

## 攝護腺癌可以不治療？？

### — 積極監控就好（衛教版）(編號 PC-009)

2024 年版

臺大醫學院泌尿科

蒲永孝教授

近年來，台灣的攝護腺癌(前列腺癌)發生率快速上升，目前已是男性的第五大癌症，2022 年有超過 9,000 位新病人，比前一年增加了 21%，是所有癌症比率增加最快速的。台灣攝護腺癌診斷時平均年齡 72 歲，每年約有 1,800 位病人不幸死於攝護腺癌。雖然如此，新診斷的案例中，約七成為局部攝護腺癌，也就是未轉移，另外三成是已轉移的攝護腺癌。

局部攝護腺癌又可分為早期（約 1/3）及中期（2/3）。近年來，隨著抽血攝護腺特異抗原（prostate-specific antigen, PSA）的檢查廣泛使用，局部攝護腺癌的比率也逐漸增加。這些因為篩檢發現的無症狀腫瘤，很少造成病人死亡，九成的病人其實是死於其他疾病，如其他癌症、心臟病、糖尿病等。因此，並非每一位病人都需要接受積極侵入式的治療，以免除治療帶來的併發症，得不償失。

#### 局部攝護腺癌的積極性治療方式

局部攝護腺癌的積極性治療方式（即以治癒為目的），包括開刀（即攝護腺根除性手術，包括傳統開刀、腹腔鏡、機械手臂等）、放射線治療、冷凍治療等。但是對於一個早期癌的病人而言，前述這些以治癒為目的的積極治療，未必能延長病人生命，或給病人帶來好處。相反地，這些積極治療，有時會造成病人長期的併發症，如尿失禁（10~20%）、勃起功能喪失（30~70%）、出血性直腸炎（20~40%）等，會不等程度地影響病人生活品質。

#### 局部攝護腺癌有什麼保守性治療的選項呢？（積極監控、觀察等待、局部攝護腺治療、荷爾蒙治療）

除了積極性治療外，還有什麼選擇，可以一方面不延誤病情（即不死於攝護腺癌），又可以避免治療的併發症呢？對於早期或低風險攝護腺癌病人，若只想接受保守性治療，「積極監控（active surveillance）」與「觀察性等待（watchful waiting）」是兩種國際上常使用的正式方法。「局部攝護腺治療（例如：經尿道攝護腺刮除術或雷射手術）」與「荷爾蒙治療」則是兩種介於侵入性治療與保守治療之間的方法，但是目前並未獲得正式認可，只適用在少數的病人。

#### 「積極監控」與「觀察性等待」有什麼不同？

「積極監控」與「觀察性等待」都是不立即治療腫瘤的追蹤策略。但在意義上，「積極監控」仍保有治癒腫瘤的企圖，只是需要積極治療的時候“未到”，當腫瘤出現可能進展的信號（通常是用核磁共振及再次切片來確定），醫師才會啟動積極治療（如：開刀或放射線治療）。一般來說，此時才開始治療，長期追蹤的治療效果也很好，與一診斷就立即接受開刀或放射線治療，沒有差別。相反的，如果在病人的有生之年，腫瘤都沒有進展或出現任何警訊，就只需要追蹤，與其和平共存就好。因此，「積極監控」的重點在定期追蹤，持續評估腫瘤狀況，是否仍適合繼續追蹤觀察。

第1頁 / 共2頁

臺大醫院泌尿部、臺灣楓城泌尿學會 關心您

更多資訊: [www.TMUA.org.tw](http://www.TMUA.org.tw)



依據研究，約有 3 成的病人，最後還是接受了各種積極治療方式，但是 7 成多的病人，終其一生不須接受積極治療，可與腫瘤和平共存。根據美國的一項大規模長期研究，不管年紀為何，選擇積極監控的病人，其 10 年內死於攝護腺癌的機會只有 4%。而一開始就選擇開刀的人，仍有 2% 的病人死於攝護腺癌，兩者在生存統計上沒有差別。絕大多數之病人，是死於其他疾病，例如心血管疾病、糖尿病、或其他癌症。

「觀察性等待」就沒有治癒腫瘤的企圖，只有當腫瘤造成症狀或轉移時，才會開始進行治療。此時通常是用荷爾蒙治療或放射線治療為主。也因為如此，「觀察性等待」比較適合身體狀況較差，或預期生命較短（如：同時有其他癌症）的病人。根據北歐的一項大規模長期研究，不管年紀為何，選擇觀察性等待的人，其 10 年內死於攝護腺癌的機會只有 15%。而一開始就選擇開刀的人，仍有 10% 的病人死於攝護腺癌。有趣的是，65 歲以上的病人，觀察性等待或開刀的存活結果是一樣的，約有 10% 的病人死於攝護腺癌，也就是說，年紀愈大（超過 65 歲），積極治療的好處愈低，觀察性等待反而沒有損失。不管如何，絕大多數之病人，是死於其他疾病。

### 哪些病人適合適合「積極監控」？

根據國際的治療指引，積極監控主要適用於以下三類攝護腺癌病人：

1. 非常低度復發風險 (very low risk) 腫瘤，且病人預期餘命小於 20 年者。

非常低度復發風險須同時具備以下所有條件：

- (1) 肛門指檢觸摸不到腫瘤。
- (2) 腫瘤分化良好（葛里森分數 Gleason score  $\leq 6$  分）。
- (3) 攝護腺特異抗原 (PSA) 指數小於 10 ng/ml。
- (4) 在所有攝護腺切片中，少於 3 條切片有癌細胞。
- (5) 任何一條有癌細胞的切片面積，未超過該切片的 50%。
- (6) 攝護腺特異抗原密度（攝護腺特異抗原數值除以攝護腺體積）小於 15%。

2. 低度復發風險 (low risk) 腫瘤，且病人預期餘命小於 10 年者。

低度復發風險須同時具備以下所有條件：

- (1) 肛門指檢觸摸不到腫瘤或僅有單側小腫瘤 (T1c 到 2a 期)。
- (2) 腫瘤分化良好（葛里森分數  $\leq 6$  分）。
- (3) 攝護腺特異抗原 (PSA) 指數小於 10 ng/ml。

3. 中度復發風險腫瘤，病人預期餘命小於 10 年，且有高度配合追蹤意願者。

原則上此類病人應接受積極性治療，但如能配合追蹤，且瞭解未立即接受積極性治療的風險（腫瘤可能進展到無法治癒），仍可進行積極監控。

中度復發風險須至少具備以下條件之一項：

