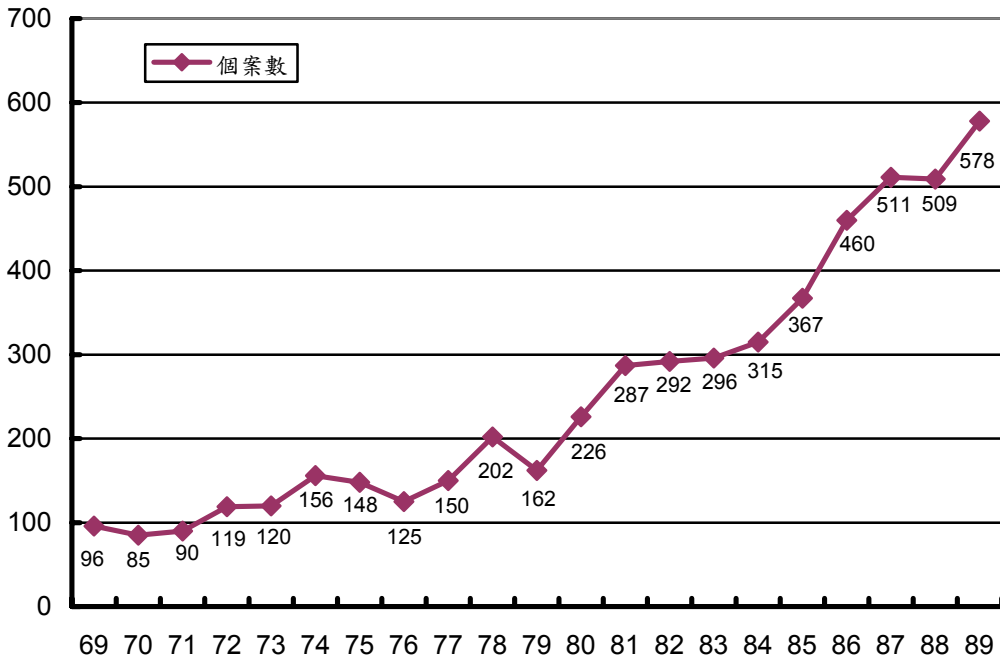


子宮內膜癌臨床指引

一 前言

子宮內膜癌是臺灣女性生殖道癌症中發生率排名第三位的惡性腫瘤，僅次於子宮頸癌及卵巢癌。根據衛生署的統計，子宮體癌（包括子宮內膜癌及其他子宮體惡性腫瘤）歷年的新個案數由 1995 年 315 例、1996 年 367 例、1997 年 460 例、1998 年 511 例、到 1999 年 509 例，到了 2000 年新個案數目更高達 578 例，佔女性生殖器官惡性腫瘤個案數的 7.44%。如果單就內膜癌的發生機率來看，在 1995 年的新病例個數有 250 例、1996 年有 302 例、1997 年有 360 例、1998 年有 383 例、1999 年有 370 例，到了 2000 年病例數目已經上升到 418 例。其間病例個數呈現持續上升之趨勢，在近十年間子宮體癌在女性癌症中，由第 13 位上升至第 10 位的排名。年齡標準化後的發生率由 1996 年之每十萬名婦女 2.5 人、1997 年的十萬分之 3.32、1998 年的十萬分之 4.57、1999 年的十萬分之 4.67、到 2000 年的十萬分之 5.13^[5]。



臺灣地區子宮體癌發生人數報告，民國六十九至八十九年

台灣大部分子宮內膜癌發生在停經後之女性，其好發的年齡中位值是在 52-54 歲，大部分病人其年齡在 45-59 歲之間。雖然 60% 的病例發生在 50 歲之後，但仍有 15% 的病例出現在 40 歲之前^[5]。子宮內膜癌可以發生在生育年齡及其後的任何一個年齡層，但比較好發於更年期或停經後的婦女。美國則只有 30% 發生在停經之前，有 5% 的病例則發生在 40 歲以前^[6]。發生率在 45 歲以後明顯地升高，在 55 到 69 歲之間達到最高點，隨後又降低；平均年齡大約是 61 歲左右^[1]。

70-80% 的子宮內膜癌診斷時僅侷限在子宮^[1,3,6]。其早期症狀主要為停經後之陰道出血，病患會因此早期就醫，與其他女性生殖道惡性腫瘤比較，有較高的存活率，因此有很多的醫師抱持子宮內膜癌是相較之下較為良性之疾病。不過，在嚴謹客觀評估治療後存活結果，明確指出這觀念並不正確。雖然估計美國子宮內膜癌之發生率在十年內沒有太大變化，但是死亡病例卻由 1987 年之 2,900 例倍增至 1998 年之 6,300 例^[1,7]。在 2003 年，美國估計有 40,100 個新病例被診斷出來，有 6,800 例因為子宮內膜癌死亡^[8]。

在台灣而言，民國八十八年，子宮體惡性腫瘤發生個案數佔女性全部惡性腫瘤發生個案數的 0.90%，子宮體惡性腫瘤死亡人數佔女性全部惡性腫瘤死亡人數的 0.27%，當年死因為子宮體惡性腫瘤者共計 80 人。民國八十九年，子宮體惡性腫瘤發生個案數佔全部惡性腫瘤發生個案數的 0.98%，子宮體惡性腫瘤死亡人數佔全部惡性腫瘤死亡人數的 0.25%，發生率的排名於女性為第十位，死亡率的排名於女性為第十七位，八十九年當年死因為子宮體惡性腫瘤者共計 79 人^[5]。雖然因子宮內膜癌而死亡的病例數增加的潛在原因有很多，因此臨床醫師必須分辨那些具高風險預後因子的病人並給予充分治療極為重要，俾以提供病人最佳的長期存活機會^[1]。

二 診斷與評估

超過 90% 的子宮內膜癌病人出現異常陰道出血，且通常是在停經後出現^[6]，因此更年期以及停經後不正常出血的婦女要特別留意子宮內膜癌的可能性^[1]。子宮頸抹片 (Pap smear) 檢測子宮內膜癌的效果並不好，所以子宮頸抹片不是一個很可信賴的子宮內膜癌篩檢程序^[1,2]，雖然有回溯性研究發現因子宮頸抹片而懷疑子宮內膜癌者，往往具有高風險預後因子：包括細胞分化不良 (high-grade)、深部子宮肌層侵襲、以及淋巴結轉移的可能性等^[9,10]。

子宮內膜的組織切片檢查是確認子宮內膜癌診斷的方式。門診的子宮內膜切片有 10% 的偽陰性率，因此有症狀之病人若子宮內膜切片為陰性時^[1]、或是沒法下定論且高度懷疑是惡性癌症時^[3]，必須在麻醉下加做一個分段式擴刮術 (fractional dilatation & curettage，包括子宮頸管及子宮內膜搔括術)^[1,3]。95% 的子宮內膜癌可藉分段式擴刮術診斷出來^[4]。對於子宮內膜搔刮手術無具體病理發現但仍有高度懷疑者，可於子宮腔鏡檢查 (hysteroscopy) 中直接切片檢查以提高診斷率。子宮腔鏡檢查不僅能確定病變的位置和範圍，而且能對可疑病灶直接切片，使得診斷更為正確^[1,11]。

如懷疑子宮內膜癌已侵入子宮內頸組織、或原發自子宮頸內頸的腺癌 (endocervical adenocarcinoma)，除了刮取子宮內膜以外，也要刮取子宮頸管組織 (endocervical tissue)。分段式擴刮術和一般的子宮內膜搔刮術的不同，在於分段式子宮擴刮術在探查子宮腔深度及擴張子宮頸以前就先刮取子宮頸管組織 (endocervical tissue)，以避免和來自子宮內膜的組織混淆；小心完全地刮搔子宮內頸後，才擴張子宮頸管以搔刮子宮腔，而且標本分別送檢。子宮內頸是否波及和腫瘤細胞的分化情形，會影響病人的預後和治療方針^[1]。細胞的分化情形對病情的自然發展史和治療的選擇，有其重要的影響^[2]。

對於異常子宮出血的婦女，超音波檢查對子宮內膜癌的診斷有幫助，此外亦能排除同時存在的子宮附屬器病變之可能性^[3]；子宮內膜的厚度可以經由陰道超音波檢測，如果內膜厚度小於 6 公厘時，則內膜切片可能較少子宮內膜癌的變化^[3]。

對早期子宮內膜癌的基本術前評估，應該包括胸部 X 光、全血球計數 (CBC)、以及生化檢查等。其他的檢查例如膀胱鏡、乙狀結腸鏡、鋇劑浣腸攝影 (barium enema)、腹部超音波、電腦斷層檢查、以及核磁共振等，可用以評估子宮外疾病或轉移的可能性^[1,3]。電腦斷層檢查是目前偵測主動脈旁淋巴結轉移的最佳方法^[4]。核磁共振影像檢查對子宮肌層侵襲深度的評估可能有助益。在有子宮外疾病或為乳突漿液腺癌 (papillary serous adenocarcinoma) 或亮細胞癌 (clear cell carcinoma) 時，或是較晚期之子宮內膜癌^[3]，血清之 CA125 有助於治療後的追蹤^[1,12]。

三 子宮內膜癌分期

國際婦產科聯盟 (International Federation of Gynecology and Obstetrics, FIGO) 的分期系統是最常使用的分期方式，子宮肌層的侵襲程度與癌細胞分化程度以及復發的機會皆有相關^[1,2]。如果因為肥胖和其他內科的原因病人不適合使用外科治療，則分期方式可使用 1970 年的子宮內膜癌之分期。1970 年的子宮內膜癌之分期方式只有使用手術之前評估所獲得的資料，包含理學檢查以及診斷性分段式擴刮術等。

表：1970 年國際婦產科聯盟子宮內膜癌分期系統 (FIGO Clinical Staging System, 1970)

第一期 (Stage 1)	腫瘤侷限在子宮內，包括狹部 (The tumor is limited to the uterine body)
一期上 (Stage 1A)	子宮腔的長度為小於或等於 8 公分 (Uterine cavity measures 8 cm or less)
一期下 (Stage 1B)	子宮腔的長度為 8 公分以上 (Uterine cavity measures greater than 8 cm)
第二期 (Stage 2)	腫瘤侵襲子宮體及子宮頸，但未擴展到子宮外 (Tumor extends to the uterine cervix)
第三期 (Stage 3)	腫瘤擴展到子宮外，但未超出真骨盆腔 (Tumor has spread to the adjacent pelvic structures)
第四期 (Stage 4)	腫瘤擴展到真骨盆腔外 (Bulky pelvic disease or distant spread)
四期上 (Stage 4A)	明顯地侵入膀胱或直腸的黏膜層 (The tumor invades the mucosa of the bladder or rectum)
四期下 (Stage 4B)	擴散到遠處的器官 (Distant metastasis is present)

臨床分期相較手術分期的不準確性：

經過過去的二十餘年來，有很多文獻研究指出，百分之十五到百分之二十病人真實的疾病程度無法藉由臨床分期正確反映^[1,3,13-15]。這些報告指出臨床分期方式經常低估，更重要地藉由手術分期方式，可以分辨多重的預後因子包括：淋巴結轉移、子宮肌層侵襲深度、腹腔內轉移 (intraperitoneal implants)、子宮附件轉移、以及淋巴血管腔侵襲 (lymphovascular space involvement, LVSI) 等，皆無法藉臨床分期確切評估^[3]。所以國際婦產科聯盟在 1988 年提出新的手術分期 (surgical pathological staging classification) 取代自 1970 年使用的臨床分期 (clinical staging system)^[3]，強調手術病理的評估，諸如組織學分級、子宮肌層的侵襲、以及子宮外擴散的程度和位置，包含後腹腔淋巴結轉移，可以更準確地評估疾病的預後。

表：1988 年國際婦產科聯盟子宮內膜癌分期系統 (FIGO Staging System for Endometrial Cancer, 1988)^[3]

第一期 (Stage I)	癌症侷限在子宮內 (Endometrial cancer is carcinoma confined to the corpus uteri)
Stage IA -- G1, G2, G3	癌症侷限在子宮內膜層 (Tumor limited to endometrium)
Stage IB -- G1, G2, G3	癌症侵入子宮肌層一半以內 (Invasion to less than one half of the myometrium)
Stage IC -- G1, G2, G3	癌症侵入子宮肌層一半以上 (Invasion to more than one half of the myometrium)
第二期 (Stage II)	癌症侵襲子宮體及子宮頸，但未擴展到子宮外 (Endometrial cancer involves the corpus and the cervix, but has not extended outside the uterus)
Stage IIA -- G1, G2, G3	只有子宮頸內腔腺體被侵襲 (Endocervical glandular involvement only)
Stage IIB -- G1, G2, G3	侵入子宮頸間質組織 (Cervical stromal invasion)

第三期 (Stage III)	癌症擴展到子宮外，但未超出真骨盆腔 (Endometrial cancer extends outside of the uterus but is confined to the true pelvis)
Stage IIIA -- G1, G2, G3	癌症侵入漿膜層或附屬器官或腹腔細胞學檢查為陽性 (Tumor invades serosa and/or adnexa and/or positive peritoneal cytology)
Stage IIIB -- G1, G2, G3	陰道的轉移 (Vaginal metastases)
Stage IIIC -- G1, G2, G3	轉移到骨盆腔或主動脈旁淋巴結 (Metastases to pelvic and/or paraaortic lymph nodes)
第四期 (Stage IV)	癌症擴展到真骨盆腔外 (Endometrial cancer involves the bladder or bowel mucosa or has metastasized to distant sites)
Stage IVA -- G2, G3	癌症侵入膀胱或腸子的黏膜層 (Tumor invasion of bladder and/or bowel mucosa)
Stage IVB	遠處轉移包括腹腔內或腹股溝淋巴結 (Distant metastases including intraabdominal and/or inguinal lymph nodes)

組織病理學上的分化區別：

Histopathology - Degree of Differentiation

Cases of carcinoma of the corpus should be classified (or graded) according to the degree of histologic differentiation, as follows:

- ◆ 分化良好 G1 = 5% or less of a nonsquamous or nonmorular solid growth pattern
- ◆ 分化中等 G2 = 6% to 50% of a nonsquamous or nonmorular solid growth pattern
- ◆ 分化不良 G3 = more than 50% of a nonsquamous or nonmorular solid growth pattern

④ 治療

1. 首次治療

大部分的子宮內膜癌在診斷時其病灶僅侷限在子宮，如果病患身體狀況適合，一般皆應該實行完整分期手術，包括腹腔內灌洗液的收集，以備細胞學檢查、全子宮切除及雙側輸卵管卵巢切除、骨盆淋巴結摘除合併主動脈旁淋巴結摘除。手術中，腹腔內臟器包括橫膈膜、肝臟、網膜、腸胃道、骨盆腔和腹腔表面，都應該加以仔細地檢視和觸摸^[1]。子宮切除可使用傳統開腹或腹腔鏡協助經陰道方式，其間孰優劣尚未有定論^[4]。目前美國婦科癌症研究組織 (Gynecologic Oncology Group, GOG) 正在以隨機分配方式進行傳統開腹以及使用腹腔鏡施行手術的研究 (GOG #LAP2)。如果子宮頸有肉眼可見的侵襲性病灶或子宮頸組織呈現明顯的侵襲性病灶，則可施行根治性全子宮切除 (radical hysterectomy)；但是若無子宮頸侵襲性病灶，則根治性全子宮切除相較於單純性全子宮切除沒有增加助益。若為乳突狀漿液細胞癌或是亮細胞癌，需加施行網膜切除術 (omentectomy)，術後標本的病理檢查結果，將提供後續治療決策的依據。

2. 淋巴結摘除

手術分期方式中最具爭議性的議題就是骨盆腔及主動脈旁淋巴結摘除與否，對病灶僅侷限於子宮的病人是否需要施行。關鍵在於手術的醫師必須熟悉婦科癌症手術和淋巴結摘除的範圍，有些爭辯認為若腫瘤細胞分化良好且非侵襲性的子宮內膜癌並不需要常規地施行淋巴結摘除，而且特別肥胖的病人在技術上並不適合摘除淋巴結。根據美國婦癌研究組織和其他前瞻性研究指出，淋巴結轉移與預後息息相關。對細胞分化良好或中度且子宮肌層侵襲小於三分之一的腫瘤而言，其骨盆淋巴結轉移的機率为 5% 或更低。至於有子宮肌層外側三分之一侵襲的病人而言，若其腫瘤細胞分化中度則有 19% 淋巴結轉移，而分化不良者有 34%^[16]。

表：Percentage of Pelvic / Aortic Node Metastasis by MI and Grade^[16]

M.I.*	Grade		
	1	2	3
None	0% / 0%**	3% / 3%	0% / 0%
< 1/3	3% / 1%	5% / 4%	9% / 4%
> 2/3	11% / 6%	19% / 14%	34% / 23%

* M.I. = Myometrial invasion depth

** Percentage of Pelvic / Aortic Node Metastasis

根據回溯性研究，骨盆及主動脈旁淋巴結轉移的機率和腫瘤細胞分化程度以及子宮肌層侵襲的深度相關。分化良好的腫瘤，如果手術中冷凍切片顯示僅有少於三分之一子宮肌層侵襲者，或可以免除淋巴結摘除^[17]。除此之外，對於分化中等到分化不良的腫瘤、深層子宮肌層侵襲、子宮頸侵襲或是在手術時懷疑有淋巴結轉移的病患，則建議施行淋巴結摘取^[1]。有研究指出，百分之十五到二十的病患，其術後病理報告中腫瘤細胞分化程度較術前子宮內膜切片或搔刮的細胞分化程度更嚴重^[18]。

 表：術後細胞分化程度相較術前子宮內膜切片或刮搔的細胞分化程度的吻合度比較^[18,19]

D&C Grade	Hysterectomy Grade		
	1	2	3
1	75%	20%	5%
2	23%	65%	11%
3	20%	35%	50%

腫瘤細胞分化程度較差者，經由肉眼評估子宮肌層侵襲的準確性也大為降低。研究指出，肉眼評估肌層侵襲的深度與病理檢查肌層侵襲深度的相關性，在分化良好的腫瘤有 87.3% 的一致性、分化中等為 64.9%、而分化不良者僅有 30.8% [20]。統計指出，只有少於百分之三十的陽性淋巴結在手術中可以被觸摸出來 [15]。不完全的分期手術容易造成潛在的子宮外擴散沒有被發現出來，僅依靠觸摸或是僅僅切除增大的淋巴結通常是不夠的，因為只有百分之十受侵襲的淋巴結可以被觸摸出來，其中 37% 轉移性淋巴結甚至小於或等於 2 毫米 [21]，因此完整的手術分期有其必要性。最近的一項報告也顯示，隨機比較有接受完整淋巴結摘除以及沒有接受淋巴結摘除或是只有小範圍淋巴結取樣的病患，其中接受完整淋巴結摘除之病患其存活較佳，且有統計學上的意義 [22]。其它幾個研究亦指出接受完整淋巴結摘除之病患其存活較佳，後腹腔的復發率也降低 [23-25]。在 4 項研究中皆指出完整淋巴結摘除之病患可減少骨盆放射線治療 (External Beam Radiotherapy, EBRT) 的需要 [7,26-28]。

雖然腫瘤細胞分化良好且無子宮肌層侵襲者其淋巴結轉移機會極低，理想上，腫瘤細胞分化與沒有侵襲性病灶的判定，應該藉由冷凍切片來確認 [1]，手術時如冷凍切片結果呈現細胞分化良好且無子宮肌層侵襲，亦無肉眼下可疑淋巴結病變，可不需施行淋巴結摘除。然而，由於無法在術前及術中對細胞分化程度和子宮肌層侵襲深度予以精準評估，以及淋巴結摘除的潛在性治療助益，並且研究指出合併骨盆淋巴結摘除不會增加整體的併發症 [2,29]。因此建議對所有的病人只要身體狀況許可且沒有淋巴結摘除技術上的困難，都直接接受完整的手術分期 [1-3] 來決定後續的輔助治療。雖然國際婦產科聯盟建議分期手術應包含骨盆淋巴結摘除，以達到精確分期的目的 [3]，然而術前或術中確定有明顯的主動脈旁淋巴結或遠端轉移，且預測病患預後不佳，可考慮不施行骨盆淋巴結摘除。

淋巴結摘除可使用傳統開腹或腹腔鏡，其間孰優劣尚未有定論 [4]。近來，腹腔鏡骨盆以及主動脈旁淋巴結摘除合併腹腔鏡協助經陰道全子宮及兩側輸卵管卵巢切除，被認為是傳統手術之外的另一種方法。這種手術方式應該由有經驗的婦癌科醫

師審慎的評估後施行。接受這種新且較不具侵襲性手術的病人，需長時間的追蹤比較其和傳統開腹手術預後結果的差別^[30]。美國婦癌研究組織目前正在進行比較傳統開腹和使用腹腔鏡進行分期手術間隨機取樣的研究 (GOG #LAP2)，但是結果尚未發表。

3. 身體狀況不適合手術的病人

對身體狀況不允許手術的早期病人，放射線治療包括單獨體外放射線治療 (external beam radiation) 或是合併近接治療 (brachytherapy)，能提供長期的局部控制和延長病人的存活^[31]，放射線治療可合併荷爾蒙治療。對於不適合接受放射線治療的病人，可以單獨給予荷爾蒙治療^[1]。

4. 晚期腫瘤

第三期或第四期的子宮內膜癌，可能在手術前或術中被診斷出來，其治療計畫因人而異。手術可達到腫瘤減積並減輕如出血以及腸道阻塞等症狀。

5. 乳突狀漿液細胞癌和亮細胞癌

子宮乳突狀漿液細胞癌和亮細胞癌被認為是惡性度更高的組織型態，其出現子宮外轉移的機率較高^[32,33]。這兩類癌症通常在術後病理判讀才診斷出來。疾病進展與惡化的模式近似卵巢癌，對這些型態的腫瘤，其手術分期應與卵巢癌所建議的步驟相同，包括詳細檢查整個腹腔及後腹腔淋巴結，因為許多研究指出，在子宮乳突狀漿液細胞癌和亮細胞癌中就算是沒有子宮肌層侵襲，其淋巴結轉移的風險也是增加^[34-36]，同時並做多處隨機腹膜取樣 (random peritoneal biopsy) 與網膜切除，儘可能施行大量的腫瘤減積。

術後輔助治療的選擇是因期別及個人而異^[37]，下述的輔助治療無論任何期別，目前皆仍未有定論。一般而言，對分期 IA 輔助治療的選擇，包括觀察或陰道近接治療、骨盆放射線治療或合併陰道近接治療；對分期 IB、分期 IC 和第二期輔助性治療的選擇，包括骨盆放射線治療、或全腹骨盆放射線治療或合併陰道近接治療。對第三期或已經充分減積的第四期病人，全腹骨盆放射線治療或合併陰道近接治療、或是化學治療或進入臨床試驗^[1]。

五 對接受完整手術分期病人的輔助治療

對於手術分期為第一期和第二期子宮內膜癌的病人，其術後輔助治療目前仍有爭議^[1]。充分的手術分期提供重要的訊息，美國婦癌研究組織一項大規模前瞻性的研究指出：第一期腫瘤若無峽部 (isthmus)、或是淋巴血管腔侵襲，病患 5 年存活率為 92.7%^[38]。完整手術分期已經減少第一期子宮內膜癌病人輔助性治療的使用^[26]。

1. 輔助性放射線治療的角色

為了評估輔助性放射線治療在分期手術確定沒有子宮外轉移的子宮內膜癌所扮演的角色，美國婦癌研究組織完成多家醫學中心的聯合試驗 (GOG #99)，隨機地選擇分期 IB、分期 IC 與隱性第二期病人，比較在手術之後僅追蹤觀察和接受骨盆放射線治療兩者之間的差異；研究顯示接受放射線治療組中有明顯的減少整體的復發率，亦即治療後 2 年內復發機會有明顯降低。但是兩組的整體存活率並沒有統計學上的差異^[39]。另一回溯性研究亦指出在接受完整手術分期之第一期病人中，接受輔助性放射線治療者其骨盆局部控制較佳，但整體存活率並沒有改善^[40]。至於其復發形式 (pattern of failure) 的分析上，發現在觀察組中最初絕大部分的復發侷限於陰道。此外亦有研究發現對於腫瘤僅侷限在子宮的病人而言，不論是否存在其他子宮內風險因子，僅接受陰道近接治療就已經是足夠的輔助性治療^[41]。

2. 復發的風險

一項研究對手術分期侷限於子宮 (第一期和第二期) 的子宮內膜癌病人所做之復發風險評估^[42]，發現其風險因子包括：腫瘤細胞分化不良、腫瘤侵襲子宮肌層深度達三分之一或以上、淋巴血管腔侵襲、及子宮頸基質 (cervical stroma) 侵襲，若有 2 項或以上風險因子的病人，其存活率呈現顯著降低^[42]。至於第三期或第四期的子宮內膜癌病人，本身已具有相當高的復發風險。

3. 給予輔助性放射治療的理由

對接受單純式子宮切除且病灶侷限在子宮的病人而言，其輔助性治療建議是如果腫瘤細胞分化不良與子宮肌層深部侵襲、或合併子宮頸侵襲者，則宜積極給予輔助性治療。其他決定第一期和第二期子宮內膜癌輔助性治療的風險因子，包括淋巴血管腔侵襲、腫瘤體積以及子宮下段侵襲。

至於在術後病理結果確知有子宮外病灶者 (Stage III / IV)，其復發機率會增加，通常需要輔助性治療。如果沒有其餘高風險性的病理表徵 (如：細胞分化較差的腫瘤、子宮肌層深部侵襲、乳突狀漿液細胞和亮細胞組織型態、或是有子宮外病灶)，僅腹腔細胞學檢查呈陽性 (Stage IIIA 中 positive peritoneal cytology) 是否為一項獨立的預後因子一直是個爭議焦點^[38,43]。目前認為如果沒有上述之風險因子，則僅陽性腹腔細胞學檢查結果，臨床上重要性未明，目前尚未確認輔助性治療的價值。

病人若有淋巴結或子宮附件的病灶時，可能需要接受骨盆腔或延展範圍 (extended-field) 的放射線治療^[44]。對於認為有腹腔擴散復發風險者，早期研究認為全腹腔放射線治療似乎對經過謹慎地選擇的病人有所助益^[45,46]。

4. 輔助性化學治療

第三、四期子宮內膜癌的輔助性治療目前尚無明確規範。雖然放射治療被列為一種輔助性治療的選擇，但其對病人整體存活的改善並無明確的證據。因此對第三、四期或遠處復發的子宮內膜癌，輔助性化學治療或許為另一種可行的選擇。

美國婦癌研究組織 GOG #122，研究第三期和僅有腹腔內微小殘存病灶 (minimal residual disease) 的第四期子宮內膜癌之輔助性治療，病人隨機地接受全腹腔骨盆腔放射線治療或是接受 doxorubicin 和 cisplatin 化學治療，初步結果顯示接

受化學治療病人其兩年無疾病進展存活率 (progression free survival) 及兩年整體存活率，較接受放射線治療者，統計學上有明顯的提高，但是化學治療的毒性以及副作用較大，這是化學治療在晚期子宮內膜癌首次受到肯定^[47,48]。

六 對未接受完整手術分期病人的輔助治療

在廣泛使用完整手術病理分期之前，已經有許多研究顯示腫瘤細胞分化與子宮肌層的侵襲深度和子宮內膜癌的預後有顯著相關。這些知識形成對於選擇後續輔助治療的早期基礎，傳統的輔助治療包含體外骨盆放射線治療或合併近接治療^[1]。

曾有研究指出，對接受經腹式全子宮切除及雙側卵巢輸卵管切除的子宮內膜癌病人，對於腫瘤細胞分化良好且子宮肌層淺層侵襲的病人只接受陰道近接治療，而腫瘤細胞分化不良且有較深的子宮肌層浸潤者則接受陰道近接和體外放射線治療，其結果顯示二者預後相似。因此建議具有高風險因子之病人，給予體外放射線治療^[49,50]。

1980 年，針對沒有接受淋巴結取樣的第一期子宮內膜癌病人的第三相人體試驗，病人隨機接受陰道近接治療或合併體外放射線治療；雖然體外放射線治療並未增加病患整體 5 年存活率，但對骨盆腔控制 (pelvic control) 有一些改善^[51]。2000 年歐洲之一項多家醫學中心的聯合試驗研究 (PORTEC Study Group)，715 例沒有接受淋巴結取樣的第一期子宮內膜癌病人，隨機地選擇比較在手術之後僅追蹤觀察和接受骨盆放射線治療 (46 Gy) 兩者之間的差異，研究顯示接受放射線治療組中有明顯的減少復發率，亦即治療後 2 年內局部復發機會有明顯降低。但是兩組的整體存活率，並沒有統計學上的差異^[52]。此一 PORTEC 研究在其後追蹤發現，8 年整體存活率接受放射線治療組為 71%，對照組為 77% ($P = 0.18$)，8 年遠端轉移率 10% 及 6% ($P = 0.20$)，兩項皆無統計學上差異。但是在局部復發之後再接受治療的病人，若先前已接受放射線治療組 5 年存活率為 43%，不過之前未接受放射線治療的對照組 5 年存活率為 65%，亦即之前未接受放射線治療的病人復發後之 5 年存活率較佳^[53]。

七 手術後追蹤監控

子宮內膜癌手術後追蹤監控建議的合理時程包含^[54]：前兩年每 3 個月返診一次，第三年至五年每 6 個月返診一次，之後每年返診一次。陰道細胞學檢查每 6 個月一次連續 2 年，之後每年 1 次。胸部 X 光檢查每 6-12 月一次連續 2 年，之後每 1 年一次；有懷疑復發時可安排電腦斷層或核磁共振檢查。如果 CA125 在一開始時有升高，則每次追蹤時應該要重複檢驗^[55-58]。

文獻回顧中對臨床上第一期和第二期子宮內膜癌的病人術後追蹤，約有 15% 的復發率^[59]。其中 58% 的這些病人復發時已有出現症狀；大部分的復發在治療後 3 年內發生。病人如有與疾病復發相關症狀諸如陰道、膀胱或直腸出血，食慾減低，體重下降，骨盆、腹部、髖部或背部的疼痛，咳嗽，呼吸急促，以及腹部或腿部腫脹等症狀，皆應立即接受評估，且不應將評估延後至下一次預定返診的時間。

八 子宮內膜癌患者更年期症狀之治療

雌激素低下常與發熱、潮紅、情緒不穩易怒、陰道乾澀、性交困難、骨盆生殖器官軟組織萎縮、骨質疏鬆、及增加心血管疾病有關。停經後女性的雌激素治療顯示可以減少或逆轉這些現象及症狀。

因為子宮內膜癌，在歷史上一一直被認為是一個與雌激素相關聯的惡性腫瘤^[60,61]，因為害怕導致較高的復發率，所以對於已經成功地治療的這些病人而言，通常排除雌激素補充治療的需要。不過，雌激素補充治療對於這類有停經後症狀的病人而言，是否安全至今仍無定論；而子宮內膜癌病人在術後接受雌激素補充治療，是否有較高的復發率也仍未被證實^[62-64]。

目前正在進行一個跨組織關於第一期或第二期子宮內膜癌接受雌激素補充治療議題人體試驗的第三相研究 (GOG137 / ECOG #GO137)，尚待其結果以釐清疑慮。

九 復發或轉移疾病的治療

子宮內膜癌復發大多數發生在診斷後的三年內，有 90% 發生在五年內。以位置來看，有一半的復發發生在骨盆腔及陰道；骨盆腔以外的復發則以肺部、上腹部、骨骼比較常見。對於局部復發可以用放射線治療，對於擴散型的復發則要靠化學或荷爾蒙治療。手術治療之後侷限在骨盆腔的復發，應該評估手術清除的可能性並合併放射線治療或僅接受放射線治療。有報告指出，陰道復發接受放射線治療之後整體存活率約為 40%，倘若有骨盆腔擴散或是骨盆腔淋巴結侵襲者其預後更差^[65]。在放射線治療之後侷限在骨盆的復發並不常見，對於這些病人的處置仍然是沒有定論。

對於先前接受體外放射線治療的病人，其建議的補救治療包括：骨盆腔臟器剷除術或合併術中放射線治療 (Intraoperative radiotherapy, IORT)、緩解性放射線治療、荷爾蒙治療、或是化學治療。就根除性的手術而言，例如骨盆腔臟器剷除術有報告指出其存活率約略為 20%^[66]，如果復發的位置沒有接受過放射線治療，或是僅有接受近接治療，宜施行手術或合併術中放射線治療；如果可行，要考慮盡可能手術切除；至於合併近接治療的放射線治療則是另一種治療的選擇。如果復發部位在陰道，或是有合併骨盆腔淋巴結侵襲，可能需要像是合併陰道近接治療的骨盆放射線治療之附加治療。如果復發位置在上腹部或是腹腔侵襲，顯微殘存病灶需要包括全腹骨盆放射線治療。不過，上腹部肉眼可見的殘存病灶需要較積極的補救治療。單一可切除的轉移病灶可以用手術切除治療或合併放射線治療，更多更廣的復發或是無法切除的單一轉移病灶可以依照瀰漫性轉移來治療。

對於全身性轉移的處理通常採取緩解性治療，治療的原則包含：用放射線治療來改善有症狀的轉移部位、疼痛控制、以及加入例如安寧療護的支持。轉移性病灶的荷爾蒙治療，主要是黃體素製劑的使用，不過沒有較佳的特定藥物、劑量或服用方式。對於使用荷爾蒙治療轉移性病灶的反應好壞，其主要預估因子是腫瘤分化較佳、較晚的復發時間、復發的位置和骨盆腔外 (尤其是肺部) 的轉移。

對於沒有症狀或是低度瀰漫的轉移，倘若動情激素和黃體激素受體呈現陽性，使用黃體素製劑的荷爾蒙治療反應很好^[67]。合成的黃體素類製劑（參考表格）常被用在治療晚期及復發的子宮內膜癌。綜合各統計結果，大約有 10-30% 的病人會有反應，可以延長存活時間。在有反應的病人中，腫瘤絕大部分都具有很強的黃體素受體活性，而沒有反應的病人則幾乎沒有黃體素受體活性。分化良好的癌細胞具有較強的黃體素受體活性，對黃體素類製劑也有比較強的反應。Tamoxifen 對於標準黃體素治療沒有反應的病人有 20% 反應率^[68]，目前常用的製劑包括 17 α -hydroxyprogesterone、medroxyprogesterone 和 megestrol acetate。近年來也有學者提出以 tamoxifen、danazol 等 anti-estrogenic agents 來治療子宮內膜癌。不過這些荷爾蒙治療並沒有接受完整的研究，所以使用荷爾蒙製劑的子宮內膜癌輔助治療仍然尚未完全證實^[69]。如果在荷爾蒙治療之後發現疾病惡化，則應考慮化學治療。不過，臨床試驗或是最好的支持性照護，對於瀰漫性轉移復發以及對荷爾蒙治療與化學治療反應不佳的病人是最恰當的處理。

表：常用的子宮內膜癌荷爾蒙治療^[70]

Agent	Dose / Schedule	Response rate (range) %
Megestrol acetate	40 mg p.o. QID	20 (1-56)
Medroxyprogesterone	200 mg p.o. QD	25 (14-53)
Tamoxifen	20 mg p.o. BID	18 (0-53)

對於有明顯轉移症狀或是大體積的瀰漫性轉移，化學治療或合併放射線治療通常用來緩解症狀。如果兩種化學治療處方失敗後，病人宜接受支持性照護或是參與適當的臨床試驗。

⑩ 晚期和復發疾病的化學治療

化學治療對於子宮內膜癌的效果仍有待進一步研究，目前常使用的單一劑型包含 cisplatin、carboplatin、doxorubin、cyclophosphamide、5-fluorouracil 或是 paclitaxel 等。也有人再加上荷爾蒙療法，其效果仍有待評估。這些化學治療藥劑在晚期子宮內膜癌其反應率約在 21-36%，不過單一劑型的化學治療並沒有被證實能夠改善生活品質或是延長存活。

合併 doxorubicin 以及 cisplatin / carboplatin，或同時併用 cyclophosphamide，其反應率約 31-81%。在這臨床試驗之下，病人平均存活約一年^[71,72]，至於合併使用 cisplatin 和 paclitaxel 的研究正在進行中。在子宮內膜癌中合併的化學治療處方應該正確清楚的使用並且小心注意毒性的發生。至於生物治療和分子治療 (biologic and molecular therapies)，至今尚未證實對復發或是轉移性子宮內膜癌的治療有其角色。

表：子宮內膜癌常用的化學治療處方^[70]

Single regimen	Dose	Schedule	Approximate response rate
Cisplatin	50	q 3 wks	21%
Carboplatin	AUC 4-5	q 4 wks	28%
Doxorubicin	60	q 3 wks	26%
Ifosfamide	1500 (3-5 d)	q 3-4 wks	24%
Paclitaxel	175 (3 hr)	q 3-4 wks	36%
Combination regimen	Dose / mg/m ²	Schedule	Approximate response rate
Doxorubicin + CDDP	60 / 50	q 3-4 wks	42%
Paclitaxel + CDDP	135 (24 hr) / 75	q 3-4 wks	67%*
Paclitaxel + Carboplatin	175 (3 hr) / AUC 5	q 3-4 wks	63%
Cyclophosphamide + Doxorubicin + CDDP	400-600 / 50 / 50	q 3-4 wks	45%

* Progression-free survival 8 months

十一 參考文獻

- [1] NCCN (National Comprehensive Cancer Network) Practice Guidelines in Oncology version 1. 2003 in Endometrial Cancer.
- [2] NCI (National Cancer Institute) Endometrial Cancer Treatment, Health Professional Version (Date last modified: 03/06/2003).
- [3] Federation Internationale de Gynecologie et d'Obstetrique Reprinted from the International Journal of Gynecology and Obstetrics, Vol 28, Cancer Committee to the General Assembly of FIGO, Annual Report on the Results of Treatment in Gynecological Cancer, pp. 189-190, 1989; FIGO staging for corpus cancer. Br J Obstet Gynaecol 99(5): 440, 1992; FIGO staging classifications and clinical practice guidelines in the management of gynecologic cancers. Int J Gynecol Obstet 70(2000): 229-237.
- [4] Standards, Options and Recommendations. Clinical practice guidelines for cancer care from the French National Federation of Cancer (FNCLCC). Cancer of the endometrium, British Journal of Cancer 2001; 84(Suppl 2):31-36.
- [5] the Taiwan Cancer Registry, by the National Department of Health, Cancer Registry Annual Report.
- [6] Guidelines for referrals, The Society of Gynecologic Oncologists, Gynecologic Oncology 78, S1-S13 (2000).
- [7] Podratz KC, Mariani A, Webb MJ. Editorial: Staging and therapeutic value of lymphadenectomy in endometrial cancer. Gynecol Oncol 1998; 70:163-164.
- [8] Jemal A, Murray T, Samuels A, et al. Cancer Statistics, 2003. CA Cancer J Clin 2003; 53:5-26.
- [9] DuBeshter B, Warshal DP, Angel C, et al. Endometrial carcinoma: the relevance of cervical cytology. Obstet Gynecol 77(3):458-462, 1991.
- [10] Larson DM, Johnson KK, Reyes CN, et al. Prognostic significance of malignant cervical cytology in patients with endometrial cancer. Obstet Gynecol 84(3): 399-403, 1994.
- [11] Gimpelson RJ, Rappold HO. A comparative study between panoramic hysterectomy with directed biopsies and dilatation and curettage: A review of 276 cases. Am J Obstet Gynecol 1998; 158:489-492.
- [12] Duk JM, Aalders JG, Fleuren GJ, et al. CA 125: A useful marker in endometrial carcinoma. Am J Obstet Gynecol 1986; 155:1097-1102.
- [13] Boronow RC, Morrow CP, Creasman WT, et al. Surgical staging in endometrial cancer: Clinical-pathologic findings of a prospective study. Obstet Gynecol 1984; 63: 825-832.

- [14] Cowles TA, Magrina JF, Masterson BJ, et al. Comparison of clinical and surgical-staging in patients with endometrial carcinoma. *Obstet Gynecol* 1985; 66:413-416.
- [15] Creasman WT, Morrow CP, Bundy BN, et al. Surgical pathologic spread patterns of endometrial cancer: A Gynecologic Oncology Group study. *Cancer* 1987; 60:2035-2041.
- [16] Creasman WT, Morrow CP, Bundy BN, et al. Surgical pathologic spread patterns of endometrial cancer: A Gynecologic Oncology Group study. *Cancer* 1987; 60:2035-2041.
- [17] Eltabbakh GH, Piver MS, Hempling RE, et al. Excellent long-term survival and absence of vaginal recurrences in 332 patients with low-risk stage I endometrial adenocarcinoma treated with hysterectomy and vaginal brachytherapy without formal staging lymph node sampling: report of a prospective trial. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 38(2):373-380, 1997.
- [18] Daniel AG, Peters WA III. Accuracy of office and operating room curettage in the grading of endometrial carcinoma. *Gynecol Oncol* 1988; 71:612-614.
- [19] Sant Cassia LJ, Weppelmann B, Shingleton H, et al. Management of early endometrial carcinoma. *Gynecol Oncol*. 1989 Dec; 35(3):362-366.
- [20] Goff BA, Rice LW. Assessment of depth of myometrial invasion in endometrial adenocarcinoma. *Gynecol Oncol* 1990; 38:46-48.
- [21] Girardi F, Petru E, Heydarfadai M, et al. Pelvic lymphadenectomy in the surgical treatment of endometrial cancer. *Gynecol Oncol* 49:177-180, 1993.
- [22] Kilgore LC, Partridge EE, Alvarez RD, et al. Adenocarcinoma of the endometrium: Survival comparisons of patients with and without pelvic node sampling. *Gynecol Oncol* 1995; 56:29-33. / COSA-NZ-UK, *Int J Gynecol Cancer* 6:102, 1996.
- [23] Chuang L, Burke TW, Tornos C, et al. Staging laparotomy for endometrial carcinoma: assessment of retroperitoneal lymph nodes. *Gynecol Oncol*. 1995 Aug; 58(2):189-193.
- [24] Mohan DS, Samuels MA, Selim MA, et al. Long-term outcomes of therapeutic pelvic lymphadenectomy for stage I endometrial adenocarcinoma. *Gynecol Oncol*. 1998 Aug; 70(2):165-171.
- [25] Mariani A, Webb MJ, Galli L, et al. Potential therapeutic role of para-aortic lymphadenectomy in node-positive endometrial cancer. *Gynecol Oncol*. 2000 Mar; 76(3):348-356.
- [26] Gretz HF III, Economos K, Husain A, et al. The practice of surgical staging and its impact on adjuvant treatment recommendations in patients with stage I endometrial carcinoma. *Gynecol Oncol* 1996; 61:409-415.
- [27] Orr JW Jr, Holimon JL, Orr PF. Stage I corpus cancer: is teletherapy necessary? *Am*

J Obstet Gynecol. 1997 Apr; 176(4):777-788; discussion 788-789.

- [28] Berclaz G, Hanggi W, Kratzer-Berger A, et al. Lymphadenectomy in high risk endometrial carcinoma stage I and II: no more morbidity and no need for external pelvic radiation. *Int J Gynecol Cancer*. 1999 Jul; 9(4):322-328.
- [29] Homesley HD, Kadar N, Barrett RJ, et al. Selective pelvic and periaortic lymphadenectomy does not increase morbidity in surgical staging of endometrial carcinoma. *Am J Obstet Gynecol* 167(5):1225-1230, 1992.
- [30] Childers JM, Brzechffa PR, Hatch KD, et al. Laparoscopically assisted surgical staging (LASS) of endometrial cancer. *Gynecol Oncol* 1993; 71:612-614.
- [31] Fishman DA, Roberts KB, Chambers JT, et al. Radiation therapy as exclusive treatment for medically inoperable patients with stage I and II endometrioid carcinoma of the endometrium. *Gynecol Oncol* 1996; 61:189-196.
- [32] Goff BA, Kato D, Schmidt RA, et al. Uterine papillary serous carcinoma: Patterns of metastatic spread. *Gynecol Oncol* 1994; 53:264-268.
- [33] Hendrickson MR, Longacre TA, Kempson RL. Uterine papillary serous carcinoma revisited. *Gynecol Oncol* 1994; 54:261-263.
- [34] Takeshima N, Hirai Y, Tanaka N, et al. Pelvic lymph node metastasis in endometrial cancer with no myometrial invasion. *Obstet Gynecol*. 1996 Aug; 88(2):280-282.
- [35] Cirisano FD Jr, Robboy SJ, Dodge RK, et al. The outcome of stage I-II clinically and surgically staged papillary serous and clear cell endometrial cancers when compared with endometrioid carcinoma, *Gynecol Oncol*. 2000 Apr; 77(1):55-65.
- [36] Gehrig PA, Groben PA, Fowler WC Jr, et al. Noninvasive papillary serous carcinoma of the endometrium, *Obstet Gynecol*. 2001 Jan; 97(1):153-157.
- [37] Grice J, Ek M, Greer BE, et al. Uterine papillary serous carcinoma (UPSC): Evaluation of long-term survival in 36 surgically staged patients. *Gynecol Oncol* 1998; 69:69-73.
- [38] Morrow CP, Bundy BN, Kurman RJ, et al. Relationship between surgical-pathological risk factors and outcome in clinical stage I and II carcinoma of the endometrium: A Gynecologic Oncology Group study. *Gynecol Oncol* 1991; 40:55-65.
- [39] Roberts JA, Brunetto VL, Keys HM, et al. A phase III randomized study of surgery vs. surgery plus adjunctive radiation therapy in intermediate risk endometrial adenocarcinoma (GOG no. 99). (Abstract presented at the 29th annual meeting of the Society of Gynecologic Oncologists, Orlando, Florida, Feb 1998). *Gynecol Oncol* 1998; 68(1):135.
- [40] Marchetti DL, Caglar H, Driscoll DL, et al. Pelvic radiation in stage I endometrial adenocarcinoma with high-risk attributes. *Gynecol Oncol* 37(1):51-54, 1990.
- [41] Chadha M, Nanavati PJ, Liu P, et al. Patterns of failure in endometrial carcinoma

- stage IB, grade 3 and IC patients treated with postoperative vaginal vault brachytherapy. *Gynecol Oncol* 1999; 75:103-107.
- [42] Kadar N, Homesley HD, Malfetano JH. Positive peritoneal cytology is an adverse factor in endometrial carcinoma only if there is other evidence of extrauterine disease. *Gynecol Oncol* 1992; 46:145-149.
- [43] Kadar N, Malfetano JH, Homesley HD. Determinants of survival of surgically staged patients with endometrial carcinoma histologically confined to the uterus: Implications for therapy. *Obstet Gynecol* 1992; 80:655-659.
- [44] Greven KM, Lanciano RM, Corn B, et al. Pathologic stage III endometrial carcinomaprognostic factors and patterns of recurrence. *Cancer* 1993; 71:3697-3702.
- [45] Gibbons S, Martinez A, Schray M, et al. Adjuvant whole abdominopelvic irradiation for high-risk endometrial carcinoma. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1991; 21:1019-1025.
- [46] Greer BE, Hamberger AD. Treatment of intraperitoneal metastatic adenocarcinoma of the endometrium by the whole-abdomen moving-strip technique and pelvic boost irradiation. *Gynecol Oncol* 1983; 16:365-373.
- [47] Randall ME, Brunetto G, Muss H, et al. Whole abdominal radiotherapy versus combination doxorubicin-cisplatin chemotherapy in advanced endometrial carcinoma: a randomized phase III trial of the gynecologic oncology group. Program and abstracts of the 39th Annual Meeting of the American Society of Clinical Oncology; May 31-June 3, 2003; Chicago, Illinois. Abstract 3.
- [48] Watkins-Bruner D, Barsevick A, Tian C, et al. Quality of life trade-off to incremental gain in survival on gynecologic oncology group (GOG) protocol 122: whole abdominal irradiation (WAI) vs. doxorubicin-platinum (AP) chemotherapy in advanced endometrial cancer. Program and abstracts of the 39th Annual Meeting of the American Society of Clinical Oncology; May 31-June 3, 2003; Chicago, Illinois. Abstract 1803.
- [49] Kucera H, Vavra N, Weghapt K. Benefit of external irradiation in pathologic stage I endometrial carcinoma: A prospective clinical trial of 605 patients who received postoperative vaginal irradiation and additional pelvic irradiation in the presence of unfavorable prognostic factors. *Gynecol Oncol* 1990; 38:99-104.
- [50] Carey MS, O'Connell GJ, Johanson CR, et al. Good outcome associated with a standardized treatment protocol using selective postoperative radiation in patients with clinical stage I adenocarcinoma of the endometrium. *Gynecol Oncol* 1995; 57: 138-144.
- [51] Aalders J, Abeler V, Kolstad P, et al. Postoperative external irradiation and prognostic parameters in stage I endometrial carcinoma. Clinical and histopathologic study of 540 patients. *Obstet Gynecol* 1980; 56:419-427.
- [52] Creutzberg CL, van Putten WL, Koper PC, et al. Surgery and postoperative

radiotherapy versus surgery alone for patients with stage-1 endometrial carcinoma: multicentre randomised trial. PORTEC Study Group. Post Operative Radiation Therapy in Endometrial Carcinoma. *Lancet* 355 (9213): 1404-1411, 2000.

- [53] Creutzberg CL, van Putten WL, Koper PC, et al. PORTEC Study Group. Survival after relapse in patients with endometrial cancer: results from a randomized trial. *Gynecol Oncol*. 2003 May; 89(2):201-209.
- [54] Barnhill D, O'Connor D, Farley J, et al. Clinical surveillance of gynecologic cancer patients. *Gynecol Oncol* 1992; 46:275-280.
- [55] Podczaski E, Kaminski P, Gurski K, et al. Detection and patterns of treatment failure in 300 consecutive cases of "early" endometrial cancer after primary surgery. *Gynecol Oncol* 1992; 47:323-327.
- [56] Shumsky AG, Stuart GC, Brasher PM, et al. An evaluation of routine follow-up of patients treated for endometrial carcinoma. *Gynecol Oncol* 1994; 55:229-233.
- [57] Berchuck A, Anspach C, Evans AC, et al. Postsurgical surveillance of patients with FIGO stage I / II endometrial adenocarcinoma. *Gynecol Oncol* 1995; 59:20-22.
- [58] Reddoch JM, Burke TW, Morris M, et al. Surveillance for recurrent endometrial carcinoma: Development of a follow-up scheme. *Gynecol Oncol* 1995; 59:221-225.
- [59] Greer BE, Goff BA, Koh W-J. Endometrial carcinoma. In: Johnson FE, Virgo KS, eds. *Cancer Patient Follow-up*. St. Louis: Mosby 1997:357-377.
- [60] Smith DC, Prentice R, Thompson DJ, et al. Association of exogenous estrogen and endometrial cancer. *Engl J Med* 1975; 293:1164-1167.
- [61] Ziel HK, Finkle WD. Increased incidence of endometrial carcinoma among users of conjugated estrogens. *N Engl J Med* 1975; 293:1167-1170.
- [62] Creasman WT, Henderson D, Hinshaw W, et al. Estrogen replacement therapy in the patient treated for endometrial cancer. *Obstet Gynecol* 1986; 67:326-330.
- [63] Lee RB, Burke TW, Parke RC. Estrogen replacement therapy following treatment for stage I endometrial carcinoma. *Gynecol Oncol* 1990; 36:189-191.
- [64] Chapman JA, DiSaia PJ, Osann K, et al. Estrogen replacement in surgical stage I and II endometrial cancer survivors. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175:1195-1200.
- [65] Poulsen MG, Roberts SJ. The salvage of recurrent endometrial carcinoma in the vagina and pelvis. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1988; 15:809-813.
- [66] Barakat RR, Goldman NA, Patel DA, et al. Pelvic exenteration for recurrent endometrial cancer. *Gynecol Oncol* 1999; 75(1):99-102.
- [67] Kauppila A. Oestrogen and progestin receptors as prognostic indicators in endometrial cancer. A review of the literature. *Acta Oncol* 1989; 28:561-566.
- [68] Quinn MA, Campbell JJ. Tamoxifen therapy in advanced / recurrent endometrial carcinoma. *Gynecol Oncol* 1989; 32:1-3.

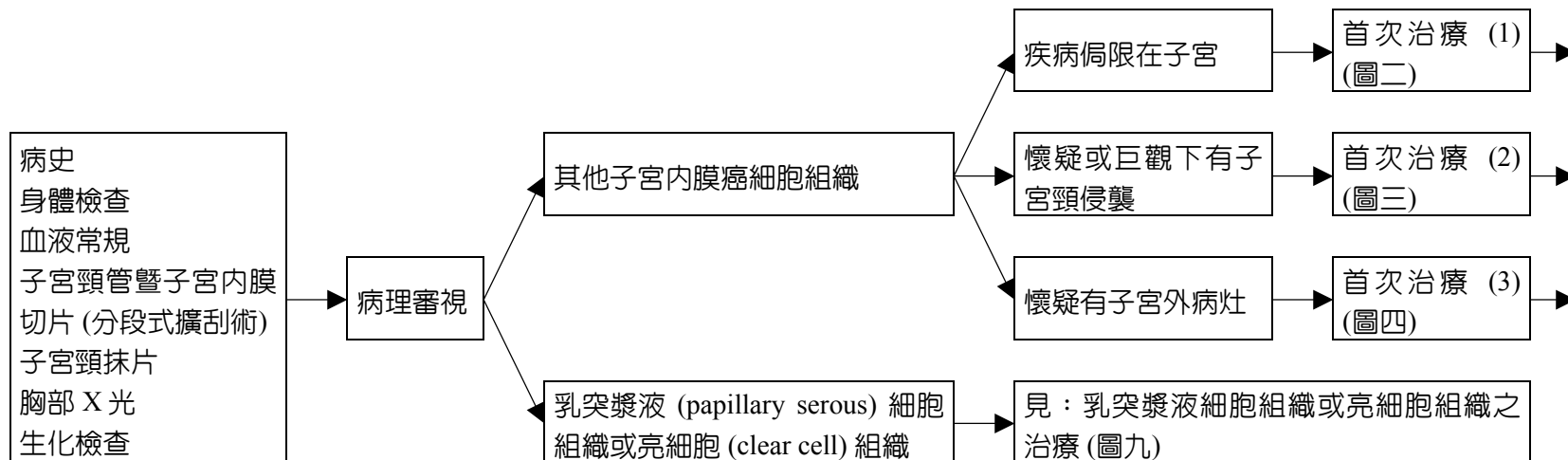
- [69] Quinn MA. Hormonal treatment of endometrial cancer. *Hematol Oncol Clin North Am* 1999; 13:163-187.
- [70] Barakat RR, Bevers MW, Gershenson DM, et al. Memorial Sloan-Kettering Cancer Center & MD Anderson Cancer Center, *Handbook of Gynecologic Oncology*, 2nd edition, 2002.
- [71] Muss HB. Chemotherapy of metastatic endometrial cancer. *Semin Oncol* 1994; 21(1): 107-113.
- [72] Reddy SP, Kudelka AP, Gonzalez de Leon C, et al. Tumors of the uterine corpus. In Pazdur R, ed *Medical Oncology: A Comprehensive Review*. Huntington, New York: PRR 1996: 407-416.

子宮內膜癌臨床指引

國家衛生研究院 臺灣癌症臨床研究合作組織 (2004 年版)

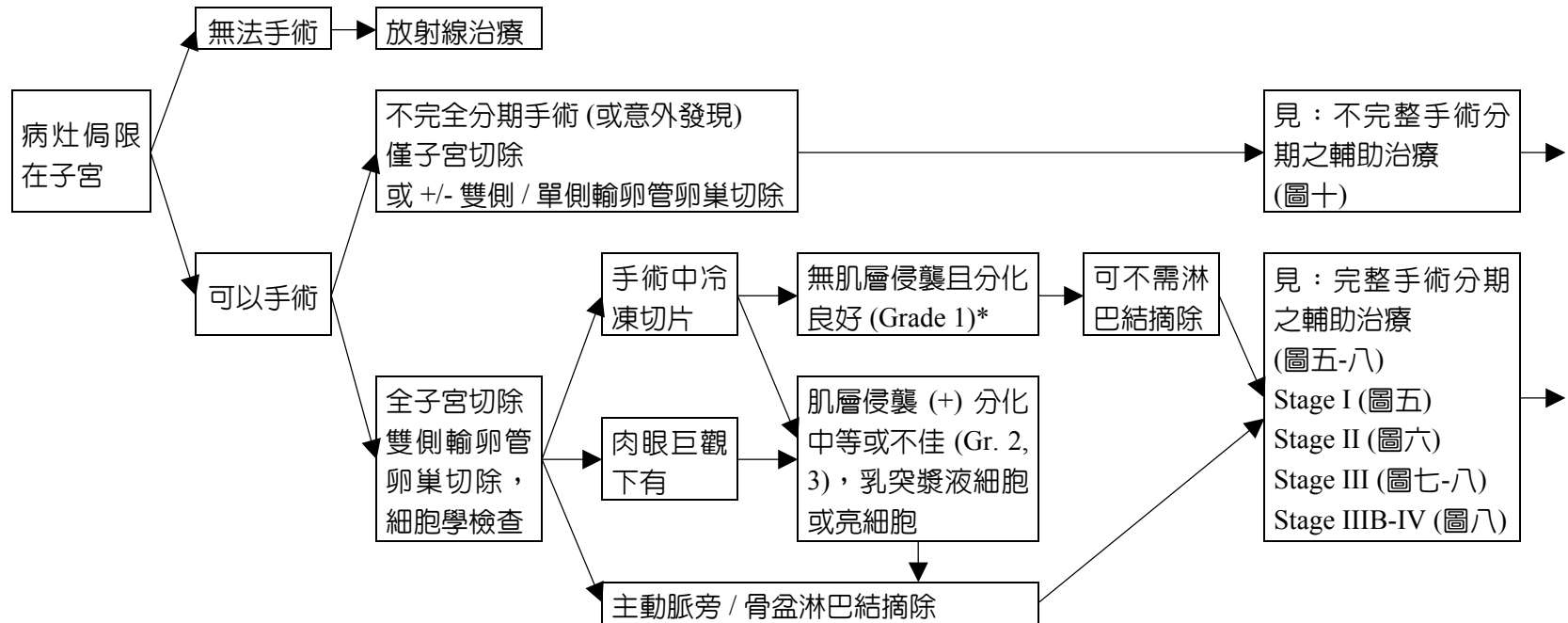
初步評估

初步臨床發現



圖一

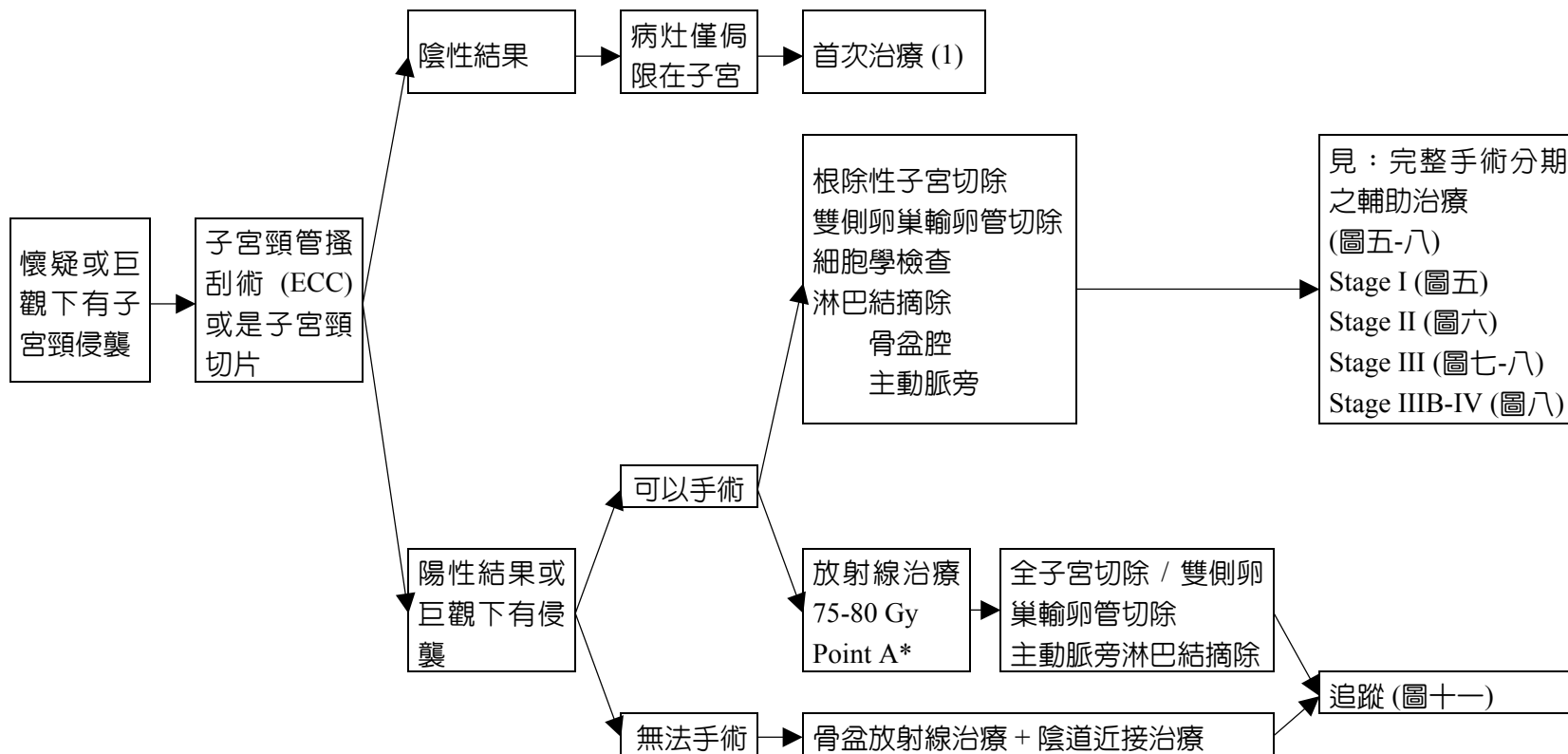
首次治療 (1)



圖二

* : 仍未定論

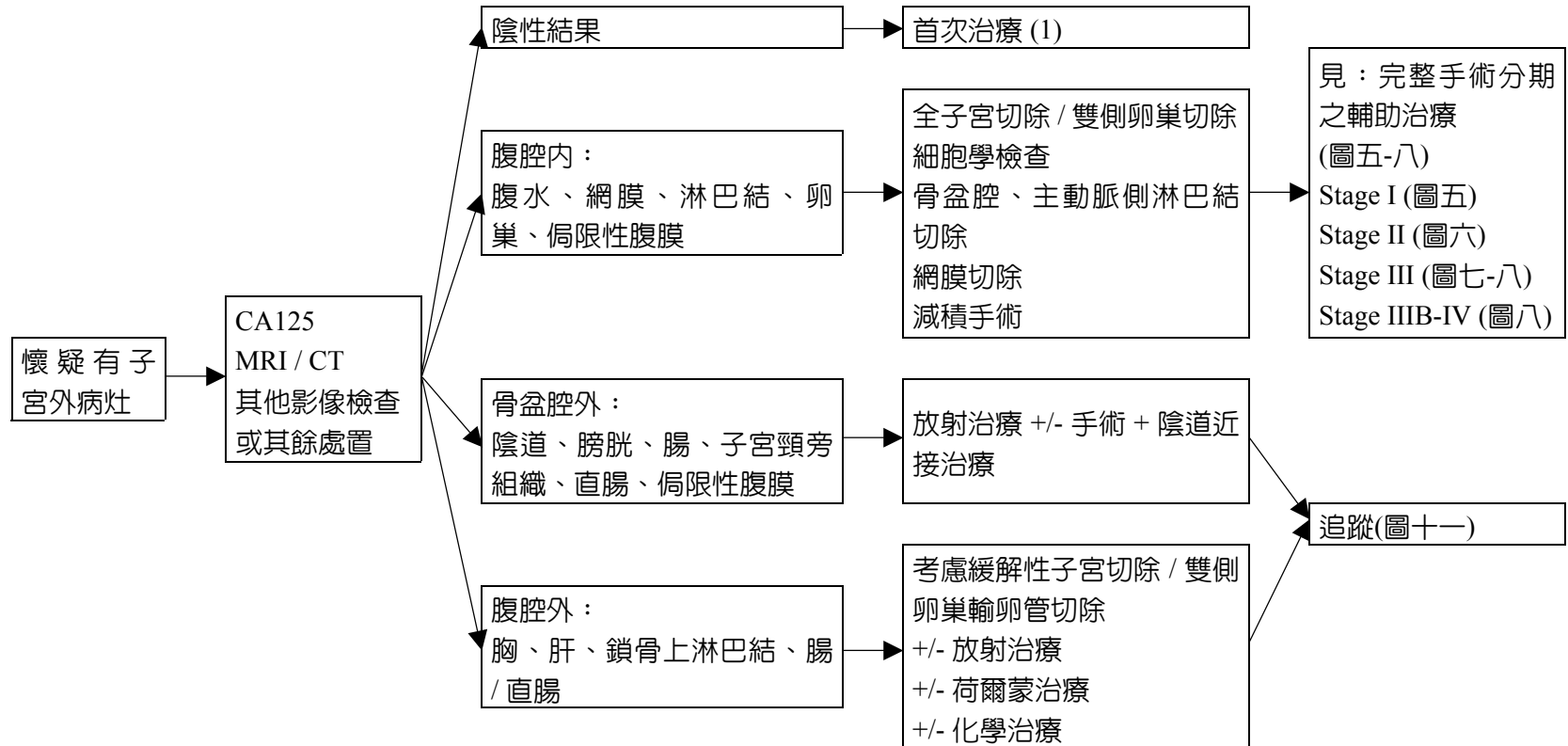
首次治療 (2)



*：仍未定論

圖三

首次治療 (3)



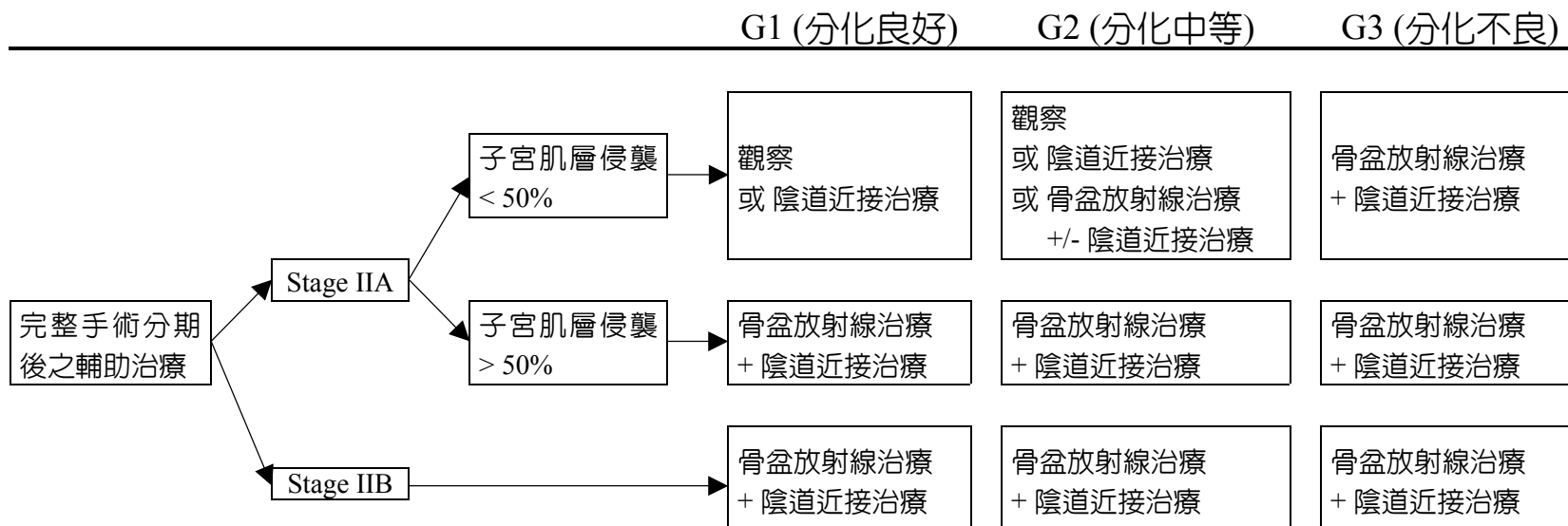
圖四

		G1 (分化良好)	G2 (分化中等)	G3 (分化不良)
完整手術分期後之輔助治療	Stage IA	觀察	觀察	觀察 或 陰道近接治療 或 骨盆放射線治療 +/- 陰道近接治療*
	Stage IB	觀察 或 陰道近接治療	觀察 或 陰道近接治療 或 骨盆放射線治療 +/- 陰道近接治療*	觀察 或 陰道近接治療 或 骨盆放射線治療 +/- 陰道近接治療*
	Stage IC	觀察 或 陰道近接治療 或 骨盆放射線治療 +/- 陰道近接治療*	觀察 或 陰道近接治療 或 骨盆放射線治療 +/- 陰道近接治療*	骨盆放射線治療 +/- 陰道近接治療*

圖五

骨盆放射線治療 +/- 陰道近接治療：可用於下列復發風險高之情況，其危險因子包括：年齡 60 歲以上、腫瘤侵襲子宮肌層深度達三分之二或以上、淋巴血管腔侵襲、較大腫瘤 (2 公分以上)。

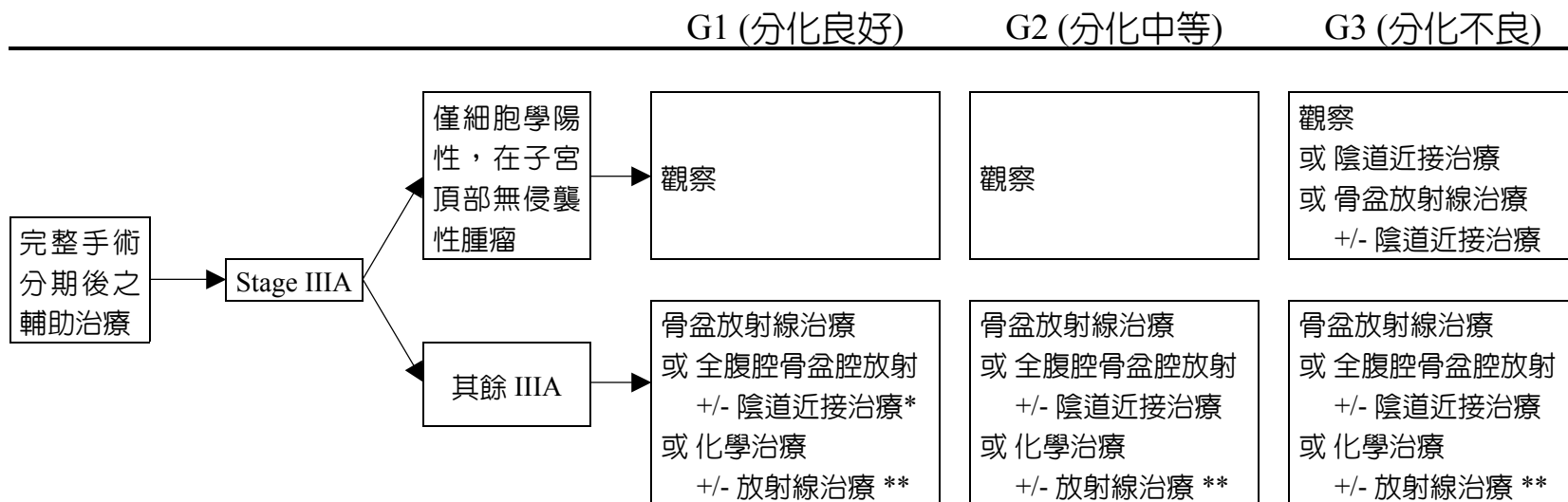
*：仍未定論



圖六

子宮內膜癌臨床指引

國家衛生研究院 臺灣癌症臨床研究合作組織 (2004 年版)

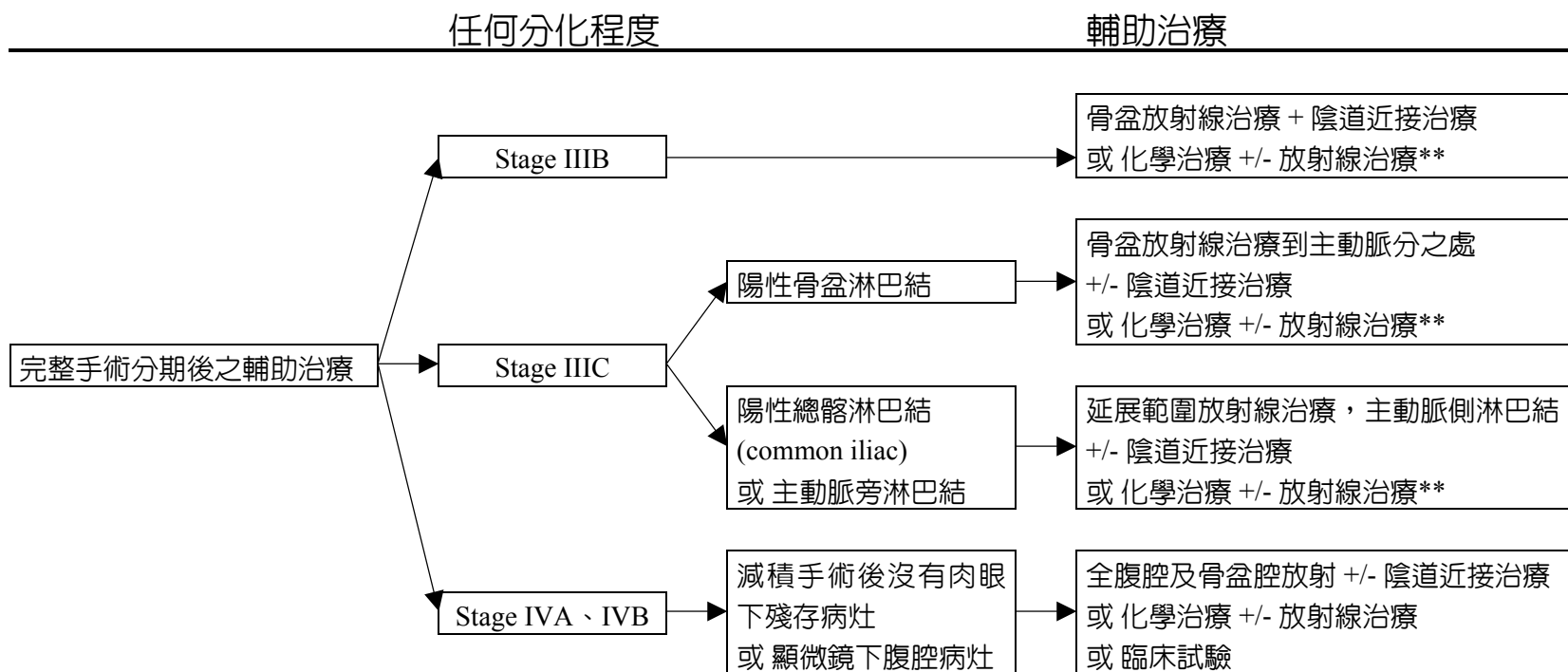


圖七

化學治療 +/- 放射線治療**：一般適行於臨床試驗之情況 (on protocol only)

*：仍未定論

**：尚有爭議

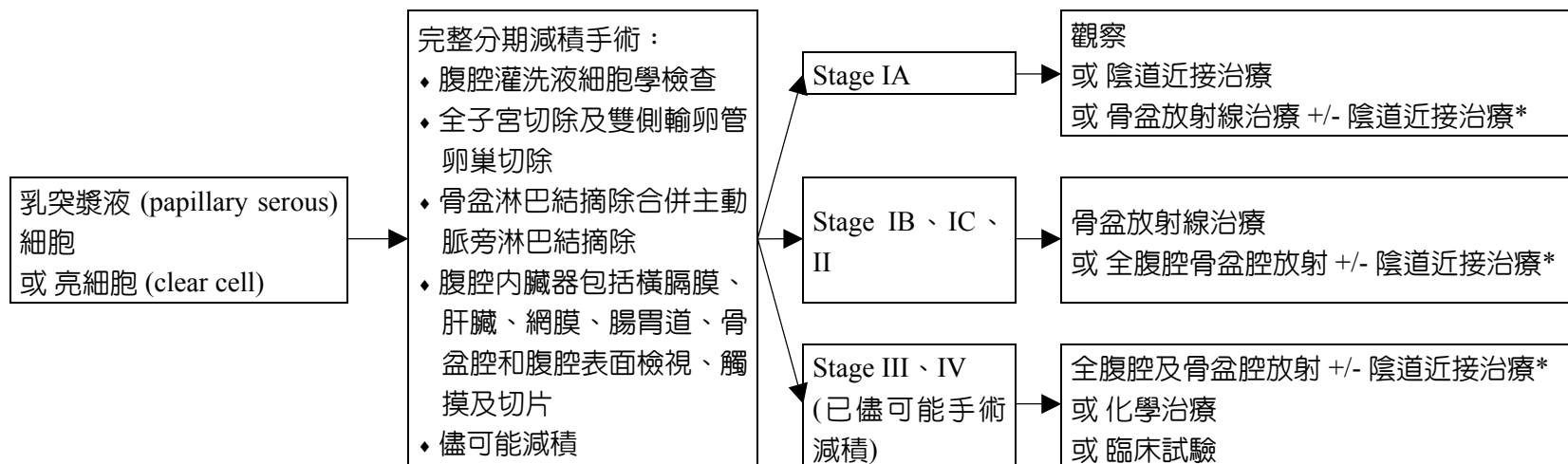


圖八

化學治療 +/- 放射線治療**：一般適行於臨床試驗之情況 (on protocol only)

**：尚有爭議

輔助治療



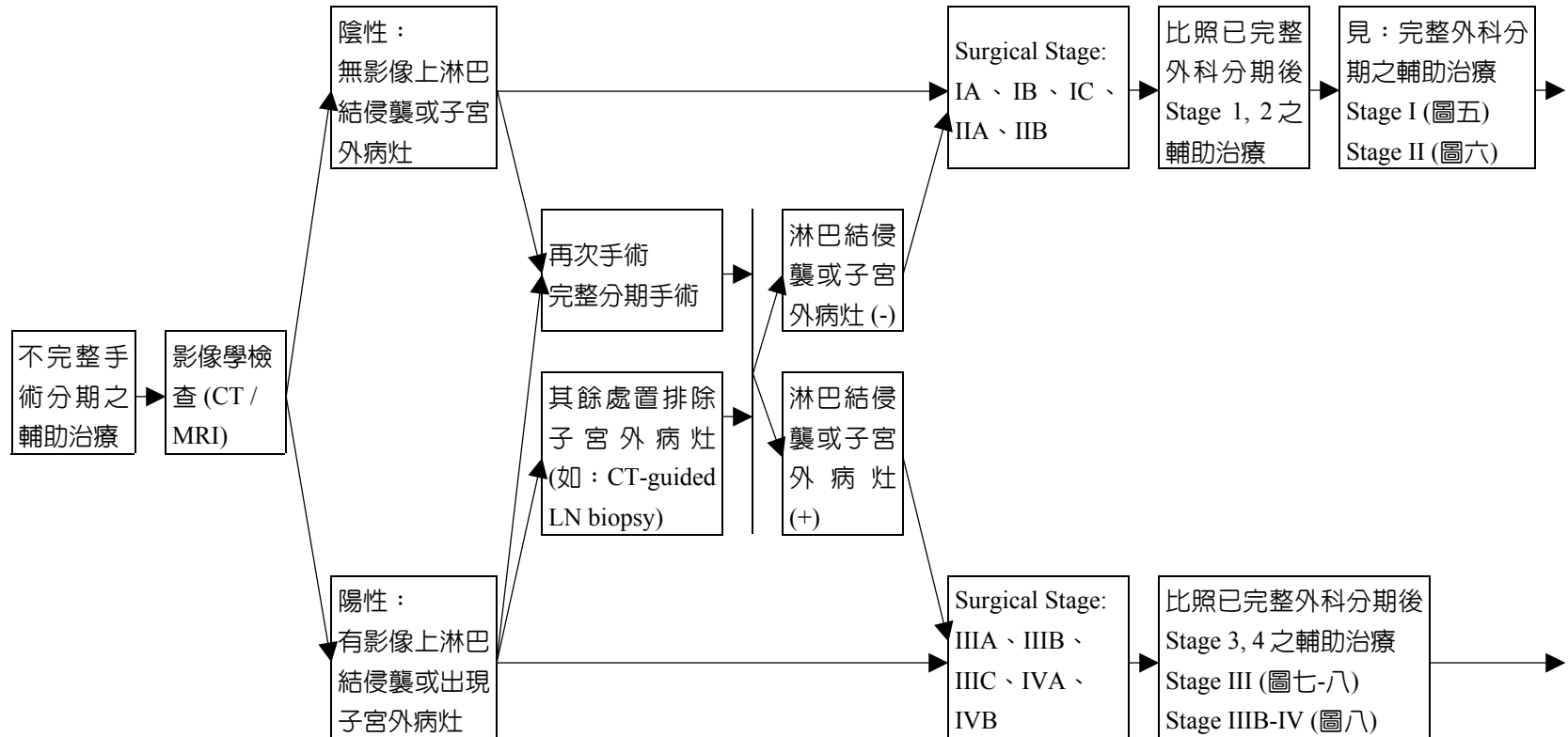
圖九

*：仍未定論

子宮內膜癌臨床指引

國家衛生研究院 臺灣癌症臨床研究合作組織 (2004 年版)

不完全分期手術 (或意外發現) 僅子宮切除 或 +/- 雙側 / 單側輸卵管卵巢切除



圖十

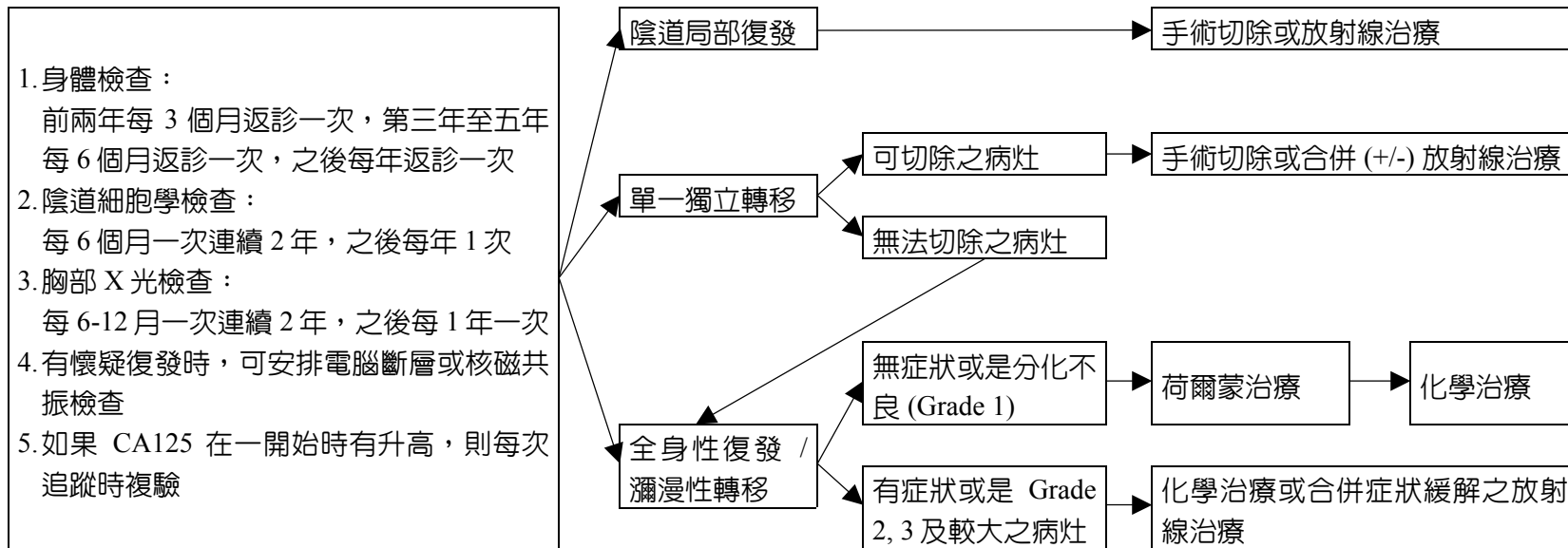
子宮內膜癌臨床指引

國家衛生研究院 臺灣癌症臨床研究合作組織 (2004 年版)

追蹤監測

復發轉移的臨床表徵

援救治療



圖十一