



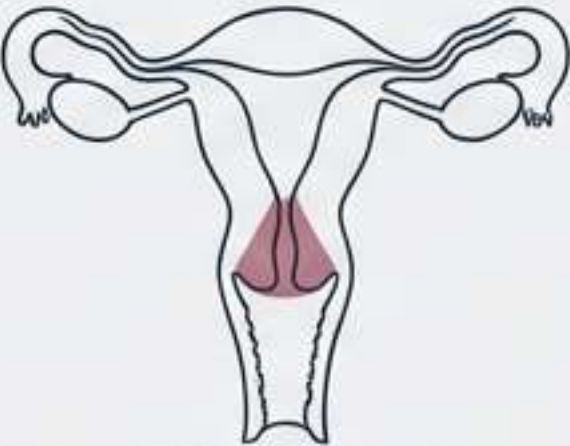
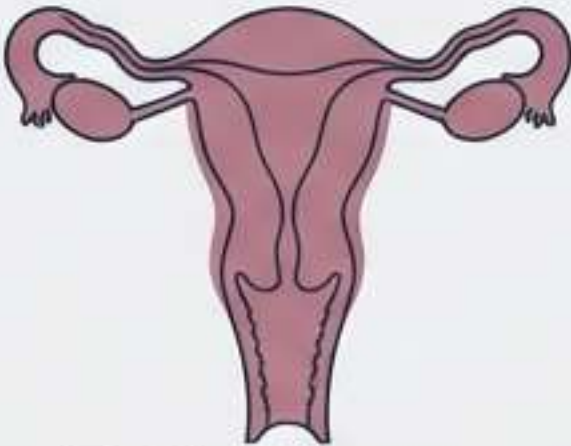
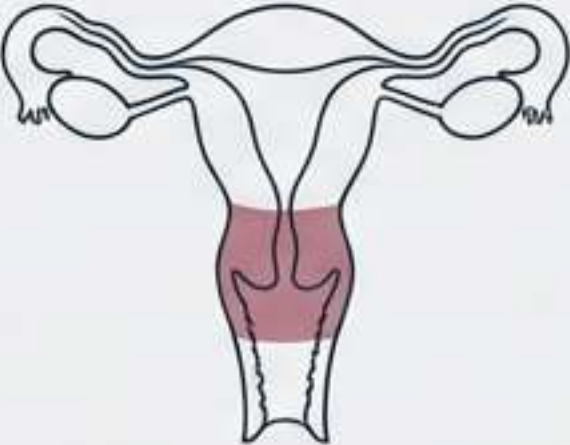
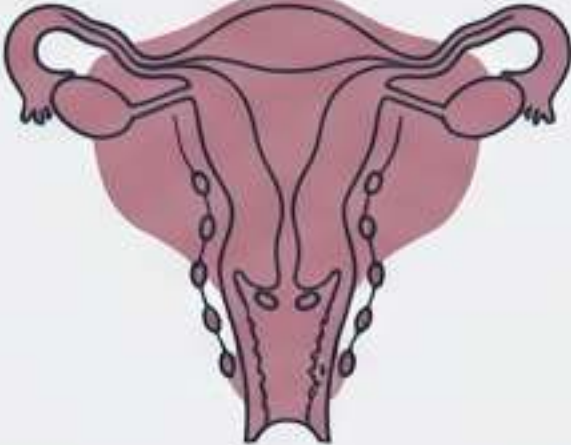
早期子宮頸癌初始治療與輔助療法

從手術策略到精準放化療的臨床決策藍圖

製作年月：2026年三月

作者：癌症資訊雜貨店與BCOP圖書會

手術類型矩陣與切除範圍

		是否保留生育能力 (Fertility Preservation)	
		保留生育	不保留生育
切除範圍大小 (Resection Extent)	淺 (Shallow)	 圓錐切除術 (Cone Biopsy) 僅切除子宮頸圓錐組織。適用：IA1期。	 A型單純子宮切除 (Type A Hysterectomy) 切除整個子宮與子宮頸，最小程度旁組織切除。適用：IA1期標準術式。
	深 (Deep)	 子宮頸切除術 (Trachelectomy) 單純或廣泛性(加2cm陰道)。適用：IA2，IB1期。	 C型廣泛性子宮切除 (Type C Radical) 切除子宮、主韌帶、陰道上段與骨盆淋巴結。適用：IB1-IIA2期。

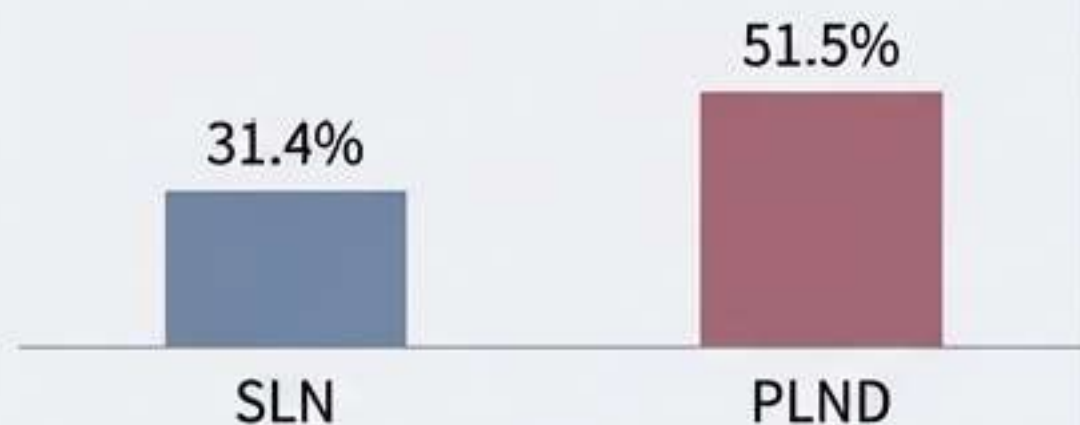
早期手術核心爭議：淋巴結評估與開刀途徑



淋巴結評估：SENTICOL-2 試驗

P: 206位 IA2-IIA1期患者
I: 前哨淋巴結切除 (SLN)
C: SLN + 骨盆腔淋巴清除 (PLND)
O: 淋巴相關併發症率顯著下降

淋巴相關併發症率



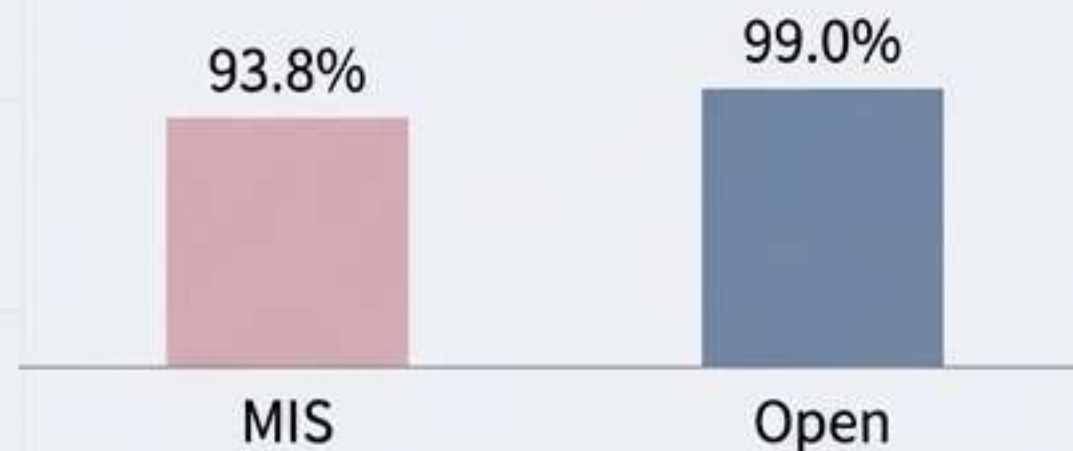
Takeaway: SLN 配合超分期 (Ultrastaging) 已成為早期初次治療建議。3年無復發存活率無顯著差異 (92.0% vs 94.4%)。



開刀途徑爭議：LACC 試驗

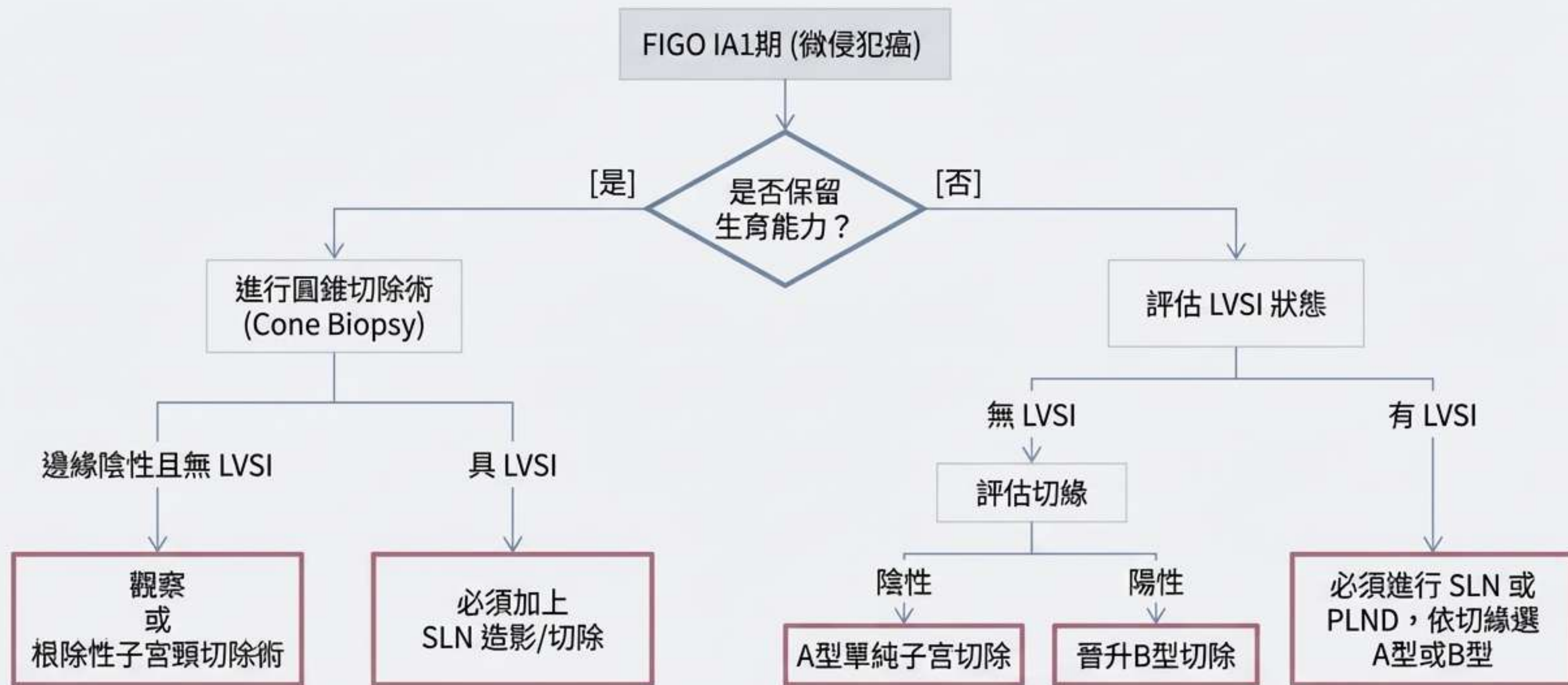
P: 631位 IA1(LVSI+)-IB1期患者
I: 微創根除手術 (MIS)
C: 開腹根除手術 (Open)
O: 3年整體存活率

3年整體存活率



Takeaway: 早期子宮頸癌根除手術，傳統開腹手術具備更優越的腫瘤學安全性。

IA1期（微侵犯癌）臨床決策樹



Key Takeaway: 無法手術者，標準替代療法為放射治療 (近接治療±EBRT)。

減法醫療 (De-escalation)：低風險早期癌之手術降階

低風險定義：腫瘤 ≤ 2 cm、無 LVSI 證據、影像學淋巴結陰性。

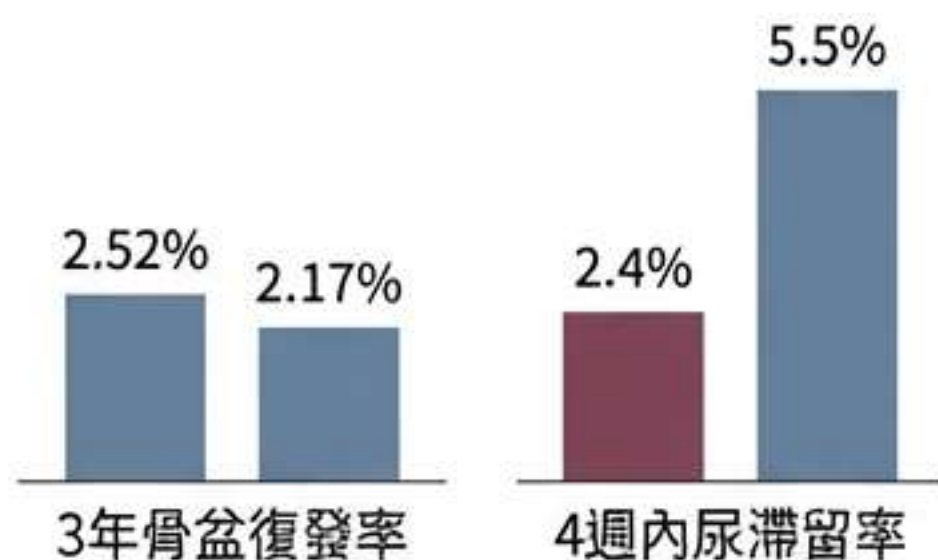
SHAPE 試驗 (Phase III RCT)

P：700位低風險早期子宮頸癌

I：簡單子宮切除術

C：根除性子宮切除術

O：療效持平，副作用驟降



ConCerv 試驗 (Single-arm)

P/I：100位接受保守手術
(圓錐/簡單切除+淋巴評估)

O：極低復發機率

淋巴結陽性率僅 **5%**

殘餘疾病率 **2.5%**

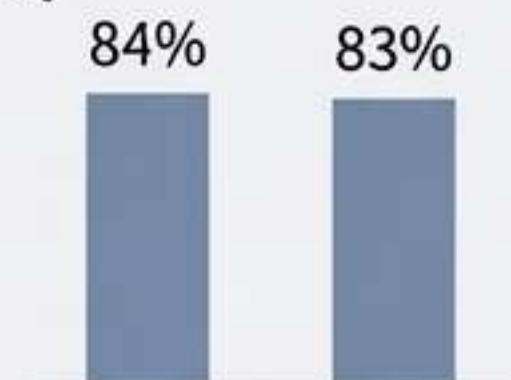
2年復發率 **3.5%**

IB3 to IIA2 治療策略 (大型腫瘤)

首選標準：同步化放療 (CCRT)
(EBRT + cisplatin + 近接治療)

Landoni 試驗 (放射 vs 手術)

P: 343位 IB-IIA期患者
I: 放射治療
C: 根除性子宮切除術
O: 5年整體存活率

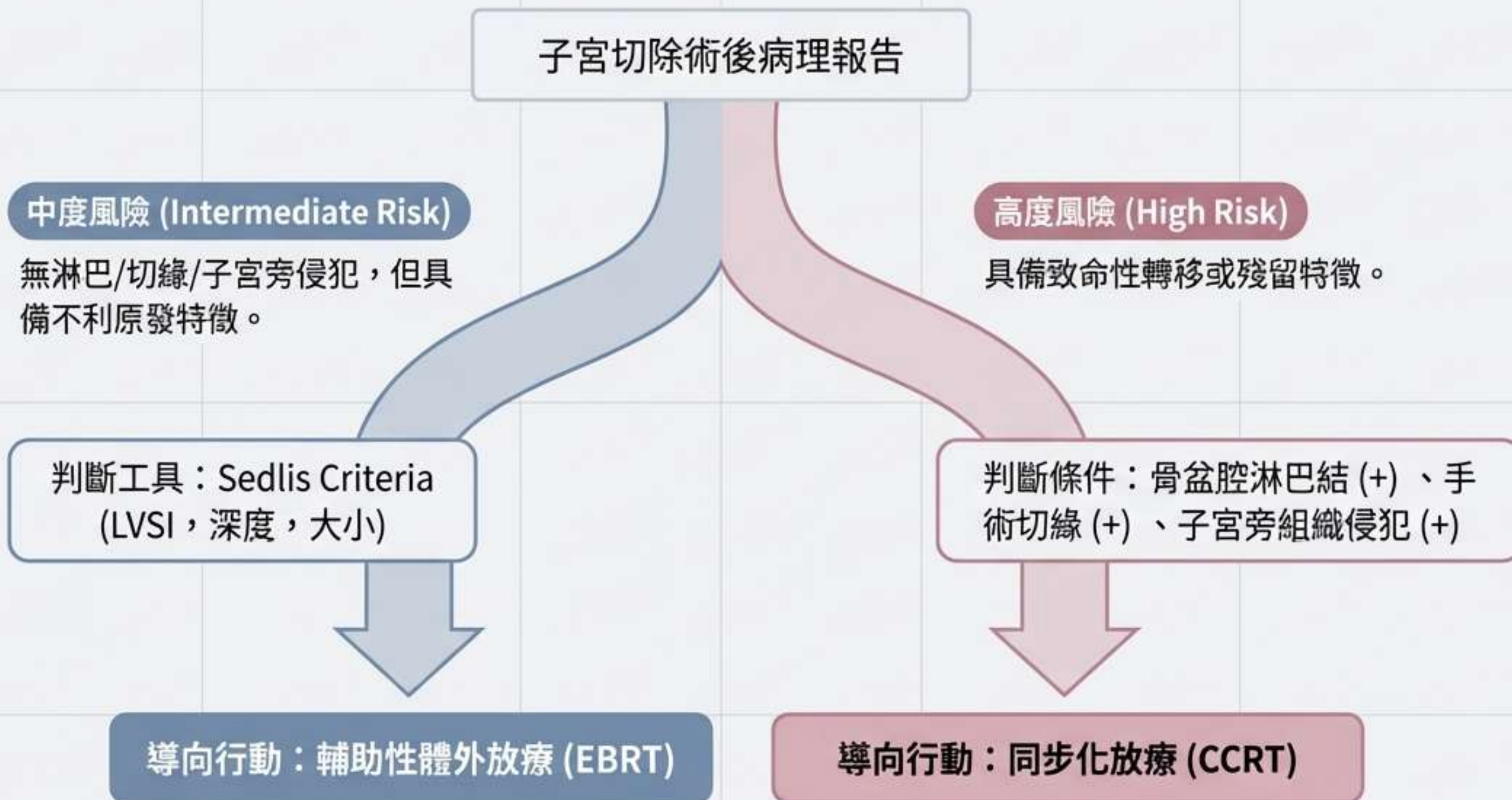


偶然發現之子宮頸癌 (Incidental Cancer) 處理路徑

情境：因良性疾病進行單純子宮切除後意外發現。



術後輔助治療決策 (The Synthesis Arc)



Takeaway: 術後並非終點，病理因素分析決定輔助治療的生死線。

中度風險與 Sedlis Criteria

Sedlis 標準查表矩陣

LVSI	浸潤深度	腫瘤大小	處置
(+)	深 1/3	任何大小	[觸發 EBRT]
(+)	中 1/3	≥ 2 cm	[觸發 EBRT]
(+)	淺 1/3	≥ 5 cm	[觸發 EBRT]
(-)	中或深 1/3	≥ 4 cm	[觸發 EBRT]

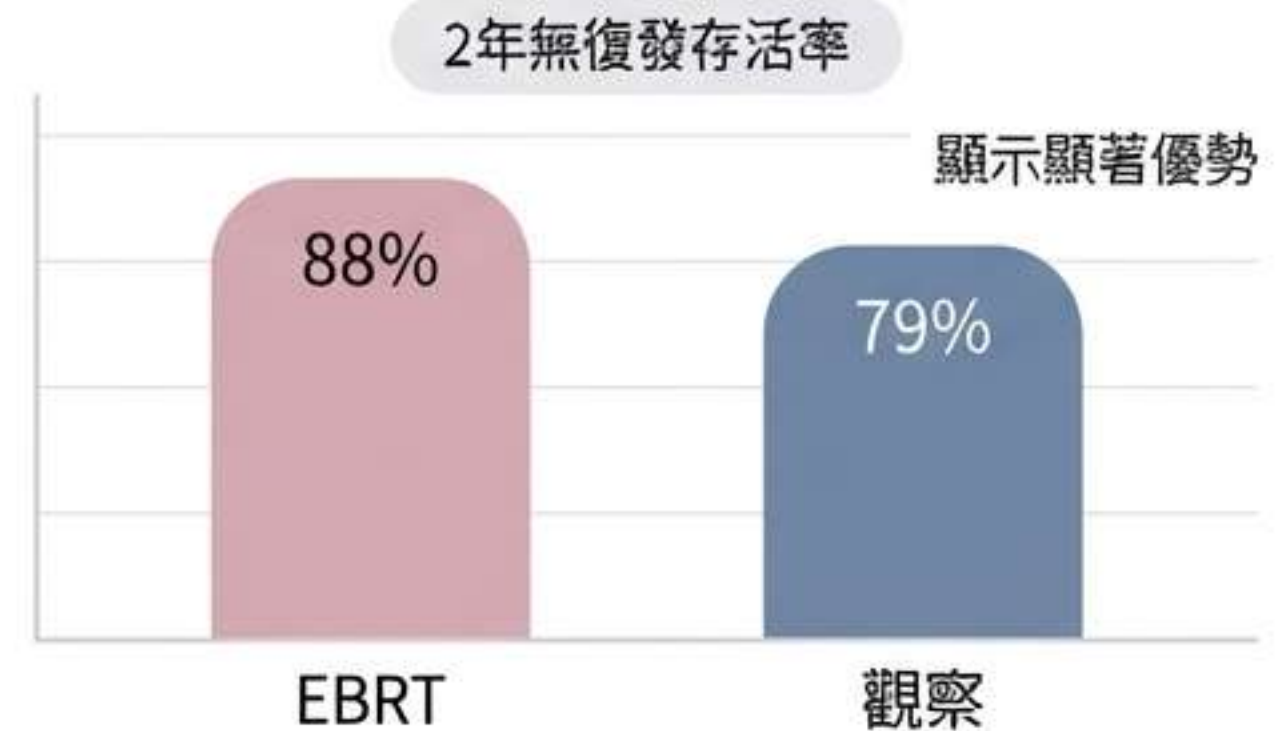
GOG 92 試驗

P: 277位 IB期術後淋巴陰性但符合 Sedlis 標準者

I: 輔助 EBRT

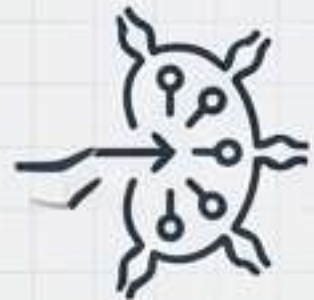
C: 單純觀察

O: 2年無復發存活率 (HR: 0.53)



高度風險特徵與術後 CCRT

高度風險三大病理特徵



骨盆腔淋巴結轉移
(Positive Lymph Nodes)



手術邊緣陽性
(Positive Margins)



子宮旁組織侵犯
(Parametrial Involvement)

GOG 109 (Peters Trial)

P: 243位術後具高風險因子之患者

I: CCRT + 放療 [CIS] + 5-FU

C: 單純骨盆腔 RT

O: 4年整體存活率 (HR: 0.51) 與 無惡化存活率



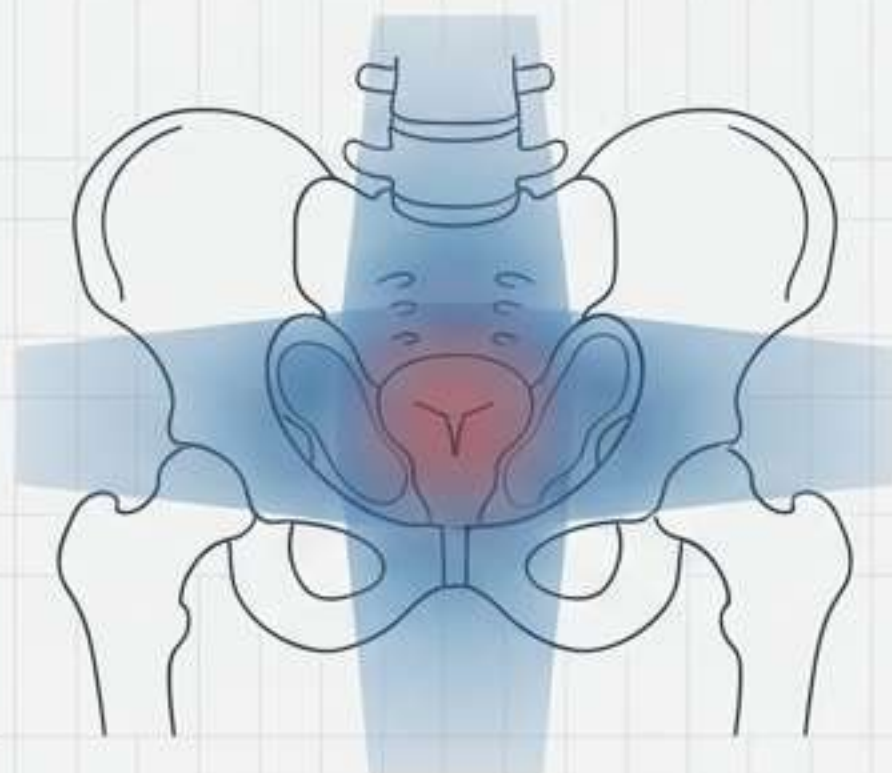
化療增敏劑備註：若對 Cisplatin 嚴重過敏或腎功能受損，Carboplatin 為公認替代療法。



體外放射治療 (EBRT) 的精準創新

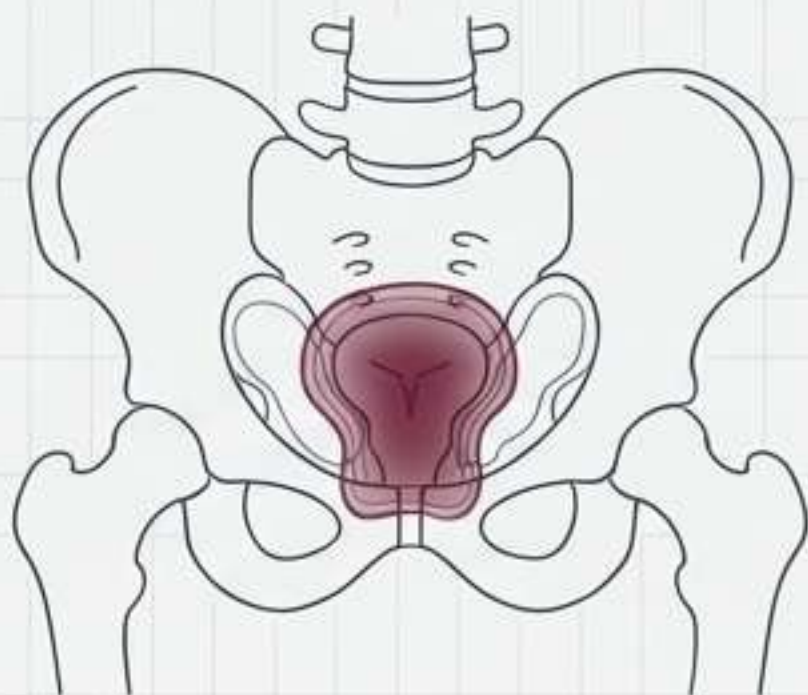
解剖橫截面熱圖比較

傳統 3D 放療



寬廣射束，波及周邊器官

IMRT (強度調控放射治療)



緊貼腫瘤形狀，完美避開 OARs

搭配 IGRT (影像引導)：利用 Cone Beam CT 校正每日因膀胱充盈導致的公分級位移。

RTOG 1203 試驗

PICO Card

- P:** 278位早期患者
- I:** IMRT
- C:** 標準四照野放療
- O:** 毒性顯著減輕 (分數下降幅度)

症狀評分下降幅度 (數值越低越好)



近接治療與時間管理的黃金準則

Clinical Blueprint

MRI 引導的近接治療 (IGABT)

捨棄傳統 Point A 盲目計算，
採用三維立體服貼技術。

EMBRACE-I 世代研究

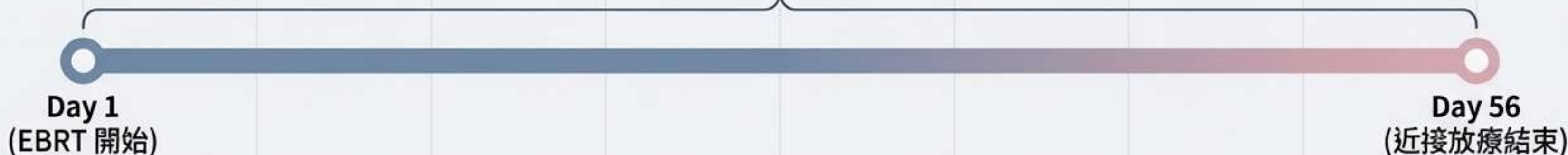
1317位患者

五年局部控制率高達 **92%**

晚期 3-5 級副作用極低：
泌尿 **6.8%** | 腸胃 **8.5%** | 陰道 **5.7%**

時間管理黃金準則：8週法則

無縫接軌 (56天以內)



警語：總時間對生物學效應影響極大。每延遲一天，局部控制率下降 **0.5% - 1.0%**。除非危及生命，絕不可中斷。

以人為本：放療副作用與長期生活品質管理



直腸 (Rectum)

嚴控高劑量以防止慢性放射性直腸炎、潰瘍或瘻管。保護腸胃道功能。



膀胱 (Bladder)

預防放射性膀胱炎、血尿或容量縮小。維護泌尿系統健康。



骨髓 (Bone Marrow)

限制照射體積以降低化療期間的嗜中性球低下風險。確保免疫防禦力。



性健康與陰道照護

放療常導致陰道纖維化與狹窄。建議患者在放療後2-4週內開始使用陰道擴張器 (Vaginal Dilator)，並長期維持。此為後續門診追蹤與維持性生活品質的關鍵樞紐。