

子宮內膜癌！ 別誤以為是亂經

婦產部婦科主治醫師 張文君
專長：婦科腫瘤、腹腔鏡手術

有一位年近五十的婦女，由於亂經一年多，她一直以為是「更年期」，所以才會斷斷續續出血，因頭暈、臉色蒼白，來到台大醫院就診，經陰道超音波掃瞄，發現子宮內膜偏厚，因此接受子宮內膜搔刮檢查，證實為子宮內膜癌。

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，其病例個數呈現持續上升之趨勢，在近十年間子宮內膜癌在女性癌症中，由第13位上升至第10位的排名。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。

症狀與危險因子

70-80%的子宮內膜癌診斷時僅侷限在子宮。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，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。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。但是因子宮內膜癌而死亡的病例數仍然增加，臨床醫師必須分辨那些具高風險因子的病人並給予充分治療，俾以提供病人最佳的長期存活機會。形成子宮內膜癌的危險因子有：

1. 未有生育婦女
2. 不孕或月經不順者
3. 停經年齡延後者（大於52歲）
4. 肥胖之婦女（身體質量指數 ≥ 26.5 ）
5. 多囊性卵巢囊腫而導致動情素分泌過多而黃體素分泌過少者
6. 糖尿病或高血壓者
7. 使用抗癌藥物Tamoxifen「泰莫西芬」者，如乳癌病人。

診斷

對於異常子宮出血的婦女，施予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；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（Millimeter，mm）時，則內膜切片可能較少子宮內膜癌的變化。子宮內膜的組織切片檢查是確認子宮內膜癌診斷的方式。其方法如下：

1. 門診的子宮內膜切片：有10% 的偽陰性率

2. 分段式擴刮術（fractional dilatation & curettage）：有症狀之病人若子宮內膜切片為陰性，或是沒法下定論且高度懷疑是惡性癌症時，則必須在麻醉下做一次，包括子宮頸管及子宮內膜的搔括術。95%的子宮內膜癌可藉分段式擴刮術診斷出來。
3. 子宮腔鏡檢查（hysteroscopy）：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。

治療

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。其他的檢查例如電腦斷層檢查、核磁共振等，可用以評估子宮外疾病或轉移的可能性。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。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。而血清之CA125有助於治療後的追蹤。子宮內膜癌是一種外科分期的癌症，也就是說，沒有實際的標本觀察是無法知道癌症蔓延程度及其後續治療方針，子宮內膜癌大致分為以下四期：

1. 第一期：癌症侷限在子宮內
2. 第二期：癌症侵襲子宮頸



3. 第三期：癌症擴展到子宮外
4. 第四期：癌症擴展到骨盆腔外

手術治療

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。子宮切除可使用傳統開腹或腹腔鏡協助經陰道之方式。

腹腔鏡治療早期的子宮內膜癌已成趨勢，2008年Orden在美國婦產科微創手術雜誌發表一篇review，回顧4篇文獻上比較以腹腔鏡或傳統剖腹分期手術治療子宮內膜癌的安全性及效果，結果發現腹腔鏡子宮內膜癌分期手術的術中及術後併發症較少、出血量較少、術後恢復較快、止痛藥及點滴使用量較少、住院日數較少、較快回到職場，以及生活品質較好，同時很重要的是腹腔鏡子宮內膜癌分期手術所取出的淋巴結數目和傳統剖腹分期手術一樣多，而且兩種手術使病患的存活率或無患病率（disease-free）並無差別。

台大醫院從2003年至2008年共施行40例腹腔鏡子宮內膜癌手術，其中36例同時進行兩側骨盆腔淋巴結切除術，平均手術時間151分鐘，術中出血量約82毫升，

術後無感染及出血，移除淋巴結數15.9，平均住院時間5.6天，經隨訪10～60個月，有一例腫瘤復發（2.5%）。總體而言，利用腹腔鏡來做為早期子宮內膜癌的治療，是另一種可行的選擇，在有經驗的腹腔鏡及婦癌科醫師治療下，以後或許會成為此種癌症的典型治療方式。

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或是合併近接治療（陰道及子宮腔內放射線治療），能提供長期的局部控制和延長病人的存活，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。

術後輔助治療

因期別及個人而異。一般而言，對未侵襲子宮肌肉層的分期IA輔助治療之選擇，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；對已侵襲子宮肌肉層的分期IB、分期IC和第二期輔助性治療之選擇，包括骨盆放射線治療、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、或是化學治療則尚未有定論。

追蹤

子宮內膜癌手術後追蹤監控建議的合理時程包含：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。陰道抹片細胞學檢查每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。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。其中58%的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。

預防與篩檢

直至目前為止，子宮內膜癌仍沒有理想而有效的篩檢方法，不像子宮頸癌可利用子宮頸抹片檢查來篩檢。針對高危險群病人，如服用抗癌藥物Tamoxifen「泰莫西芬」者，有以下方法來幫助篩檢：

1. 經陰道超音波檢查來偵測掃描子宮內膜的厚度，若內膜增厚到一定程度，立即採子宮內膜切片。
2. 子宮內視鏡檢查更是近年來診斷子宮內膜癌的「最新利器」，因子宮內視鏡檢查不僅能確定病變的位置和範圍，而且能在內視鏡下做切片檢查，使得子宮內膜息肉、子宮內膜肌瘤及子宮內膜癌等更易診斷確定。

飲食方面，儘量少吃高脂肪食物與保持不過重身材，乃是防癌重點之一；如遇亂經超過2、3個月以上，且藥物治不好時，即應就醫診察以確立病灶。另也呼籲婦女朋友每年固定接受子宮抹片檢查的同時，也可請婦產科醫師為您利用「經陰道超音波檢查」來掃描子宮內膜及兩側卵巢，以利早期發現病灶及時治療。

