

【醫病共享決策(SDM)，是讓病人了解醫療資訊，再由醫師與病人共同討論出最適合的治療方案】

我是 晚期卵巢癌的病人

除了化療之外，我還有哪些 維持性療法可以使用？



根據統計，大約有 70% 的晚期卵巢癌病人會復發，但隨著癌症治療技術以及藥物進步，現在卵巢癌病人有更多的治療選項，可以減少復發風險。

適用對象 / 適用狀況

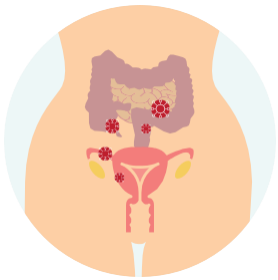
化療中或已完成化療的晚期卵巢癌病人

我是第幾期卵巢癌？ ☐ 第 1 期 ☐ 第 2 期 ☐ 第 3 期 ☐ 第 4 期

是否有私人保險可支付治療費用？ ☐ 是 ☐ 否

什麼是晚期卵巢癌？

根據國際婦產科聯盟 FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics)，將卵巢癌分成四期，晚期卵巢癌通常是指第三期及第四期的病人。



第三期卵巢癌：

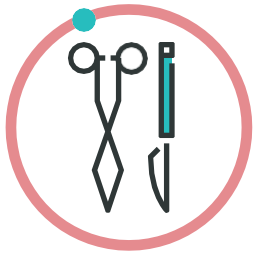
- 癌症已侵犯到腹腔內組織或後腹腔淋巴結



第四期卵巢癌：

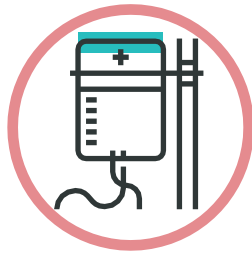
- 癌症已轉移至肝、肺或遠處淋巴結

治療方式



手術治療：

卵巢癌以完整的手術分期為主軸，盡可能手術切除乾淨腫瘤組織。



化學治療：

經手術治療後的病人，主要以含鉑類化療藥品作為基礎輔助性化學療法。



標靶藥物：

Lynparza (令癌莎)、Avastin (癌思停)、Zejula (截永樂)。

- 晚期卵巢癌的病人經治療後，仍有復發風險，一旦復發一次就會反覆復發，每次復發的間隔縮短，最終還會對治療產生抗藥性。因此，根據國際治療指引指出，若病人在化療之後**持續使用標靶藥物做維持性治療**，可以穩定病況並降低癌症復發風險。

疾病或健康議題簡介

維持性療法是在完成含鉑化學療法 / 含鉑化學療法併用標靶藥物之後，繼續用藥治療，以穩定病況並降低癌症復發風險，甚至延長存活率。

卵巢癌的維持性療法標靶藥物

1. 血管新生抑制劑：

✓ 癌思停 Avastin (Bevacizumab)：

- 適用族群：晚期卵巢癌初次手術切除後使用
- 建議用量：每三週施打一次 15mg/kg 或 7.5mg/kg

2. PARP 抑制劑：

✓ 令癌莎 Lynparza (Olaparib)

- 適用族群：晚期卵巢癌帶有 HRD 陽性* 或 BRCA 基因突變病人，手術後且曾接受第一線含鉑化療有反應者（完全反應或部分反應）
- 依據仿單建議用量：4 顆 / 天

*HRD 陽性需要合併使用 Bevacizumab

✓ 截永樂 Zejula (Niraparib)

- 適用族群：用於對第一線含鉑化療有完全或部分反應的晚期卵巢癌病人的維持性療法
- 依據仿單建議劑量：

體重大於 (含) 77kg

且基期血小板數量高於 (含) 150,000/ μ L，3 顆 / 天

體重低於 77kg

或基期血小板數量低於 150,000/ μ L，2 顆 / 天

維持性療法的好處



疾病控制
時間更長



延長無疾病
存活期 (PFS)



維持
生活品質

疾病或健康議題簡介

卵巢癌的遺傳諮詢

- 確診卵巢癌後，會建議先進行遺傳諮詢並做基因檢測，透過檢測結果可以選擇適合自己的維持性療法

諮詢流程：



與卵巢癌相關的基因檢測

BRCA 基因突變檢測

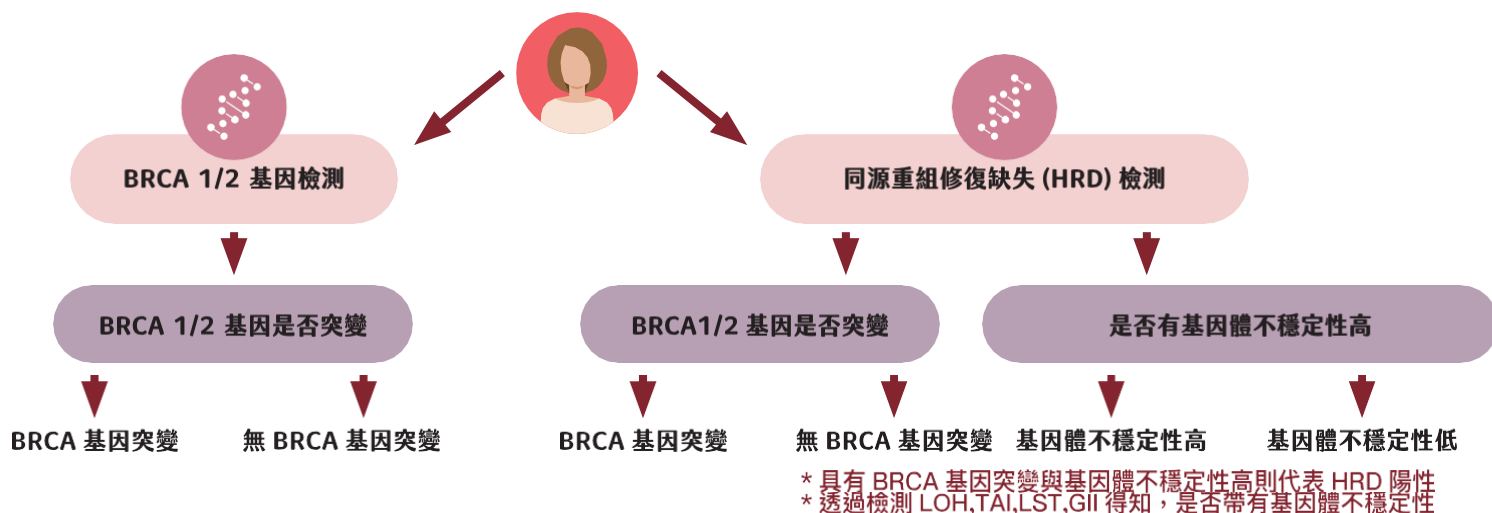
- 卵巢癌病人中，尤其是高度漿液型，約有 **20%** 是帶有 **BRCA** 基因突變。
- BRCA 基因負責修復體內受損的 DNA，如果 BRCA 基因產生突變，無法正常運作，會增加罹癌風險，但隨著醫療的進步，目前已經有相對應的藥物可使用

HRD 同源重組修復檢測

（可同時檢驗出是否帶有 BRCA 基因突變及基因體不穩定）

- 卵巢癌患者中約有 **50%** 為基因體不穩定性高。其中 **40%** 屬於 **BRCA** 基因突變，其餘 **60%** 患者為基因體不穩定性高但無 **BRCA** 基因突變。
- HRD 是反映 DNA 修補出現缺失，一但這個修復系統出現缺失，則會造成基因體的異常或不穩定，罹癌機率因此大幅提升。

建議新診斷的晚期卵巢病人應進行基因檢測



疾病或健康議題簡介

步驟 1 選項的比較

在化療之外，可以針對自己的基因型態選擇維持性療法

基因型態為：**BRCA 基因突變**適用於以下的治療選項

第 一 線 維 持 性 療 法						降低多少風險比率 (%)	
	6 個月	12 個月	18 個月	24 個月	36 個月		
選項 1	癌思停(併用化療，總療程12或15個月)					選項 1	28% ¹
選項 2	癌思停(併用化療，總療程15個月) + 令癌莎 (總療程24個月)					選項 2	69% ²
選項 3	截永樂(總療程36個月)					選項 3	60% ³
選項 4	令癌莎* (總療程24個月)					選項 4	67% ⁴

* 令癌莎：若病人符合健保給付條件，可由醫師協助申請健保給付

上述結果是依據不同臨床研究結果，不適合彼此間直接做比較

基因型態為：**HRD 陽性但無 BRCA 基因突變**適用於以下的治療選項

第 一 線 維 持 性 療 法						降低多少風險比率 (%)	
	6 個月	12 個月	18 個月	24 個月	36 個月		
選項 1	癌思停 (併用化療，總療程12或15個月)					選項 1	28% ¹
選項 2	癌思停 (併用化療，總療程15個月) + 令癌莎 (總療程24個月)					選項 2	57% ²
選項 3	截永樂 (總療程36個月)					選項 3	50% ³

上述結果是依據不同臨床研究結果，不適合彼此間直接做比較

基因型態為：**HRD 陰性**適用於以下的治療選項

第 一 線 維 持 性 療 法						降低多少風險比率 (%)	
6 個月	12 個月	18 個月	24 個月	36 個月			
選項 1	癌思停(併用化療，總療程12或15個月)				選項 1		28% ¹
選項 2	截永樂(總療程36個月)				選項 2		32% ³

上述結果是依據不同臨床研究結果，不適合彼此間直接做比較

常見副作用

- 癌思停：腹瀉與腹痛、高血壓、噁心、嘔吐、嗜中性白血球減少症
- 令癌莎併用癌思停：倦怠、貧血、噁心、嘔吐、淋巴球減少
- 截永樂：噁心、血小板減少、貧血、倦怠
- 令癌莎：噁心、嘔吐、倦怠、貧血、腹痛

透過基因檢測結果，選擇適合的維持性療法，可以穩定病況並降低癌症復發風險。



步驟 2 您選擇治療方式會在意的項目有什麼？以及在意程度為何？ (此項目是協助您更加了解自己所希望的治療策略)

考量項目	在意程度					
	低					高
延緩病情惡化	0	1	2	3	4	5
藥物的副作用	0	1	2	3	4	5
維持生活品質	0	1	2	3	4	5
給藥方式	0	1	2	3	4	5
費用考量	0	1	2	3	4	5
減少回診次數	0	1	2	3	4	5
其他						

步驟 3 您對治療方式的認知有多少？

晚期卵巢癌第一線維持性治療有數種治療方式，並非只有一種治療選擇。	☐ 對	☐ 不對	☐ 不確定
病人與家屬可以依據自己的需求選擇不同的治療方式。	☐ 對	☐ 不對	☐ 不確定
透過基因檢測結果，有助於您在維持性治療上的選擇。	☐ 對	☐ 不對	☐ 不確定
每一種治療方案皆有其副作用，需要在治療時密切注意。	☐ 對	☐ 不對	☐ 不確定
部分治療方案目前沒有健保給付，需要自費支付。	☐ 對	☐ 不對	☐ 不確定
癌症治療需要家屬與病人的配合才能發揮最好的效果。	☐ 對	☐ 不對	☐ 不確定
晚期卵巢癌手術化療後的維持性療法可延緩疾病復發。	☐ 對	☐ 不對	☐ 不確定

步驟 4 您現在確認好治療方式了嗎？

■ 若基因檢測結果如下，在化療之外，您會想選擇哪一項維持型療法

☐ BRCA 基因突變

- ☐ 癌思停 (Avastin)
- ☐ 令癌莎 (Lynparza)
- ☐ 併用癌思停 (Avastin)
- ☐ 截永樂 (Zejula)
- ☐ 令癌莎 (Lynparza)
- ☐ 我目前還無法決定

☐ HRD 陽性但 無 BRCA 基因突變

- ☐ 癌思停 (Avastin)
- ☐ 令癌莎 (Lynparza) 併
用癌思停 (Avastin)
- ☐ 截永樂 (Zejula)
- ☐ 我目前還無法決定

☐ HRD 陰性

- ☐ 癌思停 (Avastin)
- ☐ 截永樂 (Zejula)
- ☐ 我目前還無法決定

請問您此次使用醫療決策輔助工具的經驗和看法

為提升本院醫病共享決策之推動品質，懇請您就此次使用醫病共享輔助決策工具的經驗，提供寶貴意見，回答內容均為保密，敬請安心作答。

1. 您此刻是否已經做好醫療選項(治療方案)的決定？

- ☐ 我目前仍無法決定。
- ☐ 我在使用本輔助工具前已做好決定。
- ☐ 我在使用本輔助工具前有決定，但使用本輔助工具後改變決定的選項。
- ☐ 我在使用本輔助工具後才做好決定。

2. 您對醫病共享決策使用的經驗

我認為利用醫病共享決策的方式，能.....		非常 不同意	不同意	普通	同意	非常 同意
1	能充分提供我目前面對醫療決策的相關知識	1	2	3	4	5
2	有助於我更了解目前面對的各種醫療選項優、缺點內容	1	2	3	4	5
3	幫助我瞭解可以選擇的醫療方式	1	2	3	4	5
4	提供我有機會向醫療人員提出我的疑問	1	2	3	4	5
5	促進我對醫療過程的參與	1	2	3	4	5
6	促進我和醫療人員間的溝通	1	2	3	4	5
7	讓我更信任醫療人員對我的醫療處置	1	2	3	4	5
8	幫助我做出最適合的醫療選擇	1	2	3	4	5

3. 對於本次醫療決策選擇的確認

- (1) 您是否對您的最佳選擇感到確定？ ☐ 是 ☐ 否
- (2) 您是否知道每個選項的好處與風險？ ☐ 是 ☐ 否
- (3) 您是否清楚哪些好處與風險對您是最重要的？ ☐ 是 ☐ 否
- (4) 您是否有的得到足夠的幫助、意見和支持去做選擇？ ☐ 是 ☐ 否

參考資料：

1. Marchetti C, Muzii L, Romito A, Benedetti Panici P. First-line treatment of women with advanced ovarian cancer: focus on bevacizumab. *Onco Targets Ther.* 2019;12:1095-1103. Published 2019 Feb 8. doi:10.2147/OTT.S155425
2. Ray-Coquard I, Pautier P, Pignata S, et al. Olaparib plus Bevacizumab as First-Line Maintenance in Ovarian Cancer. *N Engl J Med.* 2019;381(25):2416-2428. doi:10.1056/NEJMoa1911361
3. González-Martín A, Pothuri B, Vergote I, et al. Niraparib in Patients with Newly Diagnosed Advanced Ovarian Cancer. *N Engl J Med.* 2019;381(25):2391-2402. doi:10.1056/NEJMoa1910962
4. Banerjee S, Moore KN, Colombo N, et al. Maintenance olaparib for patients with newly diagnosed advanced ovarian cancer and a BRCA mutation (SOLO1/GOG 3004): 5-year follow-up of a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial. *Lancet Oncol.* 2021;22(12):1721-1731. doi:10.1016/S1470-2045(21)00531-3
5. 衛生福利部國民健康署 <https://www.hpa.gov.tw>
6. Prat J; FIGO Committee on Gynecologic Oncology. Staging classification for cancer of the ovary, fallopian tube, and peritoneum. *Int J Gynecol Obstet.* 2014;124(1):1-5.
7. NCCN Guidelines for Ovarian Cancer V.1.2021
8. 癌思停® (Avastin®) 仿單
9. 令癌莎® (Lynparza®) 仿單
10. 截永樂® (Zejula®) 仿單
11. Ledermann JA, Drew Y, Kristeleit RS. Homologous recombination deficiency and ovarian cancer. *Eur J Cancer.* 2016;60:49-58. doi:10.1016/j.ejca.2016.03.005
12. Moschetta M, George A, Kaye SB, Banerjee S. BRCA somatic mutations and epigenetic BRCA modifications in serous ovarian cancer. *Ann Oncol.* 2016;27(8):1449-1455. doi:10.1093/annonc/mdw142
13. da Cunha Colombo Bonadio RR, Fogace RN, Miranda VC, Diz MDPE. Homologous recombination deficiency in ovarian cancer: a review of its epidemiology and management. *Clinics (Sao Paulo).* 2018;73(suppl 1):e450s. Published 2018 Aug 20. doi:10.6061/clinics/2018/e450s
14. Kimio Ushijima, "Treatment for Recurrent Ovarian Cancer—At First Relapse", *Journal of Oncology*, vol. 2010, Article ID 497429, 7 pages, 2010. <https://doi.org/10.1155/2010/497429>
15. Homologous recombination deficiency in ovarian cancer: a review of its epidemiology and management Bonadio,RR et al. *Clinics*(2018), 73 (Suppl 1)

【北醫附醫婦癌病友座談會臉書直播錄影】



中華民國婦癌醫學會
Society of Gynecologic Oncology, Republic of China

【本衛教手冊所提供之內容無法取代專業醫療判斷，僅提供衛教使用，如有疾病或藥物使用的相關問題，請諮詢您的醫療專業人員】

完成以上評估後，您可以攜帶此份結果與您的主治醫師討論