

放射治療降低病人復發率

術後，若病理報告顯示有危險因子存在（如毒性較強的細胞型態、淋巴結轉移、大網膜或其他腹腔內擴散、嚴重的微小淋巴管血管侵襲、子宮肌層深處侵襲、子宮頸侵襲、p53狀況異常等），需使用輔助性治療，可以視個別狀況，使用放射治療、化學治療、免疫治療、標靶治療等療法。

放射治療是主要的術後輔助治療，適用於有危險因子的中高風險病人，可以顯著降低局部復發機率。根據2025年一篇系統性文獻回顧顯示，針對中高風險病人接受放射治療，可使骨盆腔復發率降低達86%。

放射治療方式分為：

- ▶ **體外放射治療**：每週五天治療，連續五、六週。部分病人可能產生輕微腸胃不適或排尿不適等副作用，病人多能正常生活。
- ▶ **體內放射治療（近接治療）**：放置特別器械，使劑量集中於高風險區域，顯著提高療效，並降低腸胃道及泌尿道等副作用。



Elekta Versa HD光子直線加速器，具備高劑量率及多葉式準直儀，支援IMRT與VMAT等先進治療技術，提供精確的腫瘤照射。

參考資料

1. Sibarani, C. N. R., Salima, S., & Adrianto, N. (2025). Comparative efficacy and safety of vaginal brachytherapy versus combined pelvic external beam radiotherapy and vaginal brachytherapy in managing intermediate to high-risk endometrial cancer: A systematic review and meta-analysis. Journal of the Egyptian National Cancer Institute.



子宮內膜癌別輕忽 注意早期警訊 掌握治療關鍵

文/北醫附醫 放射腫瘤科主治醫師 劉正昇、郭嘉駿、放射腫瘤科主任 李欣倫、婦產部婦科主治醫師 陳子健

子宮內膜癌是女性生殖系統中最常見的惡性腫瘤之一，常好發於50歲以上的停經婦女。常見症狀包括不正常的陰道出血、骨盆疼痛或陰道分泌異常。大多數子宮內膜癌病人在早期會出現症狀，因此大多能在第一期或第二期被診斷並接受治療。

子宮內膜癌的治療以手術切除子宮、卵巢輸卵管及相關的淋巴結等組織為主。年輕的病人經審慎評估後，若狀況許可，可考慮先以高劑量黃體素控制病情，待完成生育後再行手術。若因過度肥胖、多重共病等狀況，不適合進行麻醉與手術治療，則會以放射治療替代。然而，即便是第一、二期的病人，若以傳統的放射治療取代手術治療，復發率可能高達17.6%。

目前手術以微創手術為首選，病人恢復較快，且治療效果與傳統剖腹手術相當。微創手術可分為腹腔鏡手術與機器人電腦機械手臂手術（如達文西手術），機器人電腦機械手臂手術更為精細穩定，且術中臨時需改為傳統剖腹手術的可能性較腹腔鏡手術更低。在美國，超過一半以上的早期子宮內膜癌病人選擇機器人電腦機械手臂手術治療。此外，子宮內膜癌的前哨淋巴結取樣，已成為當今的世界趨勢，作為傳統大範圍骨盆腔淋巴結摘除以外的另一項選擇，減少日後發生嚴重下肢淋巴水腫的機會。

大多數子宮內膜癌病人若能及早診斷，皆有機會獲得有效治療。手術為治療的核心，術後根據病理結果與臨床狀況評估，若有風險因子存在，則搭配放射治療、化學治療或免疫治療，能有效提升疾病控制與預後。透過多專科團隊合作，量身訂做個別化的治療計畫，幫助病人達成最佳療效，同時維持良好生活品質。

精準醫療讓治療更精準

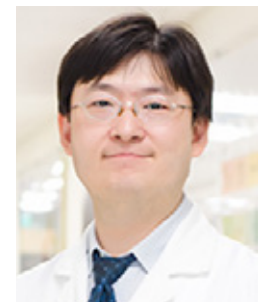
此外，精準醫療的應用已成為未來治療的關鍵依據。根據癌症基因體圖譜（TCGA）分類，子宮內膜癌可分為四大亞型，其中

- ▶ **POLE超突變型**：預後佳，輔助性治療可考慮降階
- ▶ **p53突變型**：較高風險，需更審慎應對
- ▶ **高期別、錯配修復缺失（dMMR）型**：建議導入免疫療法。

相關臨床試驗（如PORTEC-4a）亦持續探討能否依據分子亞型決定放療的強度與必要性，避免過度或不足治療。



劉正昇醫師



郭嘉駿醫師



李欣倫主任



陳子健醫師

門診時刻表

時間	一	二	三	四	五	六
上午		■	▲	■ ★		
下午	● ▲	★				
夜間						

- 劉正昇醫師
- ▲ 郭嘉駿醫師
- ★ 李欣倫主任
- 陳子健醫師