

卵巢癌的早期篩檢

高雄醫學大學附設中和紀念醫院 婦產科 陳渝潔醫師

卵巢癌在我國女性十大癌症中其發生率位於第九名，但在婦科癌症中死亡率高居第二。根據民國97年癌症年報，我國婦女終生罹患風險為139分之1。由於大部分的卵巢癌在被發現的時候已有腹腔內的擴散及遠端轉移，五年存活率約50%~20%，但如果早期發現，其存活率可以達70%~90%。要早期發現卵巢癌，就要了解各類卵巢癌的發生率、好發的年齡、危險因子等等。以上皮性卵巢癌來說，其發生率占有卵巢癌的七成，好發年齡為五十歲以上婦女。

易罹患上皮性卵巢癌的危險因子包括：

- (一) 年齡：高達三分之二的卵巢癌病人在55歲後被發現。
- (二) 基因：某些特定基因的缺陷或基因突變，如BRCA1、BRCA2的基因帶原。
- (三) 家族史：家族中有2個以上的一等親罹患上皮性卵巢癌或家族中有乳癌或卵巢癌病史者。

(四) 月經史：初經太早（小於12歲）或停經太晚（大於50歲）。

(五) 生產史：未生產或第一胎生產時大於35歲。

(六) 飲食習慣：常攝取高脂肪食物者。

卵巢癌的症狀

卵巢癌往往沒有早期症狀，而有症狀的病人往往抱怨腹脹、消化不良、容易有飽足感、間歇性腹痛、體重減輕等等。根據Goff等人一項回溯性研究顯示，如果婦女有以下的"Positive symptom index"，包含一年內每個月有超過12次的下列症狀發生：骨盆腔或腹部疼痛、腹部變大或腹脹、無法正常攝食或很快有飽足感，則預測得到卵巢癌的敏感度有56.7%(早期卵巢癌)與79.5%(晚期卵巢癌)，特異度則有90%(50歲以上)與86.7%(50歲以下)。(1)

卵巢癌的診斷工具

(一)超音波檢查：超音波已經是婦產科不可或缺的診斷利器，在臨床上，陰道超音波在腫瘤的細部結構的成像上優於腹部超音波，根據DePriest等人的研究，針對腫瘤的體積(tumor volume)、腫瘤囊壁的特徵(cyst-wall characteristics)、是否有腫瘤內分隔(the presence of septae)等等與以區分，其分辨惡性腫瘤的敏感度為89%，特異度70%，陽性預測率為46%。如果再搭配上彩色杜普勒超音波則可以更提高其陽性預測值。(2)

(二)腫瘤標記(Tumor marker)：不同的卵巢癌會分泌特殊的腫瘤標記如上皮性卵巢癌會分泌CA125、TPA、CA19-9等，生殖細胞卵巢癌會分泌CEA、hCG、AFP,LDH等，可以幫助我們做鑑別診斷，評估治療效果及追蹤之用。但以最常用的CA125來說，早期卵巢癌只有6成的病人會上升，而且有許多良性的疾病也會造成CA125上升，包括子宮肌瘤、子宮內膜異位症、骨盆腔發炎、肝炎等等。其敏感度和特異性不高，並不適合單獨做為卵巢癌的篩檢工具。根據Skates等人的研究，連續定期檢測CA125可以提高偵測卵巢癌的敏感度。(3)這可以做為臨床使用上的

建議。

卵巢癌的篩檢

根據World Health Organization的疾病篩檢原則(4)，當一個疾病有以下幾項特色時建議定期篩檢：

- 1、當一個疾病會導致人口重大的死亡或達一定的盛行率。
- 2、當疾病的病程被完整的了解。
- 3、當疾病被診斷出來時有“有效治療”可以改善預後。
- 4、篩檢的方式可被大眾接受。
- 5、當病人有明顯病徵時有“有效治療”可用。
- 6、這些診斷及治療的方式是可以取得的。
- 7、對於此疾病的治療有一定的共識。
- 8、篩檢必須符合經濟效益。
- 9、篩檢必須有高的陽性預測值、陰性預測值、敏感度、特異性。

卵巢癌基本上符合上述疾病篩檢的條件，但由於我們對卵巢癌在多少的時間內會由第一期進展至第三期並不清楚，此外雖然我們知道一些導致卵巢癌的危險因子，但九成的卵巢癌都是偶發的，並無家族史可循。再加上卵巢癌的盛行率偏低(7.8/100,000，97年台灣癌症年報)，所以篩檢工具的敏感度及特異度要相當高才能達到篩檢的經濟效益(陽性預測值達10%)。以國外卵巢癌盛行率40/100,000來估算，

篩檢方式要達敏感度75%，特異度99.6%才可能達到這一個標準。以目前常用的超音波及腫瘤指數，單獨使用均無法達到篩檢所需的要求。根據一項國際大型的卵巢癌篩檢計畫，網羅50歲至74歲停經後的女性約20萬人所得結果，合併使用陰道超音波及腫瘤指數CA125，可使敏感度達89.5%，特異度達99.8%，可以提高陽性預測值由2.8%(單獨使用超音波)上升至35.1%。

(5)

結論

卵巢癌的存活率與疾病發現時的期別有相當大的關聯，如果能有“有效的篩檢工具”，將可早期發現卵巢癌並大幅提高病患的存活率。由於卵巢癌的低盛行率，所以各大專業機構如National Comprehensive Cancer Network等，均不建議對於沒有危險因子的婦女做例行性的篩檢，但對於高危險婦女(有卵巢癌或乳癌的家族病史、有BRCA基因帶原)，建議從35歲起或家族成員最早罹病年齡起前5至10年，每半年定期接受篩檢，且有BRCA基因帶原者在完成生育後建議預防性的切除輸卵管卵巢。(6)目前仍有許多關於卵巢癌的血清研究在進行中，期待未來能有更好的篩檢工具，能早期檢查出卵巢癌造福群眾。

參考文獻

1. Goff BA, Mandel LS, Drescher CW, Urban N, Gough S, Schurman KM, Patras J, Mathony BS, Andersen MR. Development of an ovarian cancer symptom index: possibilities for earlier detection. *Cancer* 2007; 109(2):221-7
2. DePriest PD, Varner E, Powell J, et al. The efficacy of a sonographic morphology index in identifying ovarian cancer: a multiinstitutional investigation. *Gynecol Oncol* 1994;55:174-8.
3. Skates SJ, Menon U, MacDonald N, et al. Calculation of the risk of ovarian cancer from serial CA-125 values for preclinical detection in postmenopausal women. *J Clin Oncol* 2003;21: Suppl:206s-210s.
4. Wilson JMG, Junger G. Principles and practice of screening for disease. Geneva: World Health Organization, 1968.
5. Menon U, Gentry-Maharaj A, Hallett R, et al. Sensitivity and specificity of multimodal and ultrasound screening for ovarian cancer, and stage distribution of detected cancers: results of the prevalence screen of the UK Collaborative Trial of Ovarian Cancer Screening (UKCTOCS). *Lancet Oncol* 2009;10:327-40.
6. National Comprehensive Cancer Network Practice Guidelines in Oncology: ovarian cancer and genetic screening.