

# 我是初診斷 晚期卵巢癌的病人

## 在化療之後，我還有哪些 維持性療法可以使用？



根據統計，大約有 70% 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，所以減少復發風險。

### 適用對象 / 適用狀況

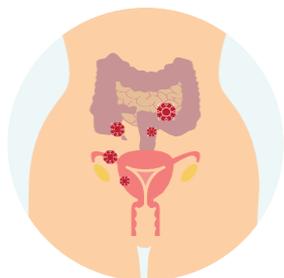
化療中或已完成化療的晚期卵巢癌病人

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：

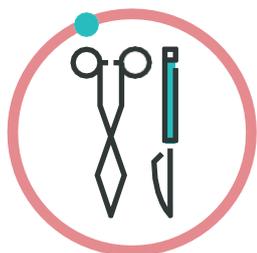
- 癌症已侵犯到腹腔內組織或後腹腔淋巴結



#### 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：

以完整的手術分期為主，盡可能切除乾淨腫瘤組織。



#### 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：

癌思停 Avastin (Bevacizumab)、令癌莎 Lynparza (Olaparib)、截永樂 Zejula (Niraparib)

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。

### 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 15 mg/kg 或 7.5 mg/kg
- 使用方式：靜脈注射
- 費用：自費 / 部分情況符合健保給付

#### 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)
- 使用方式：口服藥物
- 費用：自費 / 部分情況符合健保給付

##### ✓ 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
- 使用方式：口服藥物
- 費用：自費 / 部分情況符合健保給付

\*HRD 陽性需要合併使用 Bevacizumab

### 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

### 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

#### BRCA 基因突變檢測

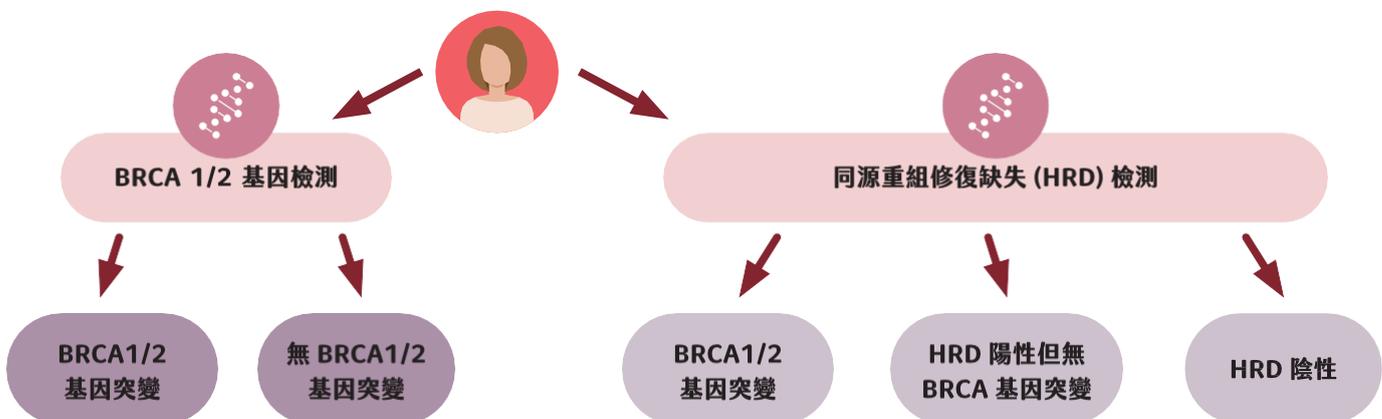
- 卵巢癌病人中，尤其是高度漿液型，約有 20% 是帶有 BRCA 基因突變
- BRCA 基因負責修復體內受損的 DNA，如果 BRCA 基因產生突變，無法正常運作，會增加罹癌風險，但隨著醫療的進步，目前已經有相對應的藥物可使用。

#### 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)

- 卵巢癌病人中約有 50% 為同源重組修復缺失 (HRD)，其中 40% 屬於 BRCA 基因突變；其餘 60% 為 HRD 陽性但無 BRCA 基因突變。
- HRD 是反映 DNA 修補出現缺失，一旦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



## 治療選項簡介及決定四步驟

### 步驟 1 第一線維持療法治療選項有哪些

在化療之外，可以針對自己的基因型態選擇維持性療法

考量 \ 選項	血管新生抑制劑 (癌思停)	PARP 抑制劑 (令癌莎、截永樂)	血管新生抑制劑 (癌思停) + PARP 抑制劑 (令癌莎)
劑型	點滴注射	口服	點滴注射 + 口服
療程	每三週一次	每日兩次	每三週一次點滴注射 每日兩次口服治療
降低疾病復發 風險	約 28 %	約 60-67%	約 69 %
副作用	腹瀉、腹痛、高血壓、 噁心、嘔吐、嗜中性白 血球減少	噁心、貧血、倦怠、血小板 減少(截永樂)	倦怠、貧血、噁心、 嘔吐、淋巴球減少
基因檢測	不需要	需要	需要
費用	5-7 萬/月 部份健保給付	12-13 萬/月 部份健保給付	17-18 萬/月 部份健保給付

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
給藥方式	0	1	2	3	4	5
治療效果	0	1	2	3	4	5
藥物副作用	0	1	2	3	4	5
費用考量	0	1	2	3	4	5

## 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？

- 血管新生抑制劑 (癌思停)
- PARP 抑制劑 (令癌莎、截永樂)
- 血管新生抑制劑 (癌思停) 併用 PARP 抑制劑 (令癌莎、截永樂)
- 我不想治療
- 目前還無法做決定

## 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. 令癆莎® (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)*