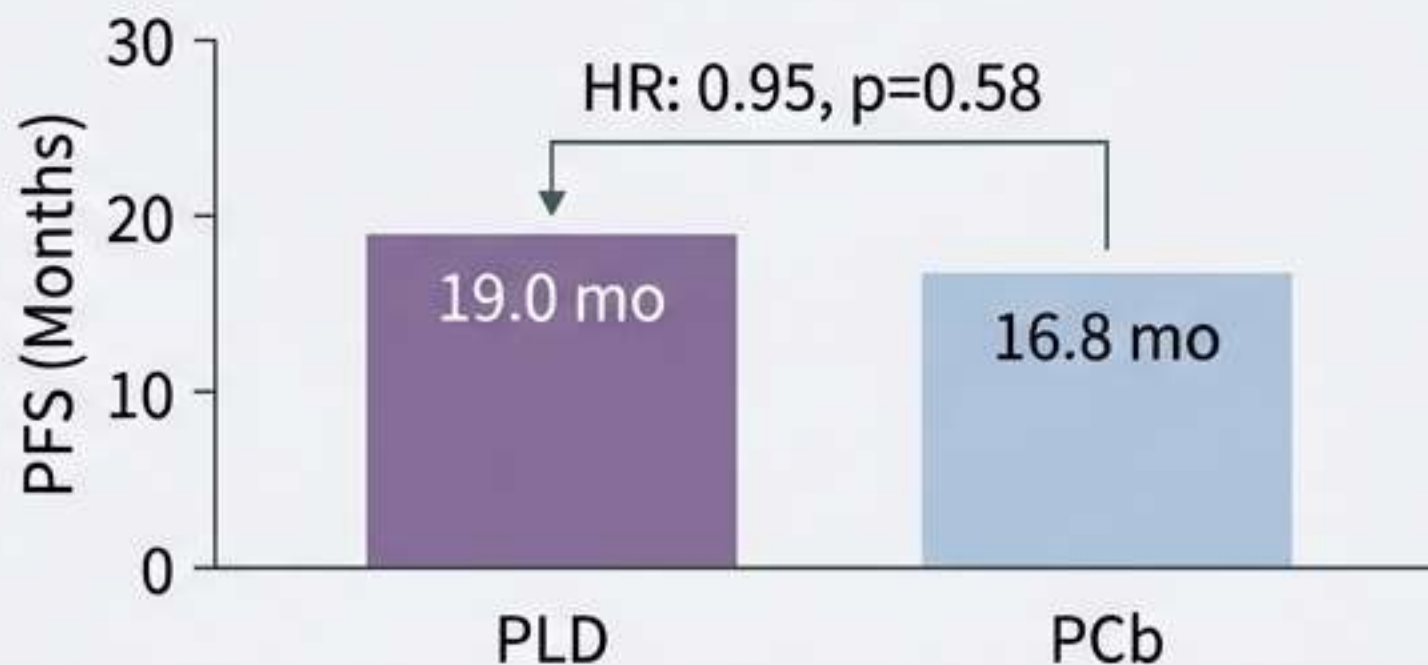
適合體弱患者

替代方案：Carboplatin + PLD



MITO-2 Trial Data

非劣性試驗 (Non-inferiority) vs 標準 PCb



PLD 優點 (Advantages)

- 較少掉髮 (Less Alopecia)
- 較少神經毒性 (Less Neurotoxicity)

PLD 缺點 (Disadvantages)

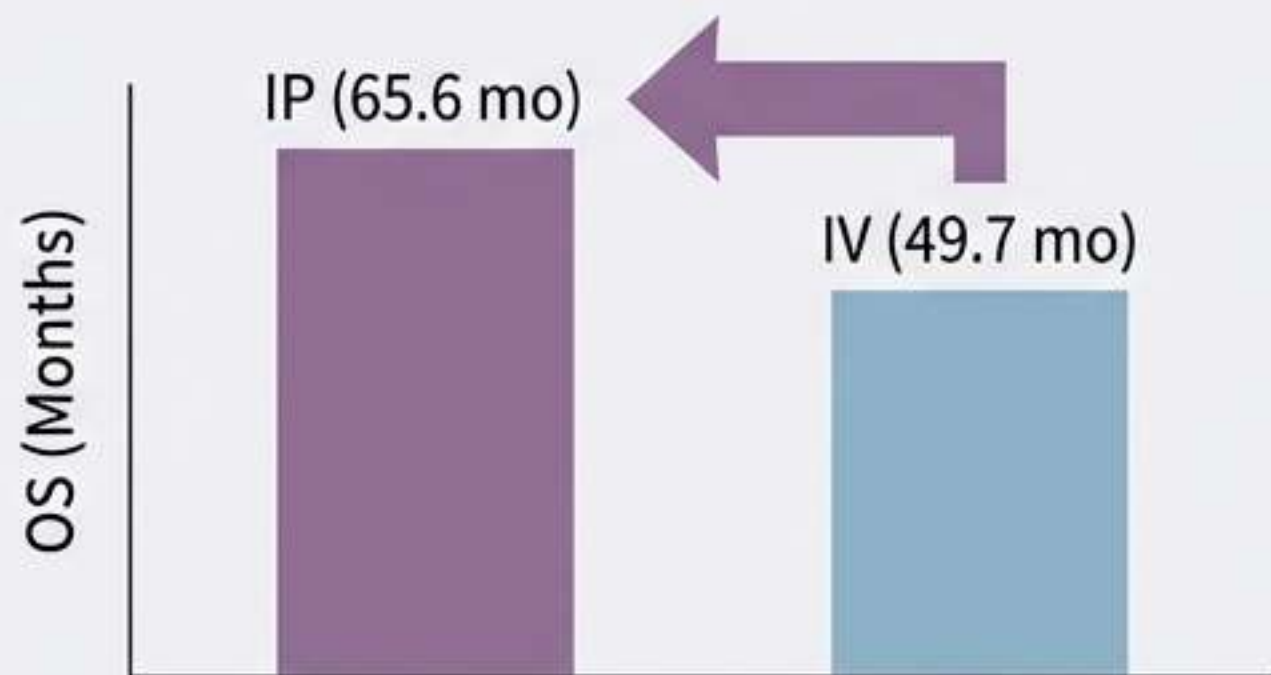
- 較高血液毒性 (Higher Hematologic toxicity)
- 手足症候群 risk



Clinical Pearl: 注意首次輸注速率以減少過敏反應

腹腔內化療 (IP Chemotherapy)：興衰與現況

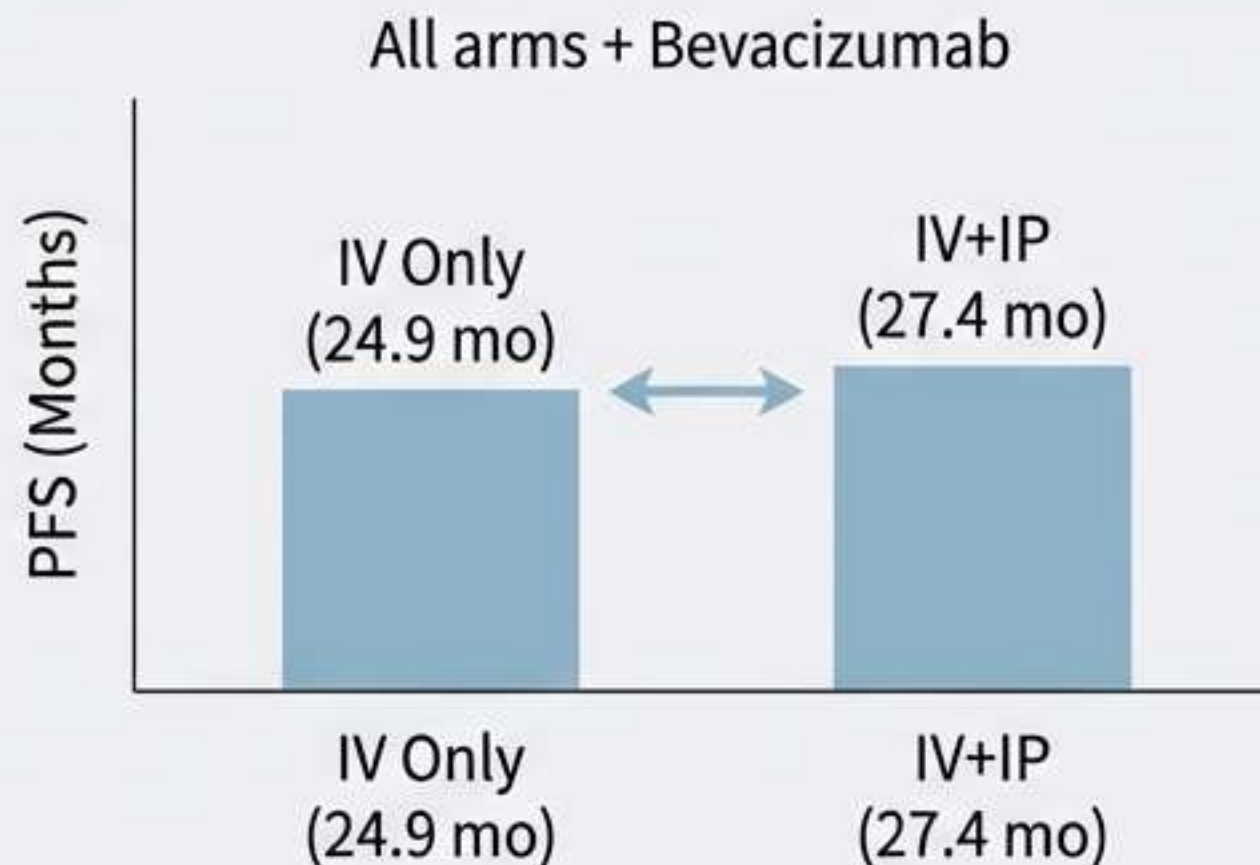
The Past (GOG-172) - High Efficacy, High Cost



生存期顯著延長 (+16 mo)

高毒性：僅 42% 完成療程 (導管併發症、疼痛)

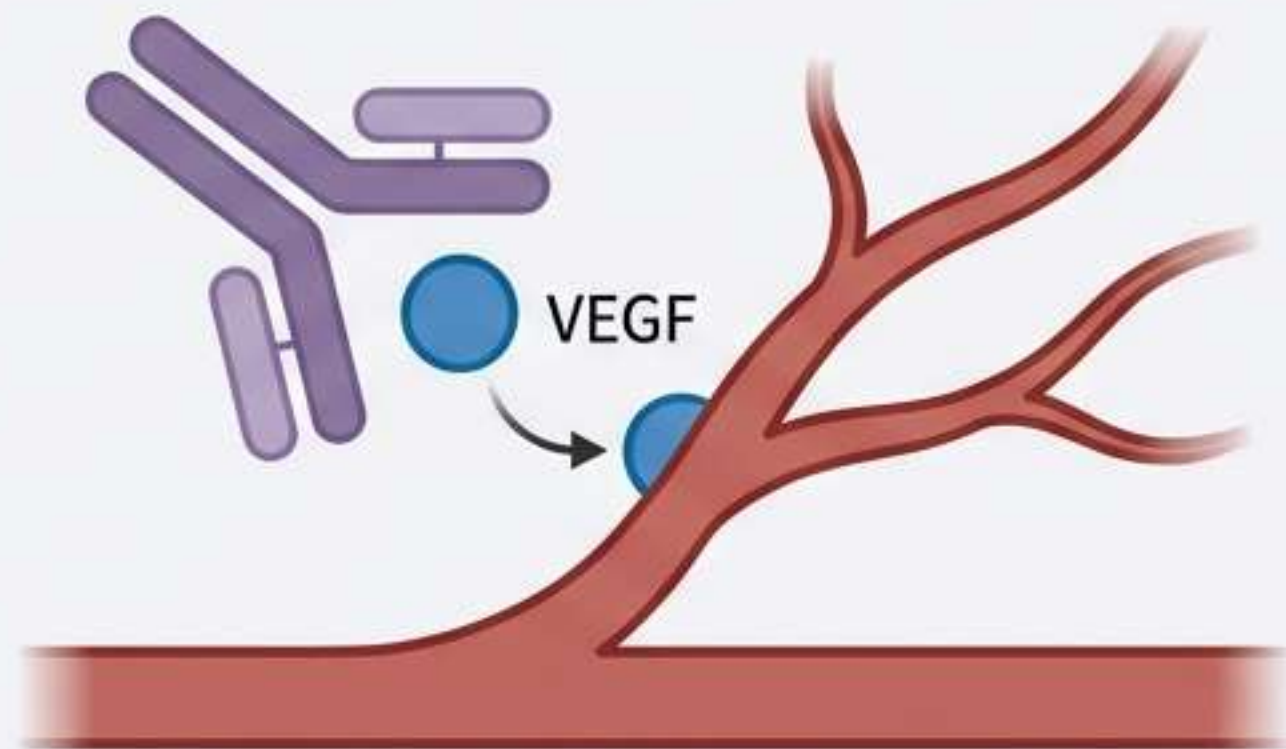
The Present (GOG-0252) - The Bevacizumab Era



在標靶藥物 (Bev) 基礎上，IP 未帶來額外獲益

當前建議：僅限於經驗豐富的醫學中心，針對特定理想減瘤後的患者。

標靶治療：抗血管新生藥物 Bevacizumab

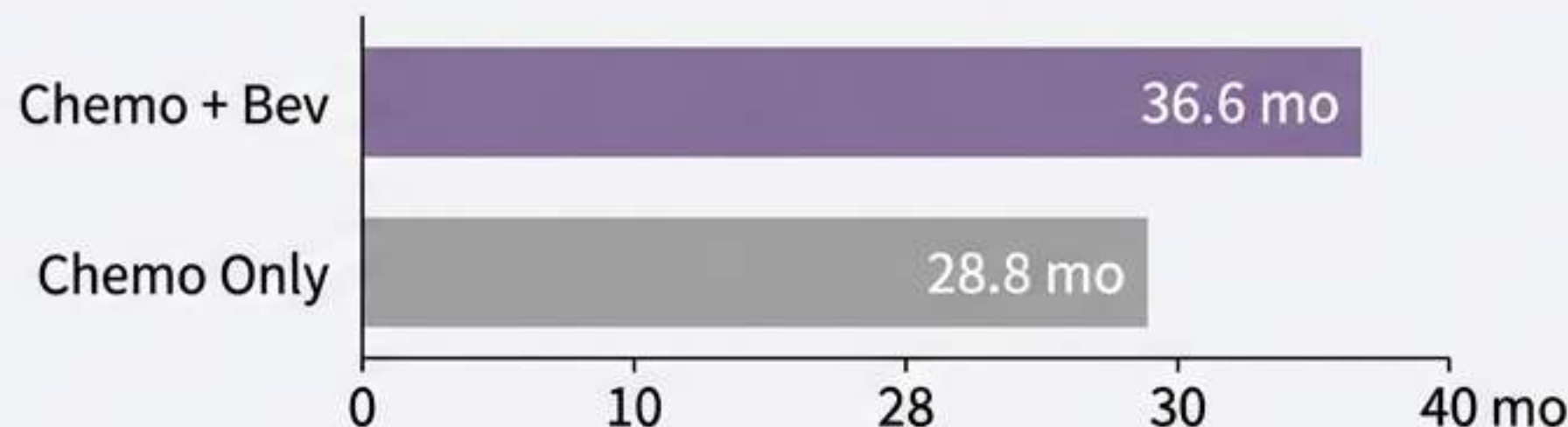


VEGF Inhibition
(阻斷腫瘤營養供應)

ICON7 High Risk Subgroup

Target Group Definition: Stage IV or Stage III (residual > 1cm)

Overall Survival (OS)



高風險族群獲益最顯著
(Significant benefit in high-risk groups)

GOG-0218 證實：維持治療是關鍵
(Maintenance is key)

[21] Burger RA et al. N Engl J Med. 2011.

[22] Perren TJ et al. N Engl J Med. 2011.

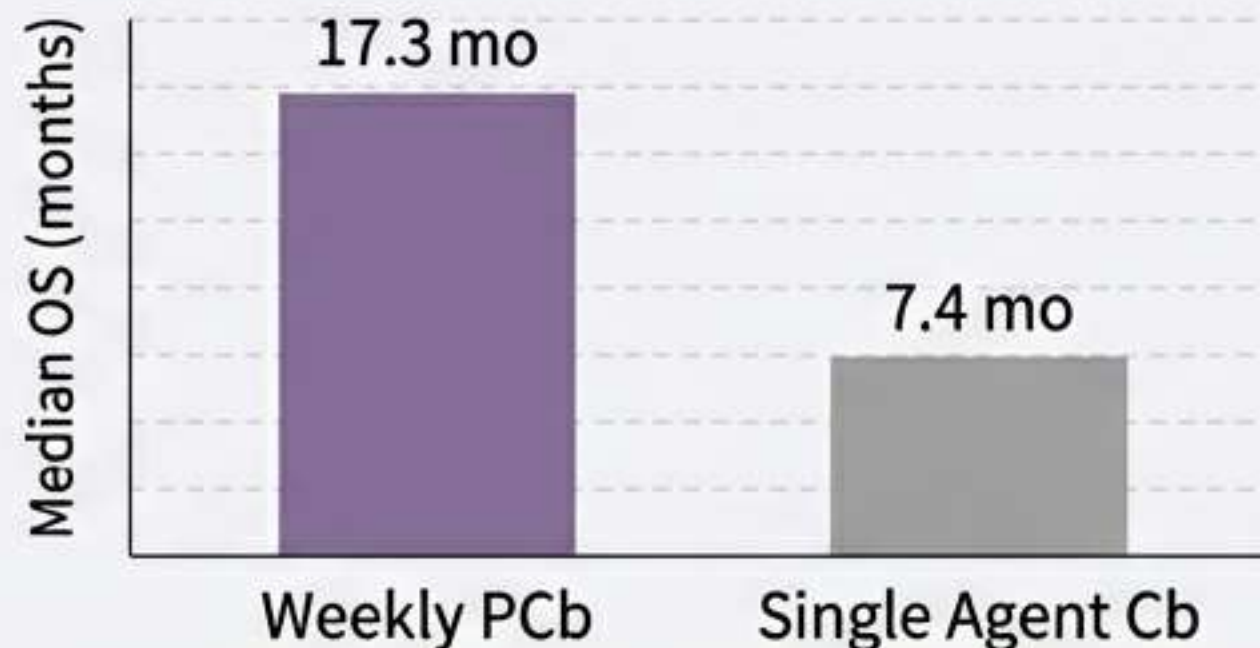
高齡與衰弱患者 (Elderly & Vulnerable)：治療策略

GVS (Geriatric Vulnerability Score) ≥ 3

- ✓ Albumin < 35 g/L
- ✓ Lymphocyte < 1 G/L
- ✓ ADL / IADL impairment
- ✓ HADS (Anxiety/Depression)

EWOC-1 Trial Evidence

Weekly PCb vs Single Agent Carboplatin



單藥治療效果最差
(Do not use Single Agent)

即使體弱，減量的每週雙藥組合
(Weekly PCb) 仍優於單藥。

[24] Falandry C et al. Ann Oncol. 2013.

[25] Falandry C et al. JAMA Oncol. 2021.

2026 臨床實務總結 (Clinical Takeaways)



手術 (Surgery)

- ☑ 目標為 R0 切除。晚期淋巴結外觀正常者，不需行系統性切除 (LION)。



化療 (Chemotherapy)

- ☑ 標準療法：PCb Q3W。劑量密集 (Weekly) 保留給亞洲族群或需降低毒性者。



標靶 (Targeted)

- ☑ 高風險 (Stage III residual >1cm / Stage IV) 應加入 Bevacizumab 維持治療。



特殊族群 (Special Populations)

- ☑ 高齡者 (GVS ≥ 3) 應避免單藥治療，優先選擇每週雙藥 (EWOC-1)。