



復發性卵巢癌療法與其他少見卵巢癌之治療

卵巢癌臨床實務指引 (第七章至第八章)

2026年二月

作者：癌症資訊雜貨店與BCOP圖書會

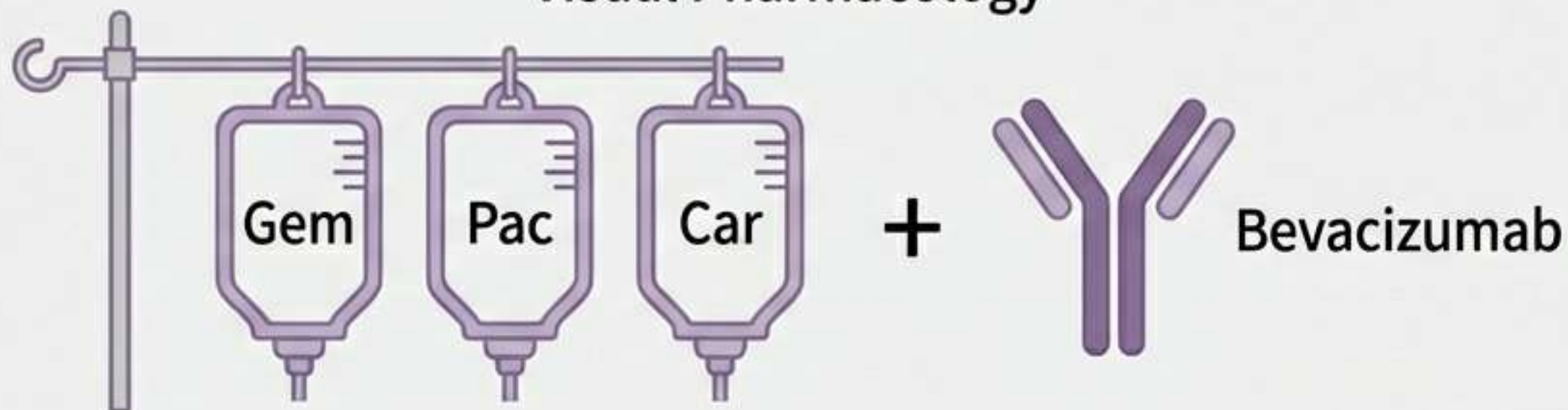
復發性卵巢癌之治療決策分歧點



定義：鉑類敏感性的定義取決於無鉑區間 (Platinum-Free Interval)。
若能達到第二次緩解，應考慮使用 PARP 抑制劑維持治療。

鉑類敏感性復發：含鉑化療與抗血管新生藥物之組合

Visual Pharmacology



OCEANS Trial

Population: 鉑類敏感性首次復發且未用過抗血管新生藥物
 Intervention: Gem + Cb + Bev
 Comparator: Gem + Cb



GOG-0213 Trial

Intervention: Pac + Cb + Bev
 Comparator: Pac + Cb



結論：加入 Bevacizumab 能顯著延長 PFS，特定組合更能延長 OS。

Aghajanian C, et al. J Clin Oncol. 2012; Coleman RL, et al. Lancet Oncol. 2017.

鉑類敏感性復發之維持治療：PARP 抑制劑

SOLO-2 (Olaparib)

族群：BRCA1/2 突變

PFS (個月)

19.1 mo

5.5 mo

HR: 0.30

ARIEL3 (Rucaparib)

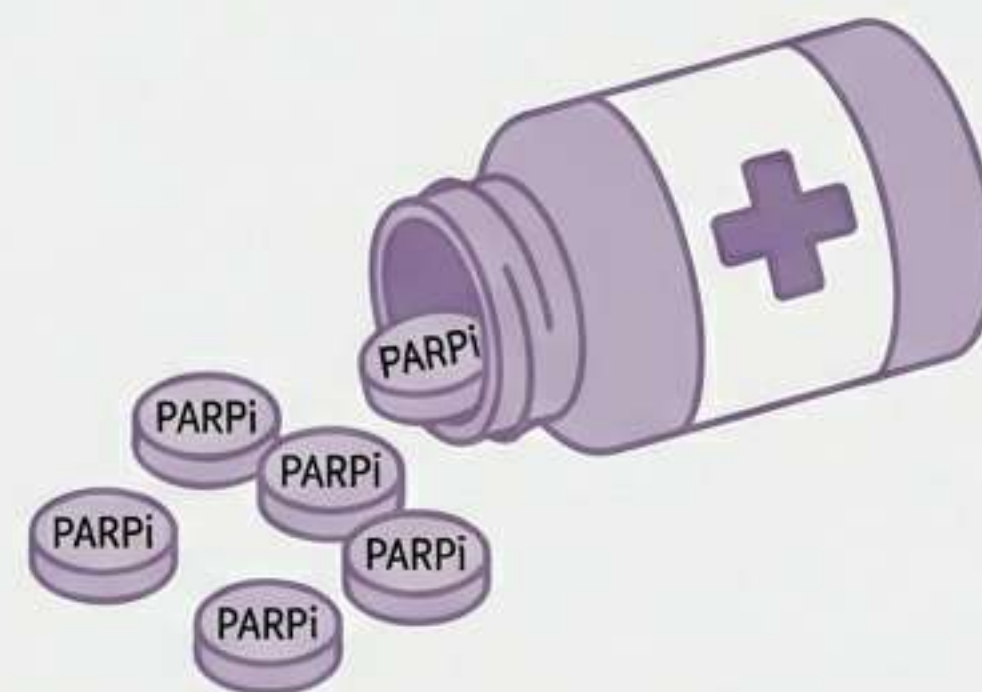
族群：鉑類敏感復發
(含 BRCA 突變)

PFS (個月)

16.6 mo

5.4 mo

HR: 0.23



NOVA (Niraparib)

族群：gBRCA 突變與非突變

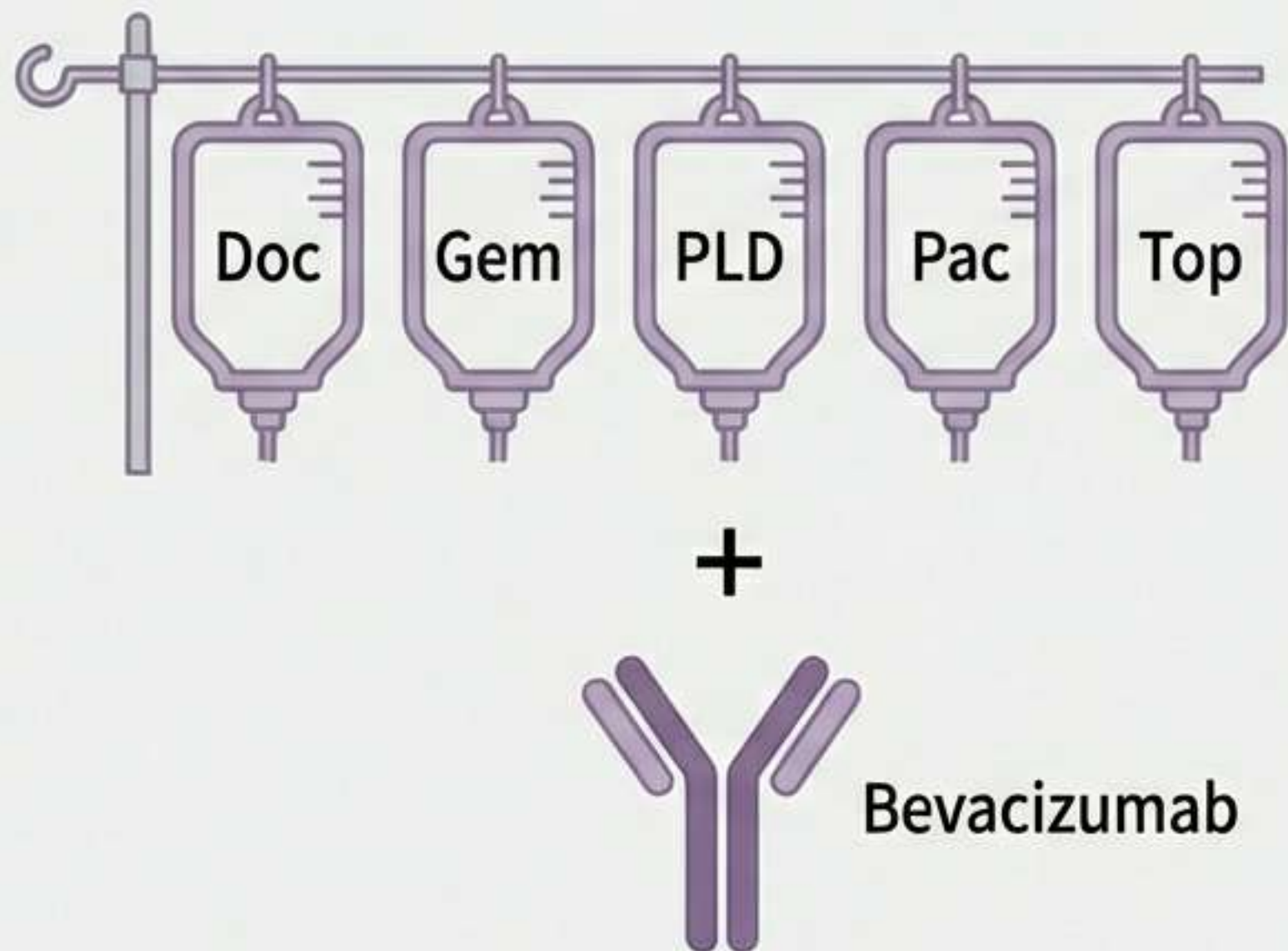
關鍵結果：

- gBRCA 突變 HR: 0.27
- 無突變但 HRD (+) HR: 0.45

Pujade-Lauraine E, et al. Lancet Oncol. 2017 (SOLO2); Ledermann JA, et al. Eur J Cancer. 2025 (ARIEL3); Mirza MR, et al. N Engl J Med. 2016 (NOVA).

鉑類抗藥性復發：非鉑類單藥與標靶之組合

Visual Pharmacology



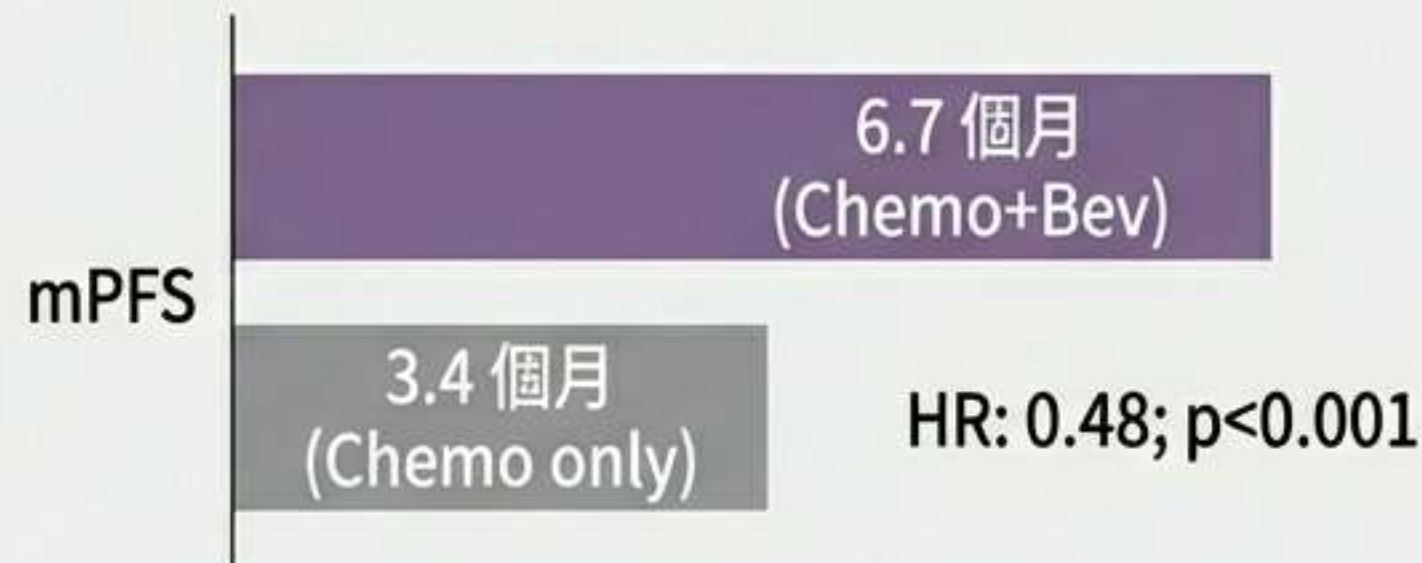
單藥化療 + Bevacizumab

雖然 PFS 顯著延長，但 OS 無顯著差異。

Pujade-Lauraine E, et al. J Clin Oncol. 2014.

AURELIA Trial

- Population: 鉑類抗藥性復發 (化療線數 ≤ 2)
- Intervention: 單藥化療 (Pac/PLD/Top) + Bevacizumab
- Comparator: 單藥化療 alone

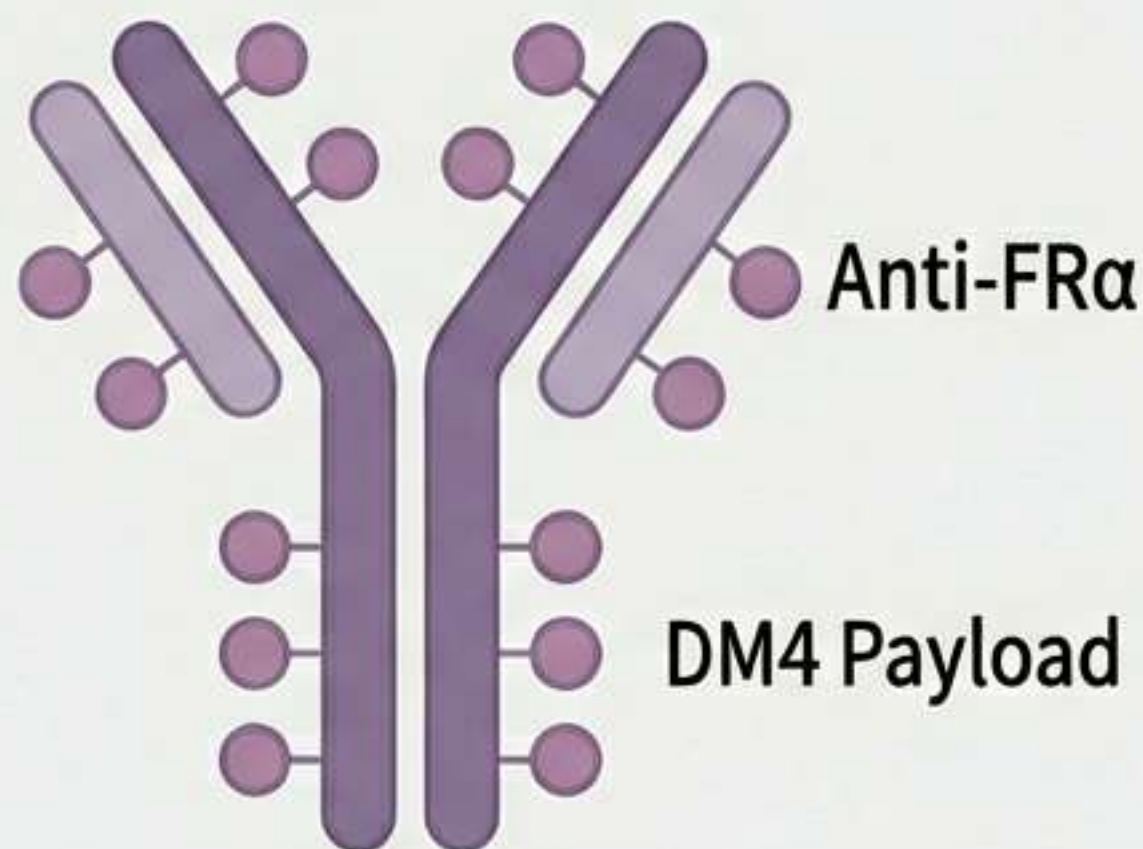


ORR (反應率): 27.3% vs. 11.8%

鉑類抗藥性復發之新曙光：ADC 藥物

針對 FR α 高表現 (IHC $\geq 75\%$) 之精準治療

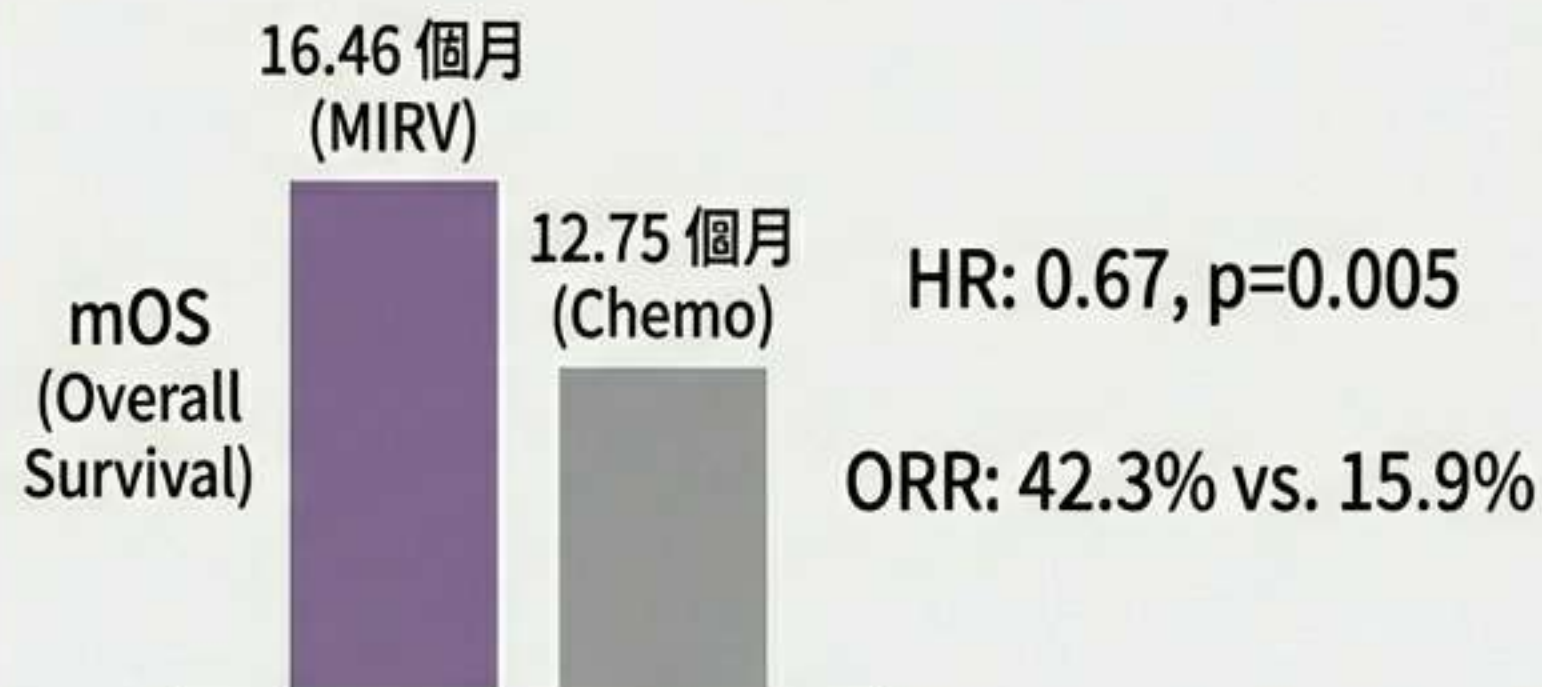
Visual Pharmacology: ADC icon



MIRV
(Mirvetuximab Soravtansine)

MIRASOL Trial

- Population: FR α 高表現且鉑類抗藥性患者
- Intervention: MIRV
- Comparator: 單藥化療 (IC)

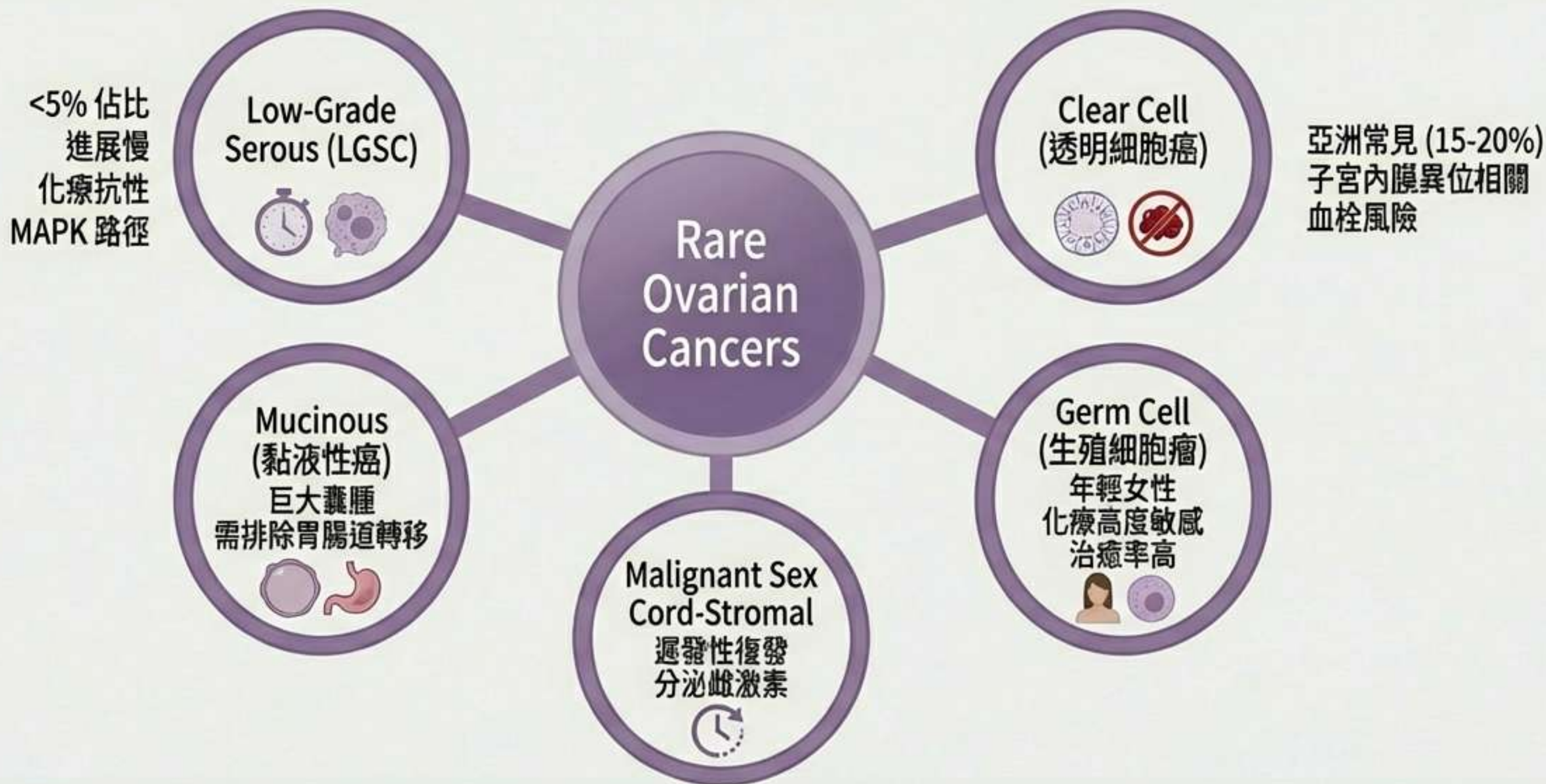


結論：MIRV 是首個在鉑類抗藥性卵巢癌中證實具有存活獲益 (OS Benefit) 的新藥。

Moore KN, et al. N Engl J Med. 2023.

少見組織型態卵巢癌：異質性與挑戰

約佔所有卵巢癌的 15-20%。對傳統 Taxane/Carboplatin 化療反應較差，需採取個體化治療。



低惡性度漿液性癌 (LGSC)：鎖定 MAPK 路徑

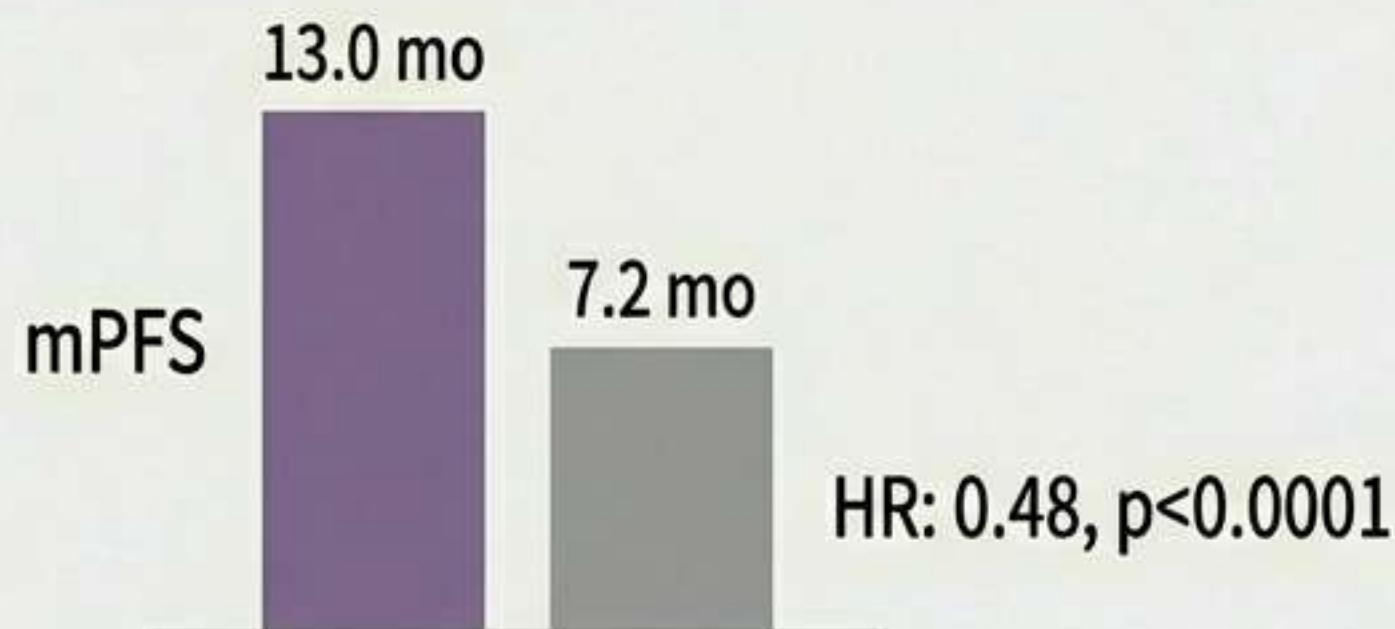


Mechanism

KRAS/BRAF 突變導致 MAPK 路徑持續活化。

GOG-281 Trial (Trametinib)

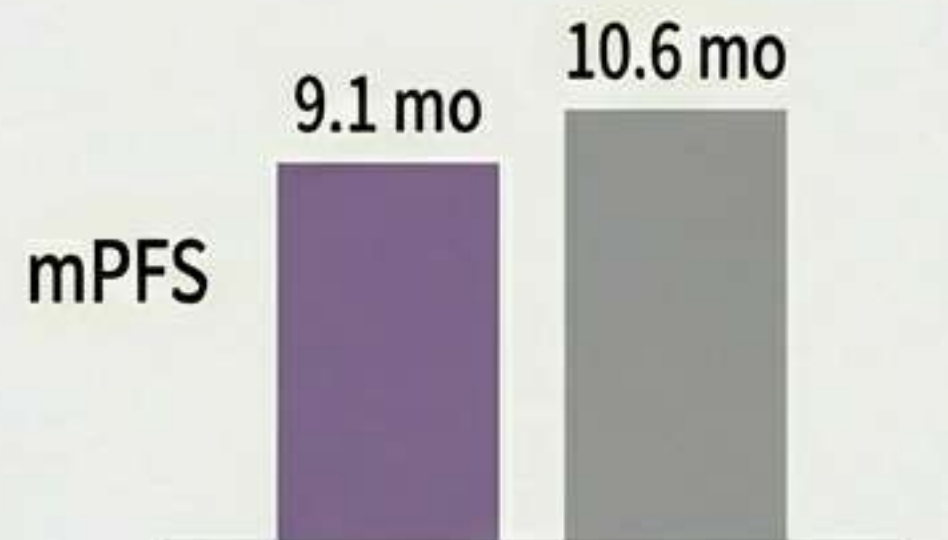
Intervention: Trametinib vs. Std Care



首個證實優於化療的標靶藥物

MILO Trial (Binimetinib)

Intervention: Binimetinib



對 KRAS 突變患者仍有反應

臨床備註：賀爾蒙維持治療 (Letrozole/Tamoxifen) 亦為 2B 類建議。

化療抗性亞型：透明細胞癌與黏液性癌

透明細胞癌 (Clear Cell)



- 特徵：與子宮內膜異位症有關，高度靜脈血栓與高鈣血症風險。
- 治療策略：對化療反應率低。
- 證據 (GOG-157)：早期患者 3 週期療效 = 6 週期。建議 3 週期 PCb 以降低毒性。

黏液性癌 (Mucinous)



- 特徵：巨大囊腫，需區分胃腸道轉移 (PAX8+)。
- 治療策略：第 IC 期以上治療偏向胃腸道癌模式。



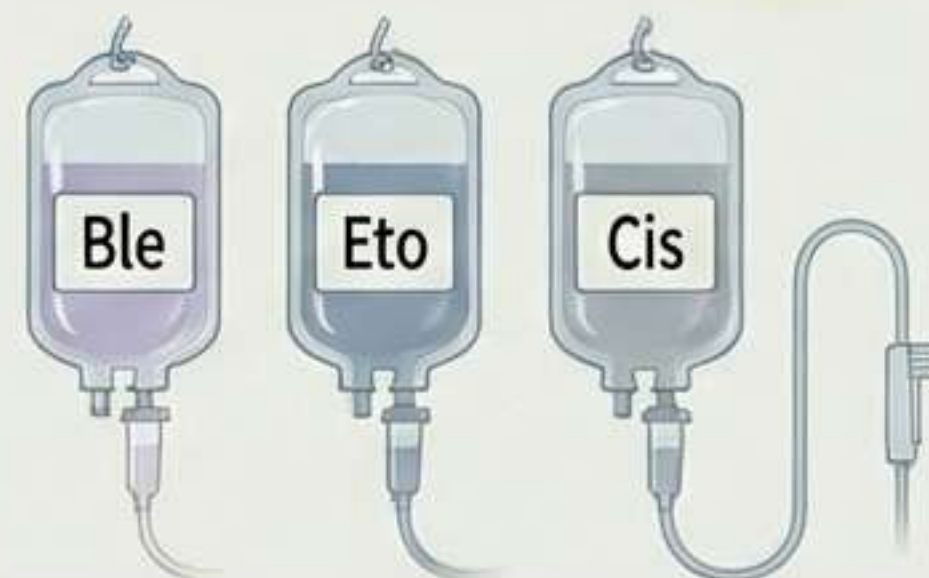
- 建議處方：FOLFOX, CAPOX, Capecitabine。

生殖細胞腫瘤 (Germ Cell Tumors)：高治癒率與生育保留

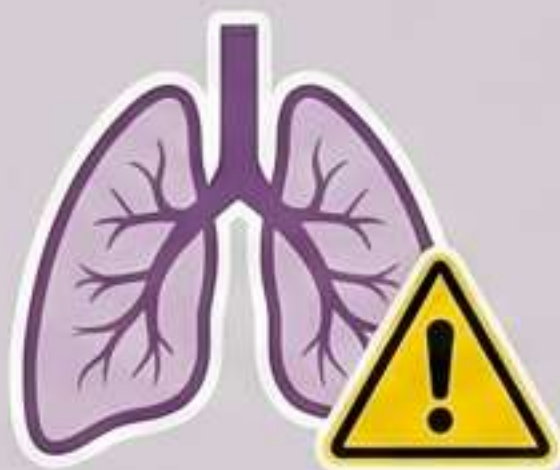
Success Story

- ✓ 目標族群：青少年與年輕女性 (<35歲)。
- ✓ 關鍵概念：對鉑類高度敏感，治癒率 >85%。
優先保留生育功能。

Visual Pharmacology



標準療法：BEP (3-4 療程)



Bleomycin 肺毒性警告

- 風險因子：累積劑量 >300 IU、高濃度氧氣、G-CSF 使用。
- 處置：需嚴密監測肺功能。若有風險，改用 VIP 療法 (Etoposide/Ifosfamide/Cisplatin)。

其他少見亞型：性索基質腫瘤與癌肉瘤

惡性性索基質腫瘤 (Malignant Sex Cord-Stromal)

代表：顆粒細胞瘤 (Granulosa Cell Tumors)

關鍵標誌物：Inhibin B (抑制素)

- 特性：遲發性復發，建議長期追蹤 20-30 年。
- 治療：BEP，Taxane/Carboplatin、Bevacizumab (2B)。

癌肉瘤 (Carcinosarcomas / MMMT)

- 特性：預後最差、侵襲性強。經歷上皮-間質轉化 (EMT)。
- 策略：激進減積手術，不建議保留生育力。
- 治療：比照高惡性度漿液性癌，或 Ifosfamide 聯合 Taxane/Cisplatin。

邊緣性上皮腫瘤 (Borderline Tumors)

手術治療 (Surgical Treatment)



- 主要治療：手術。保留生育功能手術（單側切除）為首選。

化學治療 (Chemotherapy)



- 化療：❌ 一般不建議。
- 原因：化療無法預防復發或提高存活率（除非有侵襲性植入）。

預後：極佳。完成生育後，可考慮進行更徹底的手術。

總結：精準醫療導向之治療全貌

類別 (Category)	治療策略 (Treatment Strategy)
Platinum-Sensitive	Doublet Chemo + Bev + PARPi (Maintenance)
Platinum-Resistant	Single Chemo + Bev
FRα High	Mirvetuximab Soravtansine (ADC)
LGSC	MEK Inhibitors / Hormone
Mucinous	GI-type Chemo (5-FU/Oxa)
Germ Cell	BEP (Cure)

緩和醫療：早期介入管理腹水、腸阻塞與營養，維持病患生活品質。
正確的病理分類是精準治療的基石。