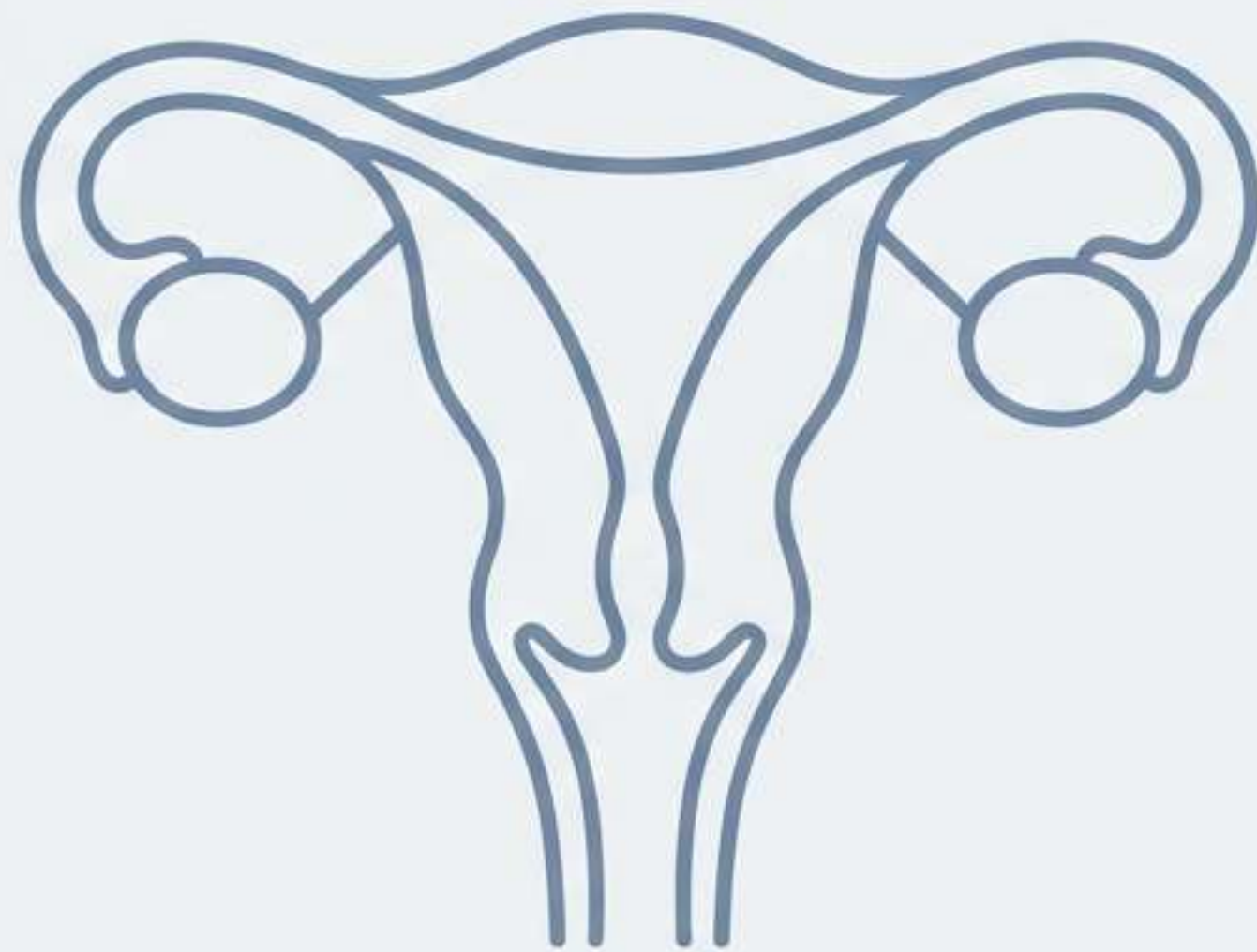


子宮癌症之總覽與分期

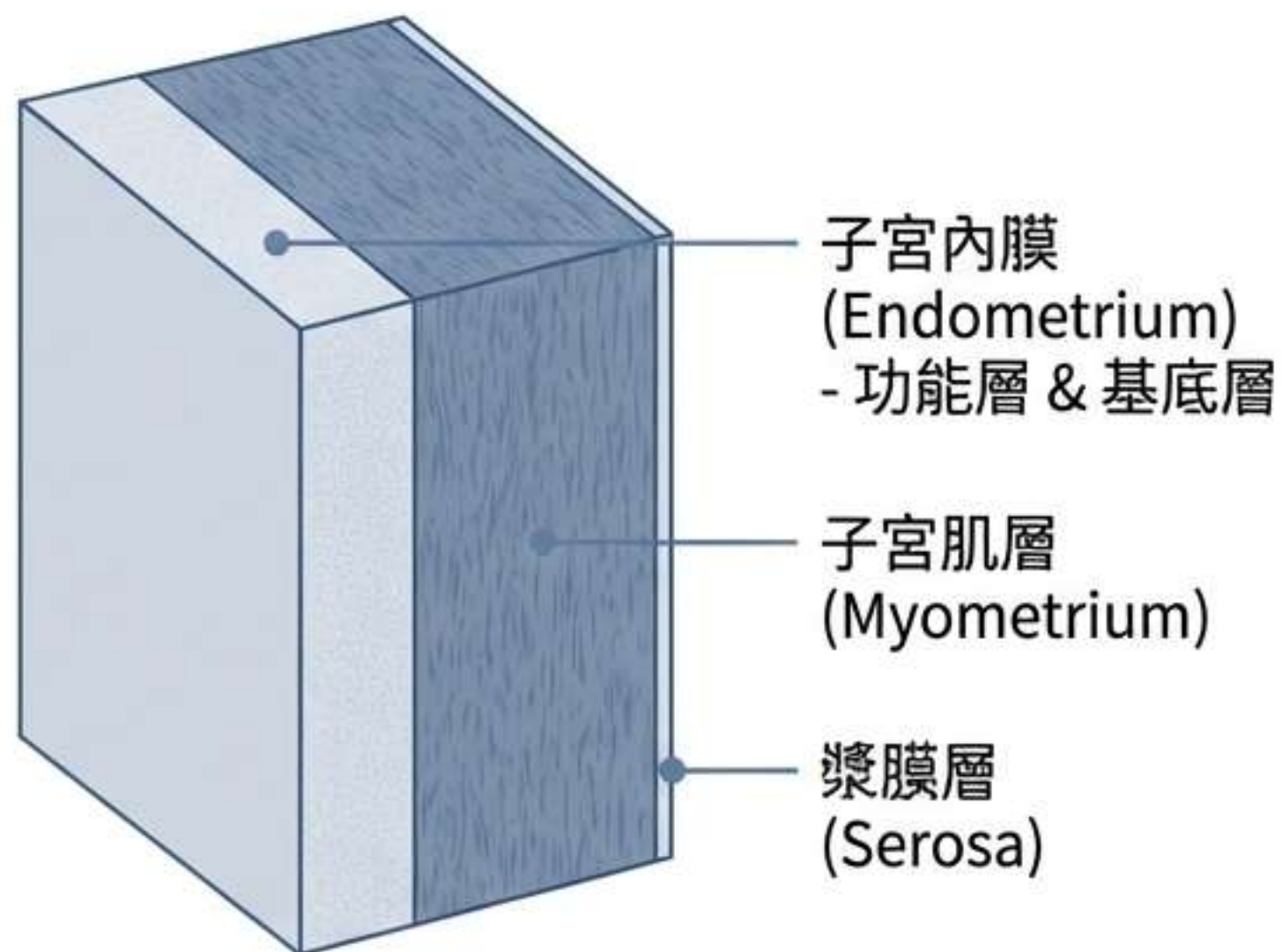
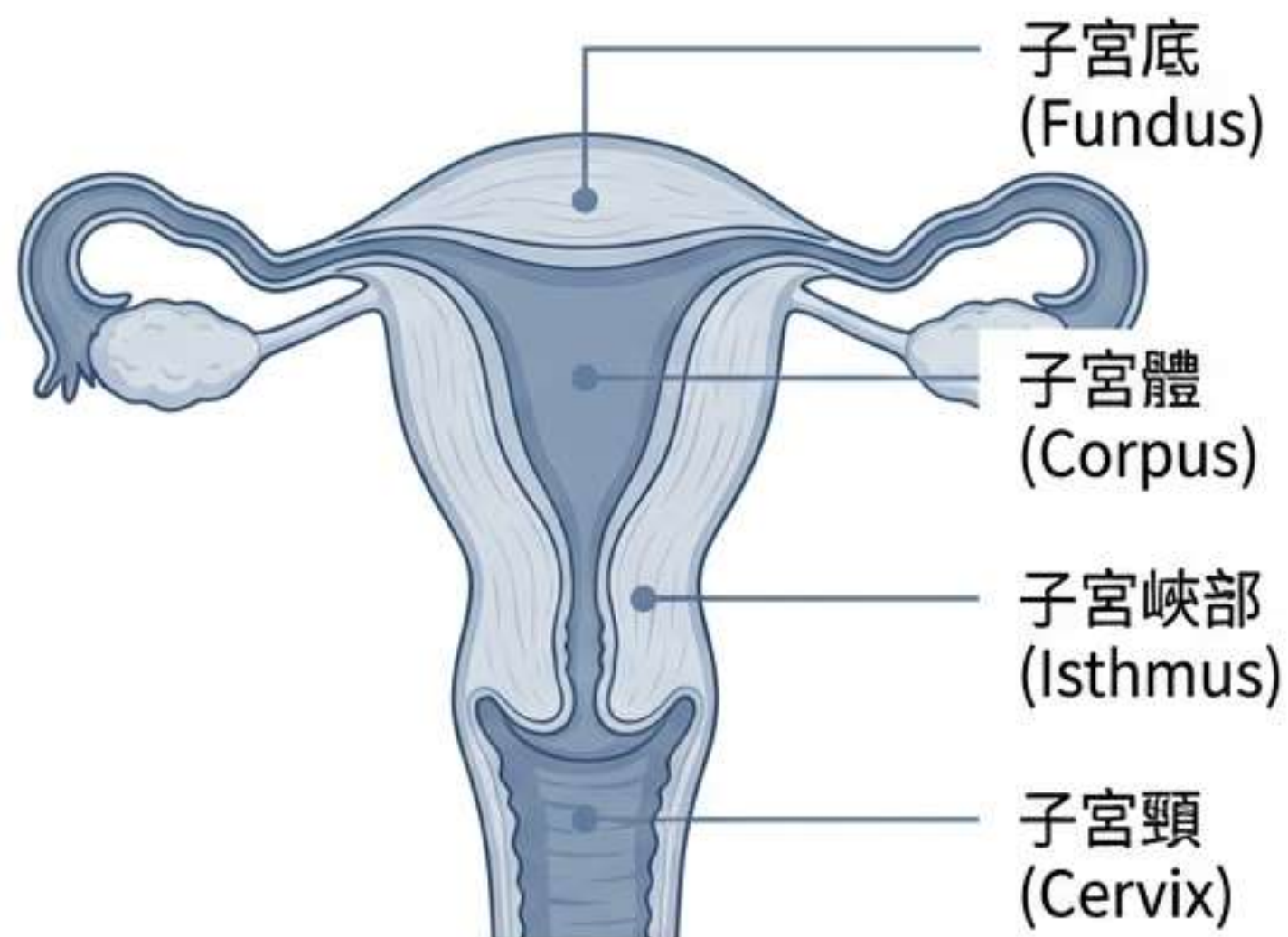
臨床表現、病理分類與2023 FIGO分期更新

2026年二月

癌症資訊雜貨店與BCOP圖書會

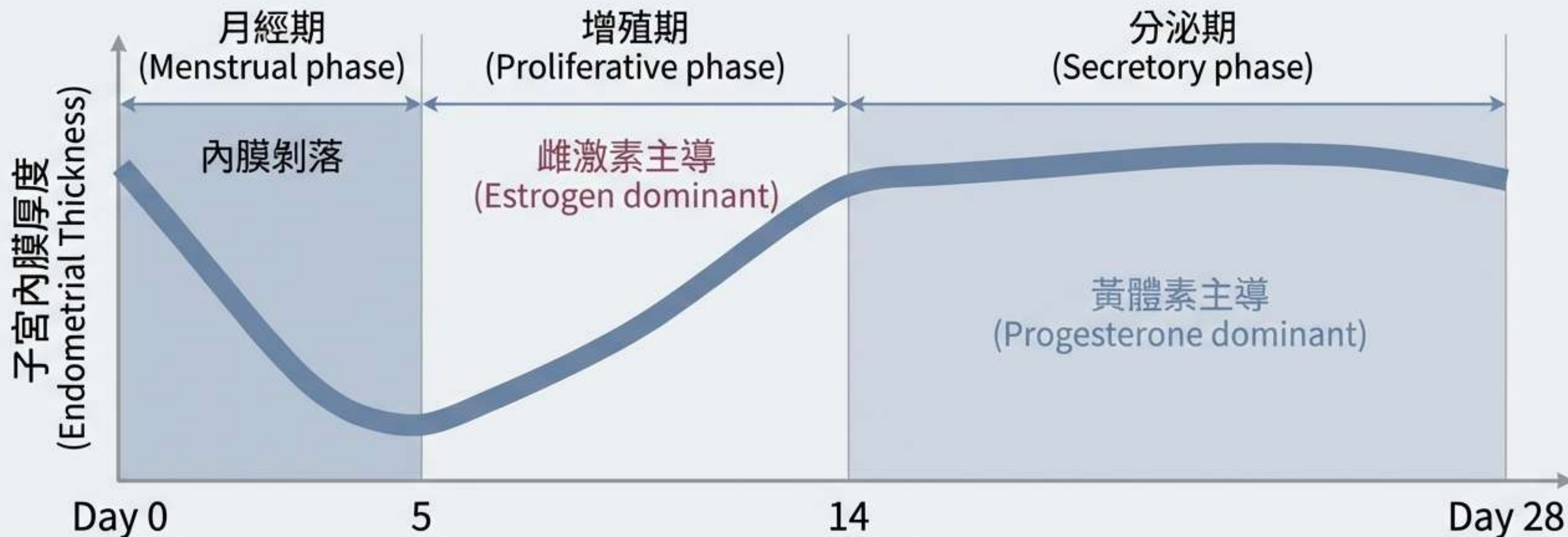


解剖構造與組織學分層



**癌症分期之核心概念：侵入深度越深，期別越高
(內膜 → 肌層 → 漿膜層 → 骨盆腔外)。**

生理功能與荷爾蒙週期



致病機轉：長期單獨雌激素刺激 (Unopposed Estrogen) 而缺乏黃體素拮抗
→ 內膜異常增生 → 第一型子宮內膜癌風險。

子宮癌症之病理分類

子宮癌症 (Uterine Cancer)

子宮內膜癌 (Endometrial Cancer)

來源：上皮細胞 (Epithelial)

- Type I: 子宮內膜樣癌 (Endometrioid)
- Type II: 非內膜樣癌 (Non-endometrioid)
 - 包含漿液性癌、透明細胞癌、癌肉瘤

子宮肉瘤 (Uterine Sarcoma)

來源：間質/肌肉組織 (Mesenchymal)

- 罕見且高侵襲性
- 子宮平滑肌肉瘤 (LMS)
- 子宮內膜基質肉瘤 (ESS)
- 腺肉瘤 (Adenosarcoma)

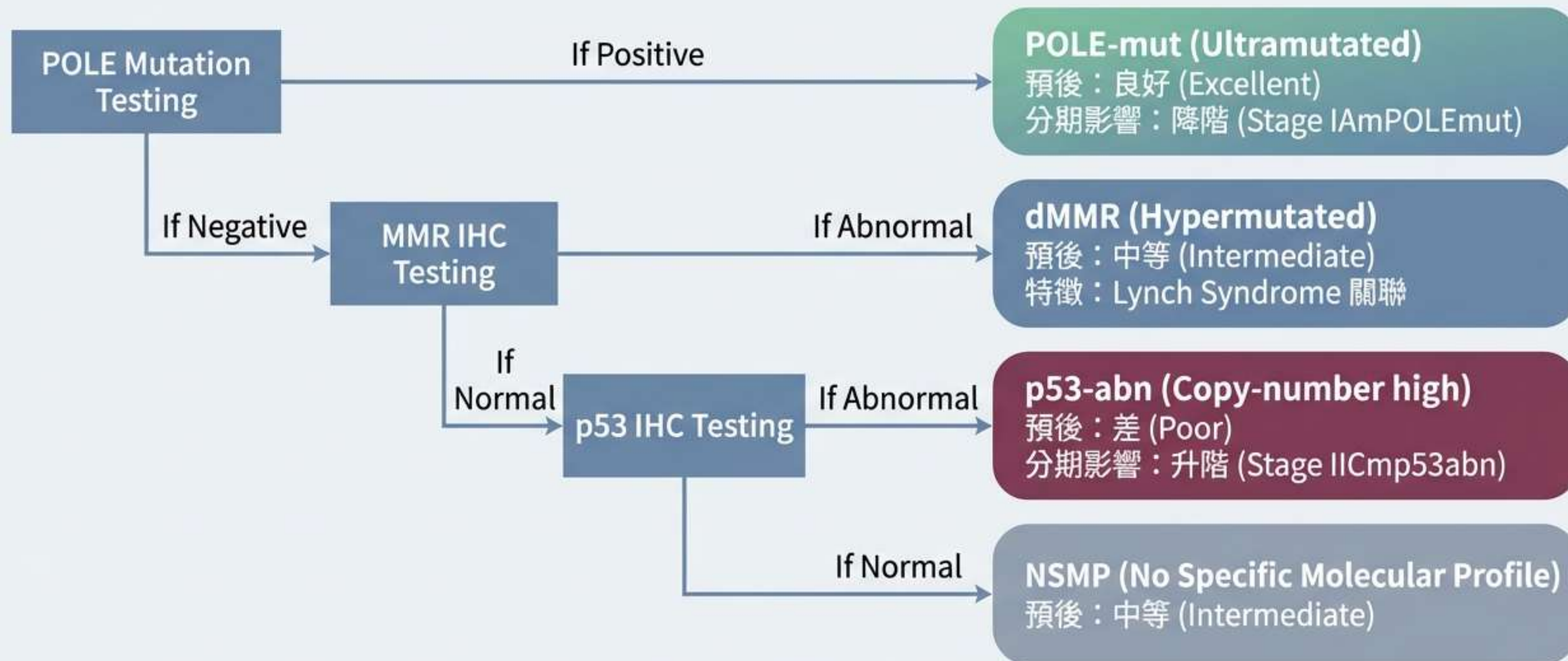
子宮內膜癌：第一型 vs. 第二型

第一型 (Type I: Endometrioid)	第二型 (Type II: Non-Endometrioid)
• 常見度：最常見 • 致病機轉：雌激素依賴性 (Estrogen-dependent) • 前驅病變：子宮內膜增生 (Hyperplasia) • 基因突變：PTEN, KRAS, MSI (Lynch Syndrome) • 預後：良好	• 組織型態：漿液性 (Serous), 透明細胞 (Clear Cell), 癌肉瘤 (Carcinosarcoma) • 致病機轉：非雌激素相關 (基因毒性壓力 Genotoxic stress) • 基因突變：TP53 mut (High copy number), HER2 • 預後：差 / 具高侵襲性

註：癌肉瘤 (Carcinosarcoma) 為雙相性 (Biphasic) 高惡性度癌，現歸類於上皮癌。

分子分群 (TCGA Molecular Classification)

2023年FIGO分期之基礎：分子標記決定預後



流行病學 (Global & Taiwan)

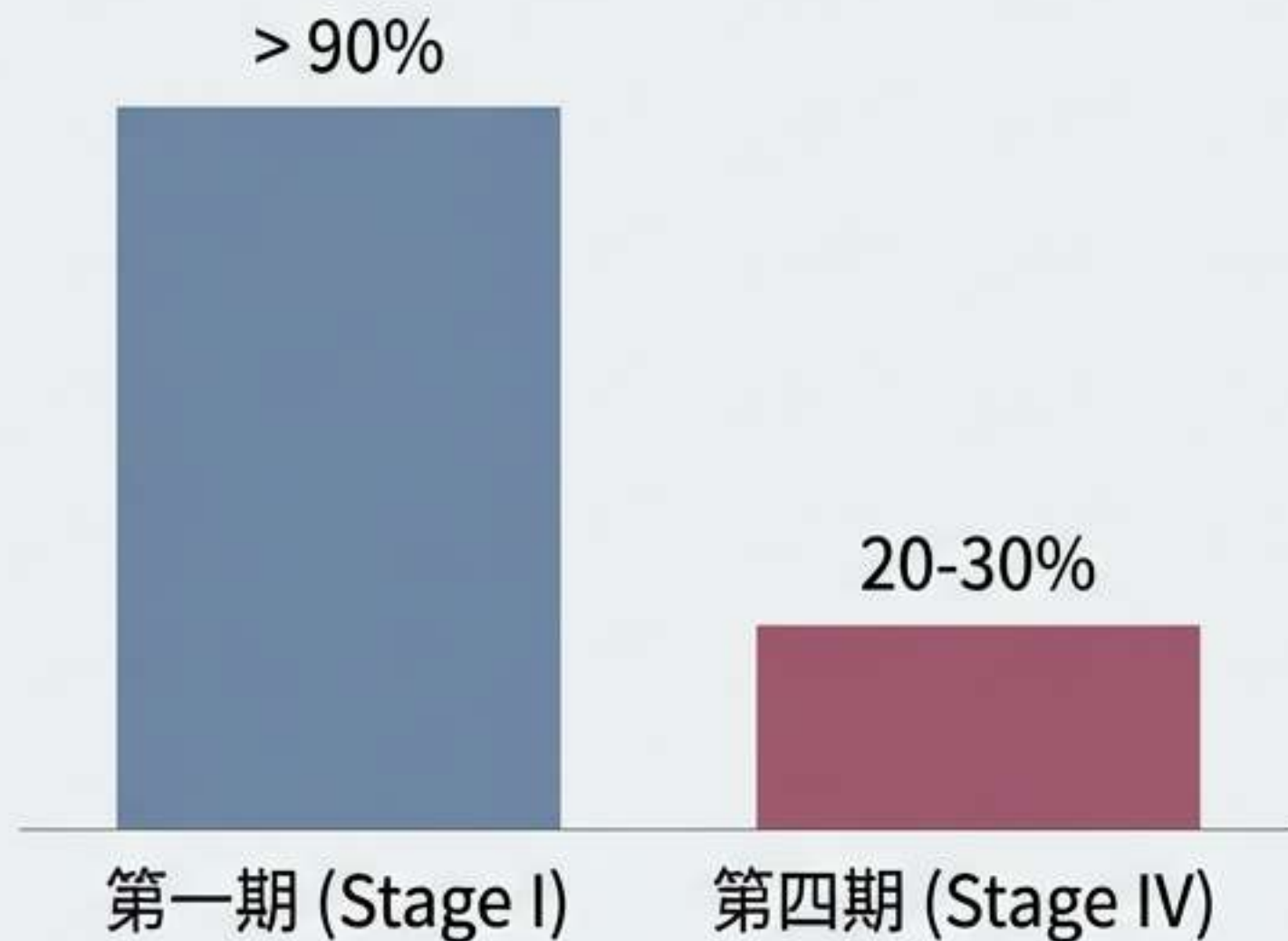
- **全球趨勢：**

- 女性癌症第6位
- 發生率上升 (與肥胖、高齡化有關)

- **台灣現況：**

- 女性癌症排名：第5-6位
- 發生率：>3,000 新案例/年 (持續上升)
- 年齡分佈：高峰 50-60歲，但 10-15% 患者小於40歲 (早發性肥胖/PCOS)

五年存活率 (5-Year Survival)



早期發現預後極佳

風險因子 (Risk Factors)



第一型子宮內膜癌 (Type I)

- 肥胖 (High BMI) - 主要因子
- 單獨雌激素補充
- Tamoxifen 使用
- 未生育 (Nulliparity) / PCOS



第二型子宮內膜癌 (Type II)

- 高齡 (>55歲)
- 非裔血統
- 乳癌病史
- 註：與肥胖較無關



子宮肉瘤 (Sarcoma)

- 曾經接受骨盆腔放射線治療 (潛伏期3-30年)
- Tamoxifen (針對LMS)
- 多數為隨機發生 (Random/Idiopathic)

臨床表現與診斷

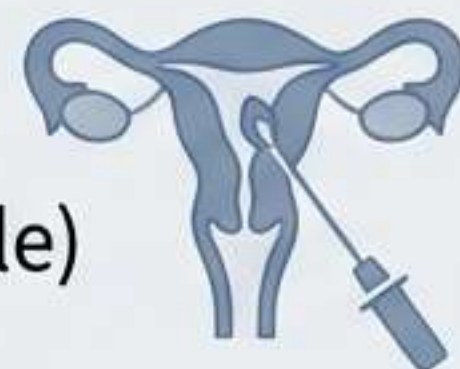
主要症狀 (Symptoms)

- 異常陰道出血 (Abnormal Vaginal Bleeding) 
 - 停經後出血 或 非經期出血
- 骨盆疼痛、腫塊感 (晚期)

診斷與篩檢 (Diagnosis & Screening)

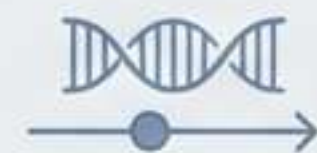
診斷黃金標準：

1. 子宮內膜切片 (Endometrial Biopsy/Pipelle) - 門診首選
2. 子宮鏡搔刮術 (Hysteroscopy D&C)



篩檢建議：

- 一般大眾：不建議篩檢
- Lynch Syndrome (HNPCC) 帶因者：建議35歲起每年進行內膜切片



影像學檢查與分子檢測

影像學工具 (Imaging)



- 超音波 (TVUS/TAS)：第一線檢查，評估內膜厚度。



- 骨盆腔 MRI：評估肌層侵犯深度 (Myometrial Invasion) 與子宮頸侵犯之最佳工具。



- CT / PET：評估遠端轉移 (肺部/腹腔)。

必測生物標記 (Mandatory Biomarkers)



POLE
(影響分期/降階)



MMR (dMMR/MSI-H)
(Lynch篩檢 & 免疫治療)



p53
(影響分期/升階 & 預後)



HER2
(針對漿液性癌)

2023 FIGO 分期更新核心概念



高惡性度組織 (Aggressive Histology)

- 漿液性癌、透明細胞癌、癌肉瘤

→ 自動歸類為至少 **Stage IC**
(即使侵犯極淺)

分子降階 (Molecular Down-staging)

- **POLEmut**

→ **Stage IAmPOLEmut**
(無視侵犯深度，歸為第一期)

分子升階 (Molecular Up-staging)

- **p53-abn**

→ **Stage IICmp53abn**
(視為高侵襲性，需積極治療)

子宮內膜癌分期：第 I & II 期 (局限期)

Stage I: 侷限於子宮體 (Uterus/Ovary)	
IA	肌層侵犯 < 50% (包含 IA1, IA2, IA3)
IAmPOLEmut	POLE 突變 (無視侵犯深度/惡性度)
IB	肌層侵犯 ≥ 50%
IC	侷限於內膜的高惡性度組織 (如漿液性癌)

Stage II: 侵犯子宮頸間質 (Cervical Stromal Invasion)	
IIA	侵犯子宮頸內膜腺體
IIB	顯著的 LVSI (淋巴血管間隙侵犯)
IIC	高惡性度組織伴隨肌層侵犯
IICmp53abn	p53 異常且伴隨任何肌層侵犯

子宮內膜癌分期：第 III & IV 期 (擴散與轉移)

Stage III: 局部/區域擴散 (Local/Regional)	
IIIA	侵犯漿膜層 (Serosa) 或 附件 (Adnexa/卵巢輸卵管)
IIIB	侵犯陰道 (Vagina) 或 子宮旁組織 (Parametrium)
IIIC	淋巴結轉移 (Lymph Nodes) C1：骨盆腔淋巴結 (Pelvic) C2：主動脈旁淋巴結 (Para-aortic)

Stage IV: 遠端轉移 (Metastasis)	
IVA	侵犯膀胱或直腸的 黏膜層 (Mucosa)
IVB	腹膜轉移 (Peritoneal carcinomatosis)
IVC	遠端器官轉移 (肺, 肝, 骨, 腹股溝淋巴結)

子宮肉瘤分期 (Uterine Sarcoma Staging)

適用於平滑肌肉瘤 (LMS) 與內膜基質肉瘤 (ESS)

肉瘤分期依據腫瘤大小 (Size) 與器官侷限性，無分子分期修正。

Stage IA		Stage IB	
侷限於子宮 < 5 cm		侷限於子宮 > 5 cm	
Stage IIA/B	擴散至附件或骨盆組織		
Stage III	擴散至腹部組織		
註：腺肉瘤 (Adenosarcoma) 之分期依據侵犯深度 (類似上皮癌)。			

病理報告核心要素 (Pathology Reporting Essentials)

完整的病理報告是決定輔助治療 (放療/化療) 的關鍵。

- ☐ 組織型態 (Histology Type) Endometrioid vs. Serous vs. Sarcoma
- ☐ 惡性度分級 (Grade) G1, G2, G3
- ☐ 肌層侵犯深度 (Invasion Depth) $<50\%$ vs $\geq 50\%$
- ☐ 子宮頸侵犯 (Cervical Involvement) 是否侵犯間質？
- ☐ LVSI (淋巴血管間隙侵犯) 決定是否需要輔助放療的重要因子。
- ☐ 分子標記 (Molecular Profile) POLE, MMR, p53.