

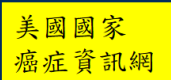
攝護腺癌症系列介紹

第二篇、『局部性/局部淋巴腺侵犯性攝護腺癌』的最新治療

^{1,2} 蔣智宏 副教授 ² 洪健華 醫師/博士 ² 黃昭淵 教授

¹ 桃園醫院泌尿外科 ² 臺大醫院泌尿科

回顧介紹攝護腺癌的中文專業醫療文獻，鮮少有從精準診斷、局部性、局部淋巴腺侵犯性、非轉移性與轉移性攝護腺癌的完整專業中文詳細攝護腺癌系列介紹。本篇根據美國最新國家癌症資訊網NCCN 2024年攝護腺癌早期偵測第二版/攝護腺癌治療指引第四版完整的翻譯成中文，希望透過清晰易懂的專業中文攝護腺癌系列介紹，讓有興趣深入了解的病人與家屬可以從精準切片診斷到各期別攝護腺癌最新治療有最正確完整的認識，避免醫病雙方因為資訊不對等造成彼此的誤會。請務必自己充分了解後再與您的主治醫師詳細討論共同決定最适合自己的治療方式(本系列只是概略介紹，每位病人狀況皆有差異，詳細病況還是要多尊重醫師對您的專業判斷與建議)。

美國國家癌症資訊網

National Comprehensive Cancer Network®

NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®)

攝護腺癌 **Prostate Cancer**

2024年第4版 **Version 4.2024** — May 17, 2024

NCCN.org

NCCN Guidelines for Patients® available at www.nccn.org/patients

Continue

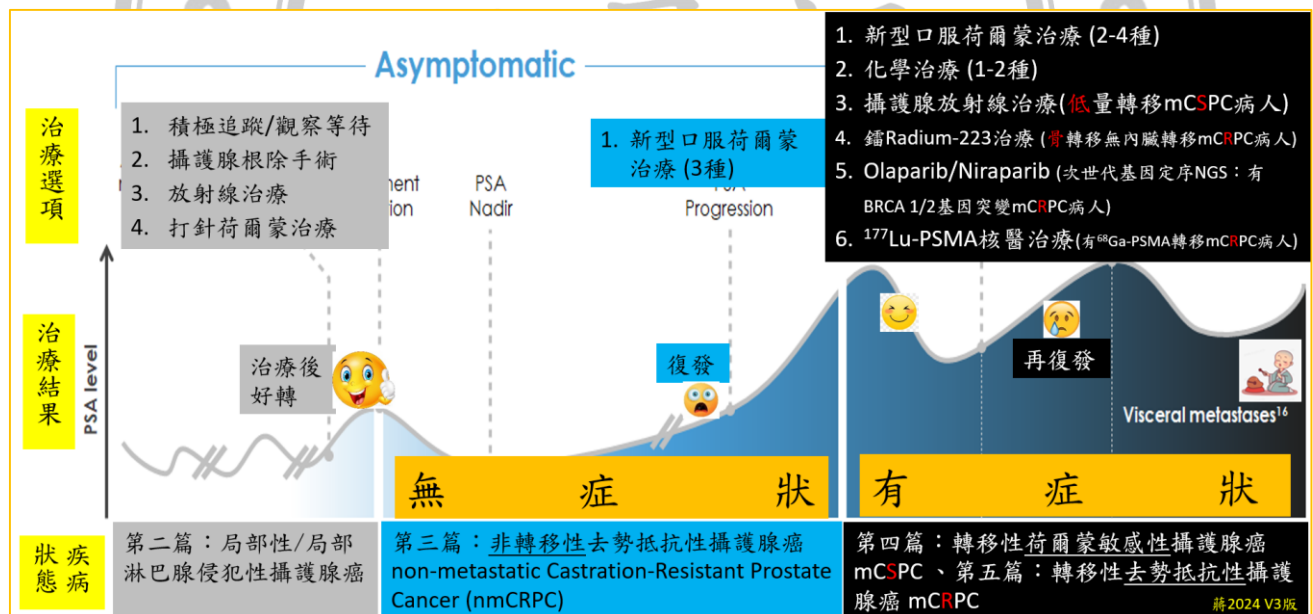


臺大醫院泌尿部、臺灣楓城泌尿學會 關心您
更多資訊: www.TMUA.org.tw



另外最重要的是臺灣健保給付規定如何。雖然臺灣健保給付速度跟不上最新的全球臨床試驗，但是已經涵蓋超過9成以上昂貴的新藥與新手術，這是臺灣民眾莫大的福氣。本系列會清楚介紹哪一些手術/藥物健保有給付，哪一些最新的手術/藥物是健保還跟不上最新學術研究結果與準則，選用時還需要自費(2024/5前)的完整介紹(本系列只是概略介紹，各醫院的狀況皆有些許差異，詳細自費金額還是要多尊重各醫院各自的考量，沒有全國一致的標準)。

本攝護腺癌系列共分成五部份從精準切片診斷到各期別攝護腺癌最新治療方式的完整介紹，包括**第一篇**、精準攝護腺癌診斷；**第二篇**、局部性/局部淋巴腺侵犯性攝護腺癌的最新治療；**第三篇**、『非轉移性去勢抵抗性攝護腺癌non-metastatic Castration-Resistant Prostate Cancer (nmCRPC)』的最新治療；**第四篇**、『轉移性荷爾蒙敏感性攝護腺癌metastatic Castration-Sensitive Prostate Cancer (mCSPC)』的最新治療；**第五篇**、『轉移性去勢抵抗性攝護腺癌metastatic Castration-Resistant Prostate Cancer (mCRPC)』的最新治療[圖A]。



● 圖 A. 攝護腺癌不同期別的簡要治療方法與疾病病程概略介紹。各期別詳細介紹與治療，請參閱本系列**第二篇**、局部性/局部淋巴腺侵犯性攝護腺癌的最新治療；**第三篇**、『非轉移性去勢抵抗性攝護腺癌 non-metastatic Castration-Resistant Prostate Cancer (nmCRPC)』的最新治療；**第四篇**、『轉移性荷爾蒙敏感性攝護腺癌 metastatic Castration-Sensitive Prostate Cancer (mCSPC)』的最新治療與；**第五篇**、『轉移性去勢抵抗性攝護腺癌 metastatic Castration-Resistant Prostate Cancer (mCRPC)』的最新治療。



第二篇、『局部性/局部淋巴腺侵犯性攝護腺癌』的最新治療

一、攝護腺癌的初步治療簡介.....	1
二、局部性攝護腺癌(cTxNOMO)的詳細治療介紹.....	4
● 局部性攝護腺癌的分類.....	4
1. 低度(Low Risk)復發風險局部性攝護腺癌的治療.....	6
➢ 預期餘命小於 10 年：觀察等待 Observation 完全無需治療.....	8
➢ 預期餘命大於 10 年.....	8
I. 積極追蹤 Active Surveillance(推薦).....	8
● 臺大醫院泌尿科積極追蹤 Active Surveillance 的現況.....	8
II. 體外放射線治療(俗稱“電療”).....	8
III. (達文西輔助)攝護腺根除手術.....	9
● 『達文西機器手臂輔助系統 Da Vinci Robotic Surgical System』.....	9
2. 良好中度(Favorable Intermediate Risk)復發風險局部性攝護腺癌的治療.....	10
● 預期餘命大於 10 年：1. 積極追蹤 Active Surveillance、2. 單純體外放射線治療或 3. 攝護腺根除手術 ± 淋巴腺清除術.....	12
● 預期餘命 5-10 年：1. 體外放射線治療、2. (首選)觀察等待完全無需治療.....	12
3. 較差中度(Unfavorable Intermediate Risk)復發風險局部性攝護腺癌的治療.....	13
● 預期餘命大於 10 年：1. 攝護腺根除手術 + 淋巴腺清除術、2. 體外放射線治療 + 全身性荷爾蒙針劑治療 4-6 個月.....	14
● 預期餘命 5-10 年：1. 體外放射線治療 + 全身性荷爾蒙針劑治療 4-6 個月、2. 觀察等待 Observation 完全無需治療.....	14
4. 高度 High Risk 復發風險局部性攝護腺癌的治療.....	15
● 預期餘命大於 5 年，或是「有症狀」的病人：1. 體外放射線治療 + 全身性荷爾蒙針劑治療、2. 攝護腺根除手術 + 淋巴腺清除術.....	16



● 預期餘命小於 5 年而且「無症狀」的病人：1. 觀察等待 Observation 完全無需治療、2. 單純全身性荷爾蒙針劑治療、3. 單純體外放射線治療.....	17
三、 局部淋巴侵犯性(cTxN1M0)攝護腺癌的治療.....	17
● 局部淋巴侵犯性(cTxN1M0)攝護腺癌的定義.....	17
1. 局部淋巴侵犯性(cTxN1M0)攝護腺癌的治療.....	18
● 預期餘命大於 5 年或是「有症狀」的病人：1. 體外放射線治療 + 全身性荷爾蒙針劑治療±口服新型全身性荷爾蒙 Abiraterone 治療、2. 全身性荷爾蒙針劑治療 ± 口服新型全身性荷爾蒙 Abiraterone 治療、3. 攝護腺根除手術 + (擴大)淋巴腺清除術.....	20
● 預期餘命小於 5 年而且「無症狀」的病人：1. 觀察等待 Observation 完全無需治療、2. 單純全身性荷爾蒙針劑治療.....	20
四、 臺灣健保對於局部性/局部淋巴腺侵犯性攝護腺癌的給付現況(~2024/6)	21
● 『局部性攝護腺癌』健保與自費項目	21
➢ 達文西機器手臂輔助手術系統『相關耗材費』的自費部分.....	22
● 『局部淋巴侵犯性攝護腺癌』健保與自費項目	26
五、 『局部性/局部淋巴侵犯性攝護腺癌』治療小總結與建議.....	26



第二篇、『局部性/局部淋巴腺侵犯性攝護腺癌』的最新治療

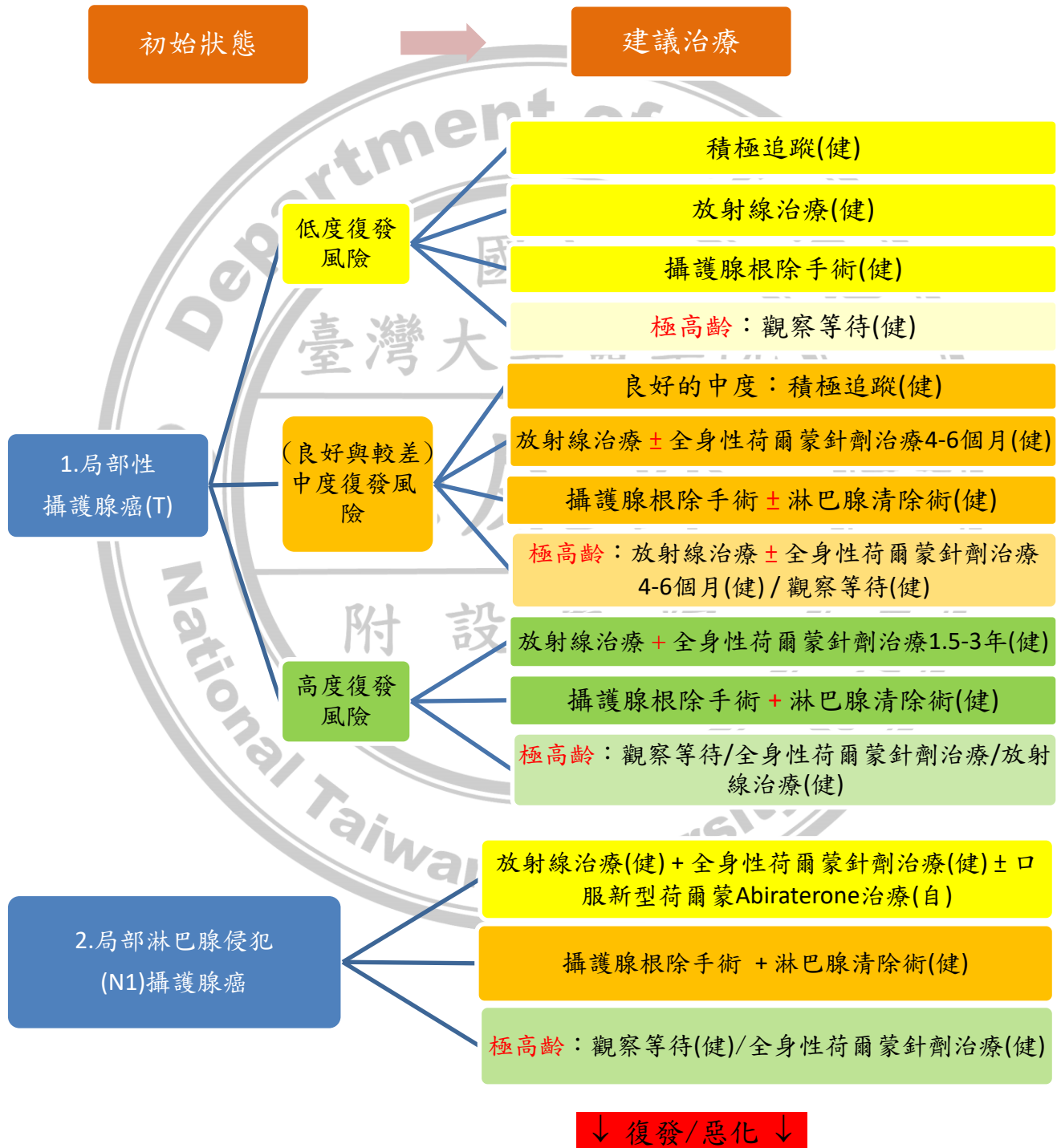
一、攝護腺癌的初步治療簡介

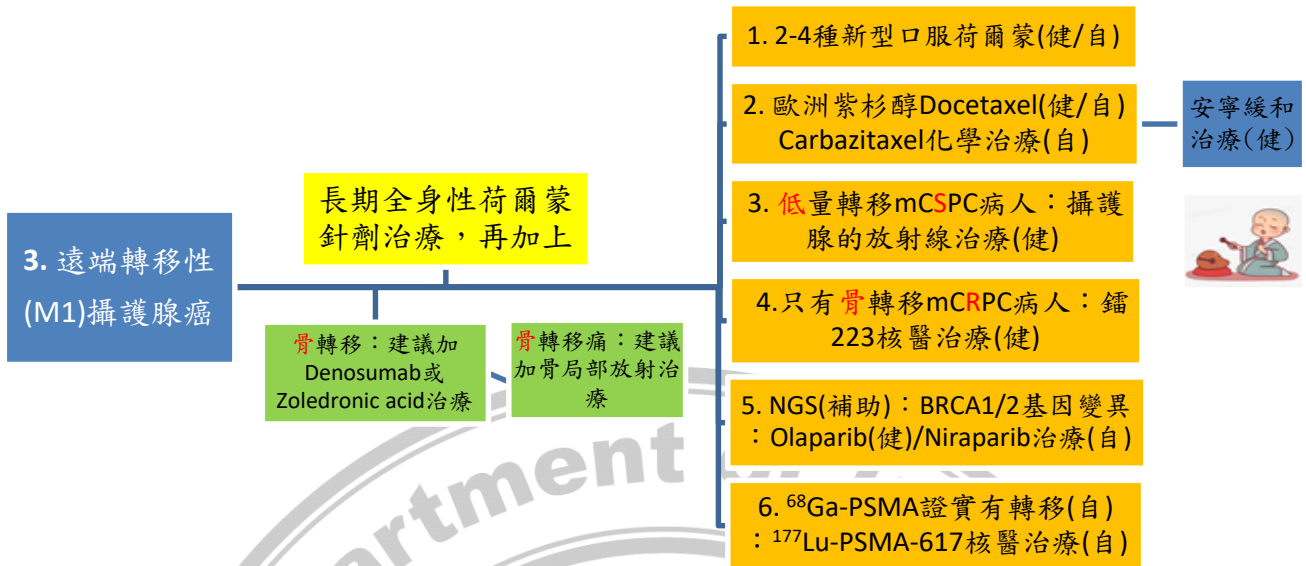
臨床上，我們將癌症的狀態以腫瘤分期系統 TNM 來描述，T 為 Tumor(腫瘤)描述腫瘤自身狀態為主，例如腫瘤的大小(T1-2)、有無侵犯到攝護腺膜以外(T3a)或侵犯到儲精囊(T3b)、或侵犯到攝護腺以外區域(T4)；N 為 Lymph Node(淋巴腺)，顯示腫瘤是否侵犯或轉移到攝護腺附近的淋巴腺，若無為 N0，若有為 N1；最後 M 意指 Metastasis(轉移)，表示腫瘤有沒有遠端轉移到其他身體部位，若無為 M0，若有，則看部位再做區別，轉移位置分為骨盆外遠端淋巴腺轉移(M1a)、全身骨頭轉移(M1b)或遠端臟器轉移(如肝或肺臟)(M1c)。

攝護腺癌一開始如果早期被發現，通常是 1. 局部性(cTxN0M0)或 2. 局部淋巴腺侵犯性攝護腺癌(請參閱本篇)；3. 對於原本是局部性/局部淋巴腺侵犯性攝護腺癌，經由積極追蹤/觀察等待或攝護腺根除手術或放射線治療後 PSA 逐漸上升，「雖然持續荷爾蒙治療但是 PSA 仍持續上升、但無轉移的影像學證據、也無轉移的任何症狀，但近期轉移出去的可能性極高」，此特殊的狀態稱做『非轉移性去勢抵抗性攝護腺癌 non-metastatic Castration-Resistant Prostate Cancer (nmCRPC)』(請參閱第三篇)；4. nmCRPC 繼續進展的下一個階段就是真正已經轉移的轉移性攝護腺癌，分成兩種：a. 「初診斷還未治療就轉移」，或者是 b. 原本是局部性/局部淋巴腺侵犯性攝護腺癌，經由攝護腺根除手術或放射線治療的局部治療(無荷爾蒙治療)後疾病不幸進展至骨頭或內臟的轉移狀態，稱為『轉移性荷爾蒙敏感性攝護腺癌 metastatic Castration-Sensitive Prostate Cancer (mCSPC)』(請參閱第四篇)、與 5. 原本是 nmCRPC 持續荷爾蒙治療但疾病仍進展成轉移性疾病，或是 mCSPC 雖然已經給予荷爾蒙治療但 PSA 又持續上升或轉移部位持續增加，此狀態稱作『轉移性去勢抵抗性攝護腺癌 metastatic Castration-Resistant Prostate Cancer (mCRPC)』(請參閱第五篇)。



- 表 1.不同期別攝護腺癌簡要中文治療流程圖(翻譯自美國國家癌症資訊網 NCCN 2024 年第四版)
(詳細的治療方式請參閱本系列第二篇、局部性/局部淋巴腺侵犯性攝護腺癌的最新治療；第三篇、「非轉移性去勢抵抗性攝護腺癌 non-metastatic castration-resistant prostate cancer (nmCRPC)」的最新治療；第四篇、「轉移性荷爾蒙敏感性攝護腺癌 metastatic castration-sensitive prostate cancer (mCSPC)」與第五篇、「轉移性去勢抵抗性攝護腺癌 metastatic castration-resistant prostate cancer (mCRPC)」的最新治療)





臨床上[表 1]，1. 局部性(cTxN0M0)或 2. 局部淋巴腺侵犯性(cTxN1M0)攝護腺癌，依照「腫瘤惡性程度與期別高低」與「預期餘命」這兩項主要的考量，建議的治療方式為積極追蹤/觀察等待、攝護腺根除手術、放射線治療、全身性荷爾蒙針劑治療等；而 3. 遠端轉移性攝護腺癌(cTxNxM1) 治療方式則建議終身全身性荷爾蒙針劑治療為基礎(請參閱本系列第三、四、五篇)，根據風險高低以及對賀爾蒙治療的敏感性，還多了 1. 2-4 種新型口服荷爾蒙治療、2. 2 種化學治療、3. 只針對低量轉移「轉移性荷爾蒙敏感性攝護腺癌 metastatic Castration-Sensitive Prostate Cancer (mCSPC)」病人的攝護腺放射線治療、4. 只針對「轉移性去勢抵抗性攝護腺癌 metastatic Castration-Resistant Prostate Cancer (mCRPC)」骨轉移病人的鐳 Radium-223 核醫治療、5. 次世代基因定序(Next Generation Sequencing, NGS)針對「有 BRCA1 或 BRCA2 基因變異」mCRPC 病人的口服 PARP 抑制劑 Olaparib / Niraparib 以及 6. 只針對「診斷性 ⁶⁸ Ga-PSMA 正子攝影 PET scan/電腦斷層 CT 確認有 PSMA 陽性」mCRPC 病人的治療性 ¹⁷⁷Lu-PSMA-617 核醫治療，皆可大幅增加不同類型轉移性攝護腺癌的治療效果並有效延長生命，可謂天大的救命好消息。

本篇(第二篇)依序介紹局部性與局部淋巴腺侵犯性攝護腺癌的最新治療。



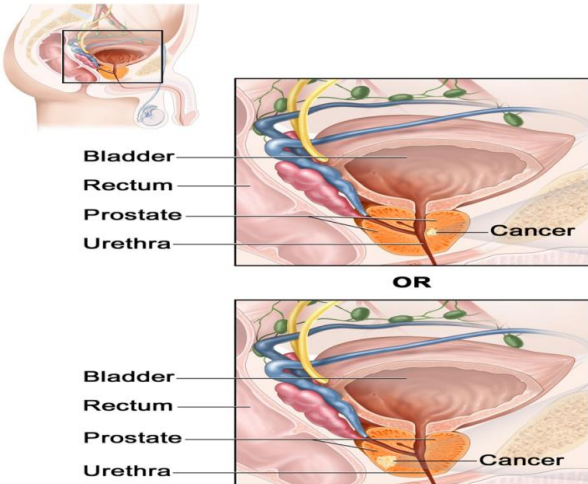
二、局部性攝護腺癌(cTxN0M0)的詳細治療介紹

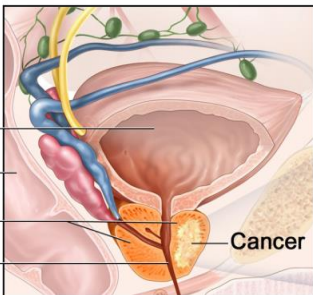
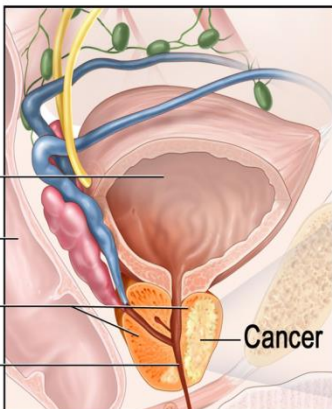
● 局部性攝護腺癌的分類：

疾病分類與分期非常重要，先確定分類才知道如何正確治療。

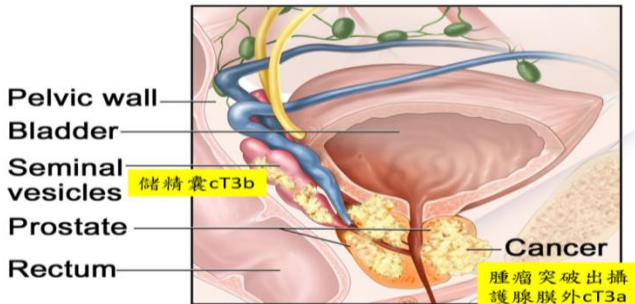
局部性攝護腺癌(臨床期別 clinical stage cTxN0M0、就是無淋巴轉移 NO、無遠端轉移 M0)，可根據腫瘤臨床指標(1) PSA 指數高低、(2)癌症惡性度高低(病理報告中的格里森分數)及(3)腫瘤局部侵犯程度等三項，將局部性攝護腺癌依復發機率分為 1. 低度、2.良好中度、3.較差中度與 4. 高度復發風險，四種分類詳細說明請參照下表 2。

● 表 2. 三種局部性攝護腺癌：1.低度 Low Risk、2.良好中度 Favorable Inter-mediate Risk、3.較差中度 Unfavorable Inter-mediate Risk、4.高度 High Risk 復發風險攝護腺癌分類說明

復發機率	中文說明
1. Low Risk 低度復發風險	● 符合以下全部條件 1. cT1 (肛門指診摸不到攝護腺病灶) – cT2a (攝護腺內病灶只在一側並少於 1/2) 2. Grade Group 1 (格里森分數 Gleason Score 3+3=6) 3. PSA < 10 ng/ml
 Low Risk Prostate Cancer Found by: Needle biopsy Grade Group: 1 格里森分數3+3 PSA level: Less than 10 < 10 ng/ml OR Found by: Digital rectal exam Grade Group: 1 格里森分數3+3 PSA level: Less than 10 < 10 ng/ml Cancer in: 1/2 or less of one side cT1 (肛門指診摸不到攝護腺病灶) 或 cT2a (攝護腺內病灶只在一側並少於1/2)	
● 圖片引用自網路公開資訊 https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/stage-i-prostate-cancer	

中度復發風險說明：中度復發風險因子(IRF Intermediate Risk Factor) 1. <u>cT2b</u>(攝護腺內病灶只在一側並多於 1/2) - <u>T2c</u> (左右兩側攝護腺都有病灶)； 2. <u>Grade group 2-3</u> (格里森分數 Gleason Score 3+4 或 4+3)； 3. <u>PSA 10-20 ng/ml</u>	
2. 良好 Favorable intermediate	符合全部三項 ● 有一項中度復發風險因子 IRF ● Grade Group 2 (格里森分數 Gleason Score 3+4) ● < 50%切片條陽性[切片 12 條，<6 條有腫瘤]
Bladder Rectum Prostate Urethra  Cancer Favorable Intermediate Risk Prostate Cancer Grade Group: 2 格里森分數3+4 PSA level: Less than 20 10 – 20 ng/ml Cancer in: One or both sides cT2b (病灶只在一側並多於1/2)或 cT2c (左右攝護腺都有病灶) ● 圖片引用自網路公開資訊 https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/stage-ii-prostate-cancer	
3.較差 Unfavorable intermediate	符合 ≥ 1 項 ● 有 2-3 項中度復發風險因子 IRF ● Grade Group 3 (格里森分數 Gleason Score 4+3) ● ≥ 50%切片條陽性[切片 12 條，≥6 條有腫瘤]
Bladder Rectum Prostate Urethra  Cancer Unfavorable Intermediate Risk Prostate Cancer Grade Group: 3 格里森分數4+3 PSA level: Less than 20 10 – 20 ng/ml Cancer in: One or both sides cT2b (病灶只在一側並多於1/2)或 cT2c (左右攝護腺都有病灶) ● 圖片引用自網路公開資訊 https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/stage-ii-prostate-cancer	

4. High Risk 高度復發風險	● 符合以下條件之一就屬高度復發風險 1. cT3a(腫瘤突破出攝護腺膜外)、cT3b(侵犯到儲精囊) 2. Grade group 4/5 (格里森分數 Gleason score 8-10) 3. PSA > 20 ng/ml
-----------------------------------	---



High Risk Prostate Cancer
符合以下條件之一就是

Grade Group: 格里森分數8-10

PSA level: > 20 ng/ml

Cancer has: Spread to the seminal vesicles or nearby tissue or organs

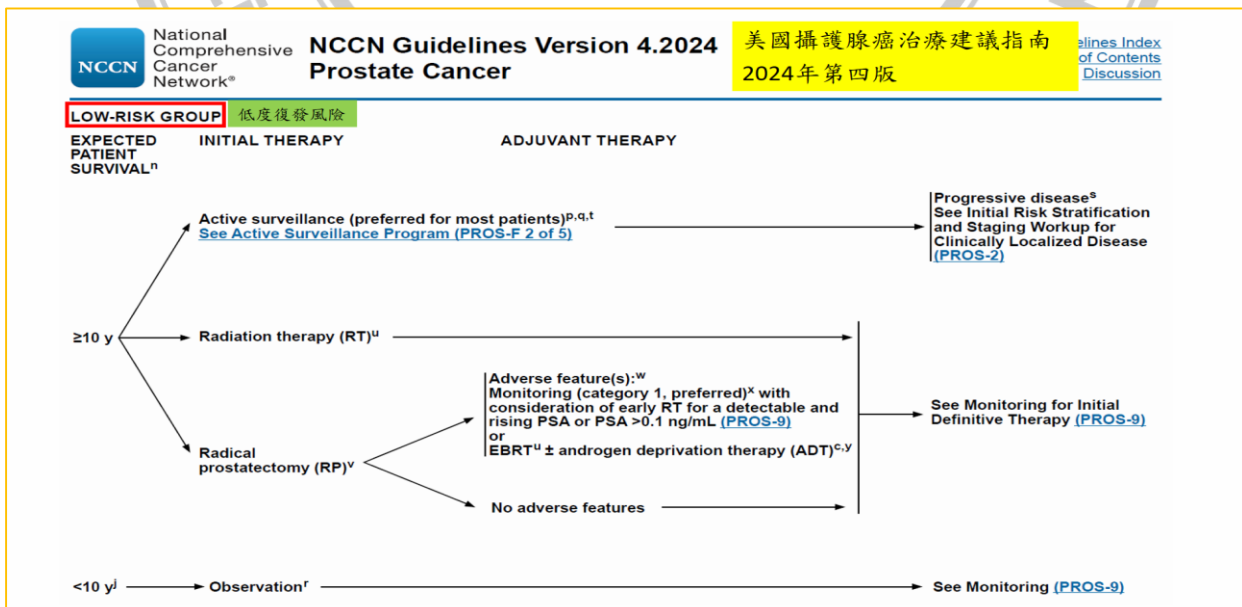
≥ cT3a (腫瘤突破出攝護腺膜外) 或 cT3b (病灶侵犯到儲精囊)

● 圖片引用自網路公開資訊 <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/stage-iii-prostate-cancer>

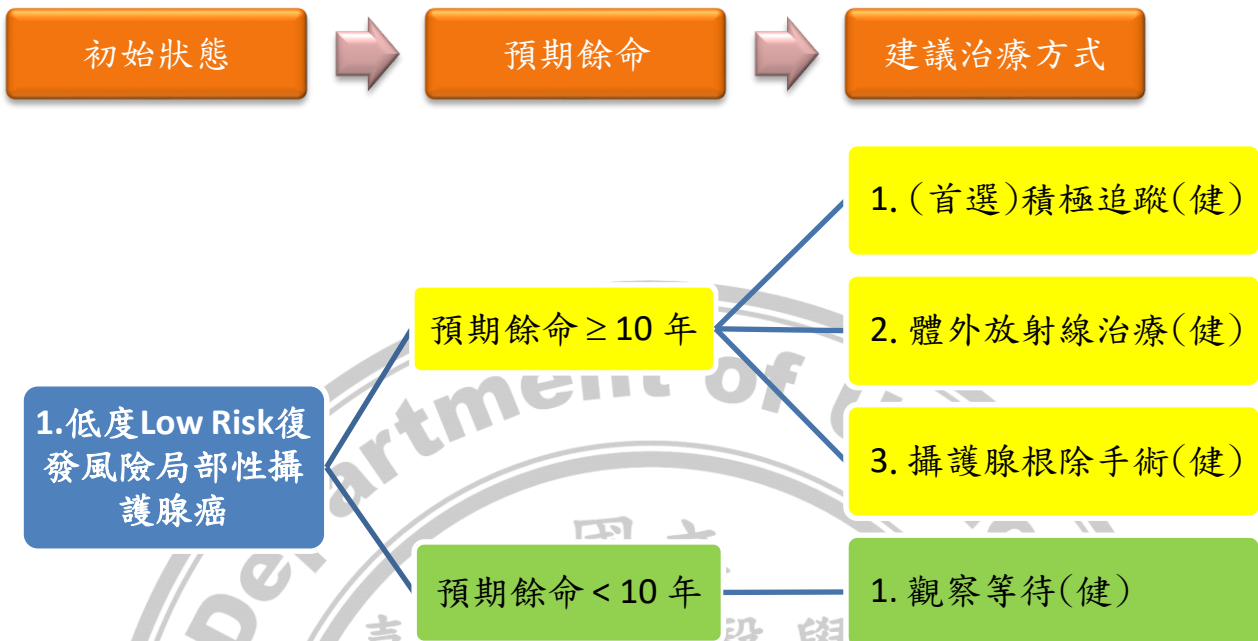
本篇以下依序介紹 1. 低度(Low Risk)復發風險、2. 良好中度(Favorable Intermediate Risk)復發風險、3. 較差中度(Unfavorable Intermediate Risk)復發風險與 4.高度(High Risk)復發風險攝護腺癌 2024 年中英文的最新治療。

1. 低度(Low Risk)復發風險局部性攝護腺癌的治療

- 美國國家癌症資訊網 NCCN 2024 年第四版治療指引原文如下：

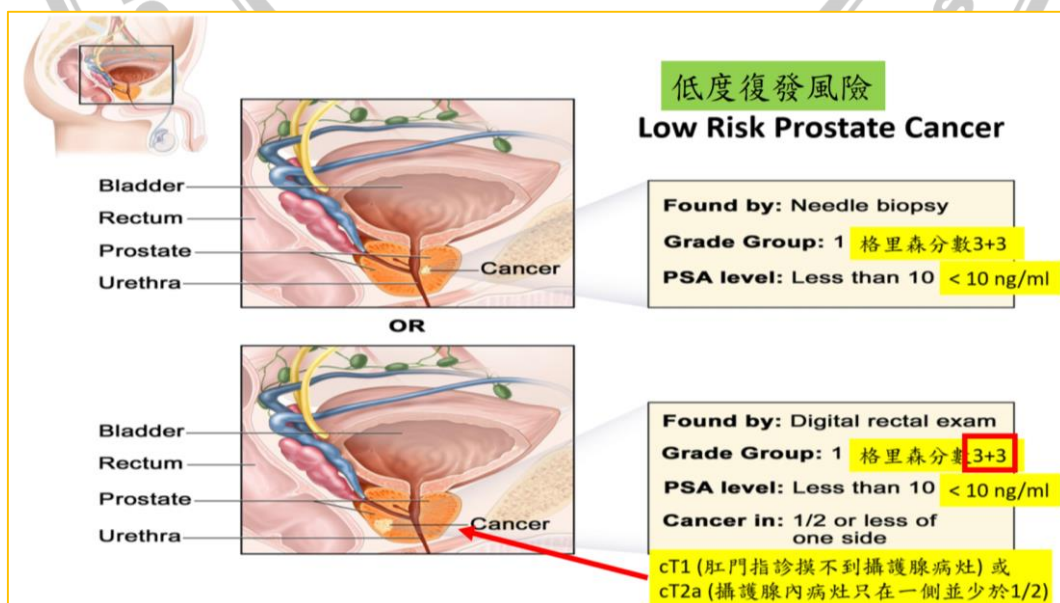


● 表 3. 低度復發風險 Low Risk 局部性攝護腺癌簡要中文翻譯治療流程圖如下



低度復發風險(Low Risk)局部性攝護腺癌的鑑別標準為符合三低全部：

1. 癌症惡性度低：格里森分數 Gleason Score 小於或等於 6；
2. PSA 低：PSA 指數小於 10 ng/ml；
3. 期別低：肛門指診摸不到攝護腺病灶(cT1)或攝護腺內病灶只在一側並少於 1/2 (cT2a)。



如果病人預期餘命小於 10 年，低度復發風險局部性攝護腺癌在病人有生之年幾乎可說不會造成生命的危害，所以觀察等待 Observation 是國際通用的治療方式之一[表 3]，和積極追蹤治療類似但不相同，觀察等待幾乎是不安排各種檢查與再切片檢查，僅偶爾追蹤，如果真的有症狀出現再處理症狀即可。

如果病人預期餘命大於或等於 10 年，臨床會建議的標準治療有三種：

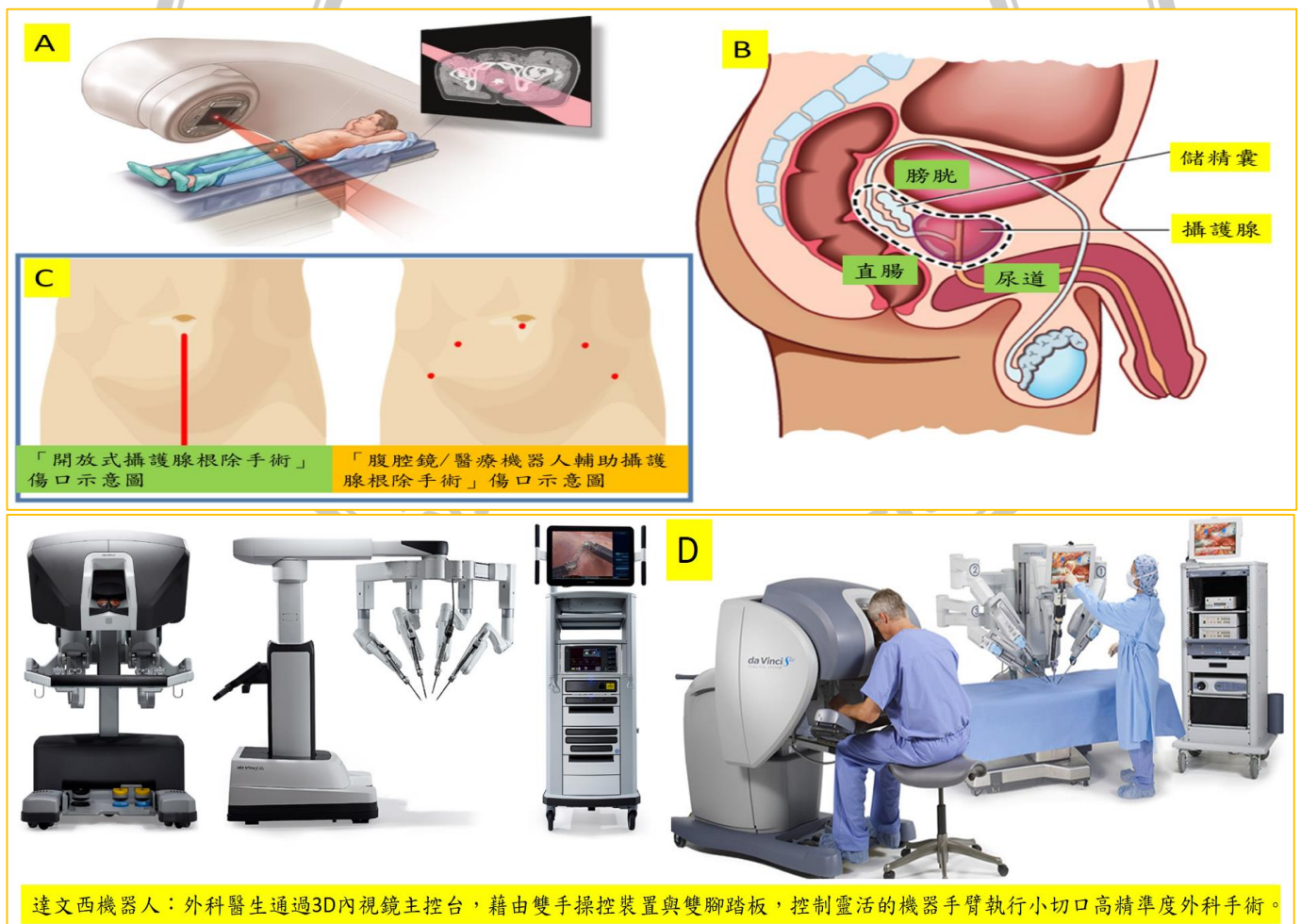
- I. 積極追蹤 Active Surveillance(推薦首選)：所有治療都有副作用，等到治療時機出現再治療，意指現階段不需立刻治療或現階段完全不需治療(不是不理疾病)，定期抽血監測 PSA 指數(一般設定 3 個月)、必要時定期執行磁共振造影檢查(mpMRI)、必要時再次進行攝護腺切片檢查，追蹤期間是積極觀察病程變化的，若上述指數都無變化，則持續追蹤，若任一項有病程進展(惡化)的跡象，即所謂的治療時機點出現，此時不宜繼續追蹤，應選擇其他治療方式，如攝護腺根除手術或放射線治療。
 - 臺大醫院泌尿科積極追蹤 Active Surveillance 的現況：臺大醫院門診有 400 多位攝護腺癌病患使用積極追蹤或觀察等待療法，長期追蹤發現，根據初始風險不同，五年約有 20%-40%病患因病況發展需轉而進行根除手術或放射線治療(初始風險較低，須轉換比例較低)，且沒有病患死於攝護腺癌。亦即，在診斷病人中有 60-80%的低、中復發風險攝護腺癌病人，或許真的不需要任何的治療。每一位病患的狀況不同，哪一種治療方式最適合病人，需與診治醫師共同討論找出最適合的治療方式。
- II. 體外放射線治療(俗稱“電療”)[圖 1A]：就是使用肉眼看不見的高能量光束照射腫瘤，破壞癌細胞的 DNA 和細胞內部分子，使癌細胞無法修復和分裂繁殖，造成癌細胞的死亡。放射線治療針對全部的攝護腺與儲精囊做精確放射線治療，每天照射一次，每星期五天(一天一次一周五天，可以讓癌細胞死亡，正常細胞也能喘息修復以降低副作用)，每次治療時間約 10 - 15 分鐘，共需治療七至八週共 39 次左右，劑量約 78Gy。比較常見的副作用大多為局部性功能障礙，短期比如局部皮膚紅斑，中長期如放射性膀胱炎與直腸炎，所幸隨著放射治療儀器設備越來越精準癌症控制率極佳，現在放射性膀胱炎與直腸炎等相關副作



用發生率也越來越低。

III. (達文西輔助)攝護腺根除手術[圖 1B、C]：就是經由手術的方式，將全部的攝護腺與儲精囊根除(圖 1B 的黃色部分)，再將尿道與膀胱重建接合(圖 1B 的綠色部分)，達到根治攝護腺癌的目的。隨著醫療器材的進步，手術進入的方式由過去「開放式手術」，進展到「腹腔鏡手術」與現今『達文西機器手臂輔助系統 Da Vinci Robotic Surgical System』。

- 『達文西機器手臂輔助系統 Da Vinci Robotic Surgical System』[圖 1D]：達文西機器人起步於軍事專利，由美國直覺公司 Intuitive Surgical Inc.開發，1999 年推出第一代達文西開始投入醫療市場後，徹底改變了全世界外科手術的新境界，目前市面上有兩代達文西機器人仍在運作，分別是 2007 年推出的第三代 Si 系統與 2014 年推出的第四代 Xi 系統。(關於台大醫院達文西機器手臂手術，請參閱之前 2015 年與 2018 年楓城泌尿學會的文章 <https://www.tmua.org.tw/health/31/content?page=1&continue=y>)。



- 圖 1. 體外放射線治療與攝護腺根除手術的說明與手術演進史：(A)體外放射線治療的治療狀況示意圖；(B)攝護腺根除手術切除黃色部分的攝護腺與儲精囊，再將綠色部分的膀胱與尿道重建，而且不能傷到直腸；(C)「開放式」與「腹腔鏡/達文西機器手臂輔助」攝護腺根除手術傷口示意圖；(D) 達文西機器手臂輔助系統 Da Vinci Robotic Surgical System，包含外科醫生控制台 Surgeon Console、病人端 3-4 個機器手臂 Patient-side cart、3D 高解析度影像系統 Visual cart。圖片引用自網路公開資訊(A) <https://www.mayoclinic.org/tests-procedures/external-beam-radiation-for-prostate-cancer/about/pac-20384743>；(B)(C) <https://lmu.com.au/robotic-assisted-laparoscopic-prostatectomy/>；(D) <https://www.excelencirobotica.pt/en/da-vinci-robotic-system/da-vinci-xi> & <https://drsherrythomas.com/2014/10/da-vinci-surgical-robotic-system/>

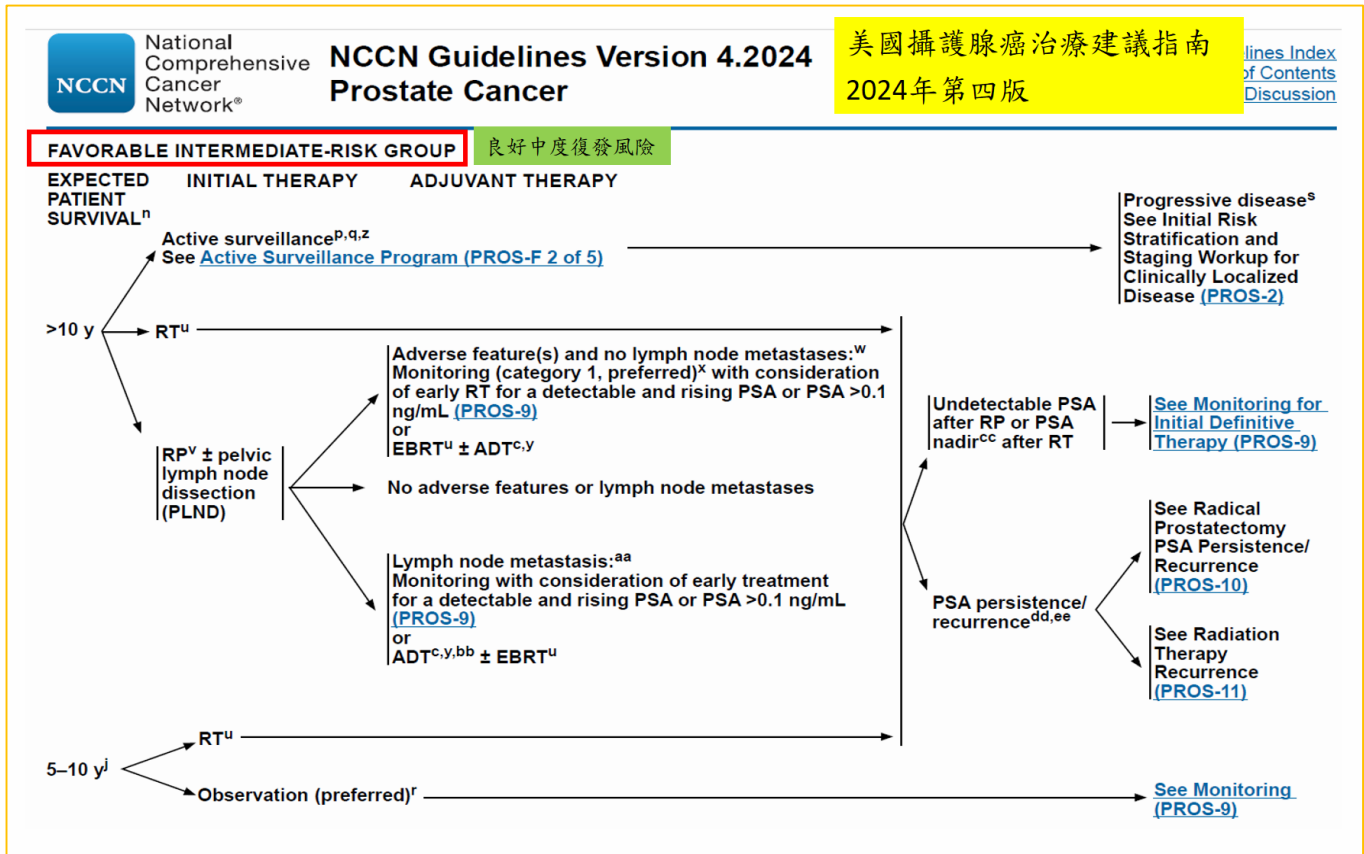
在外科醫生控制台 Surgeon Console 部分，外科醫生通過 3D 內視鏡主控台，藉由雙手操控裝置與雙腳踏板，控制達文西機器人靈活的機器手臂執行小切口高精準度外科手術；在病人端機器手臂 Patient-side cart 與 3D 高解析度影像系統 Visual cart 部分，所有人都可以藉由影像系統同步協助手術進行，病人身上有 3-4 個由主刀醫師操控的機器手臂執行手術，再由第二位在病人身邊的外科醫師協助更換機器手臂、執行止血夾與其他外科行為協助手術順利進行。達文西手術的手術視野可以放大 10 倍而且是可以分辨深淺的 3D 視野 (優於腹腔鏡)、配備 4 個具有關節的機械臂可以視情況互換而且能夠在七個軸上進行近 360°的運動、插入機器臂的套管從 12 毫米更縮小至 8 毫米、可以消除外科醫生的手顫抖並防止不自主運動，都是外科手術跨時代的進步，大幅保障手術病患的安全。

因為達文西機器人是外科手術演進的現在進行式，臺灣與全世界同步都必備這項全球獨家但昂貴的設備(售價約新台幣 8 千萬左右)，因為達文西輔助攝護腺根除手術已經證明比開放性手術更佳，健保已經有給付攝護腺根除『手術費用』，民眾另外需自費約 25 萬左右為達文西機器套組『相關耗材費』(主要的自費部分在此)。

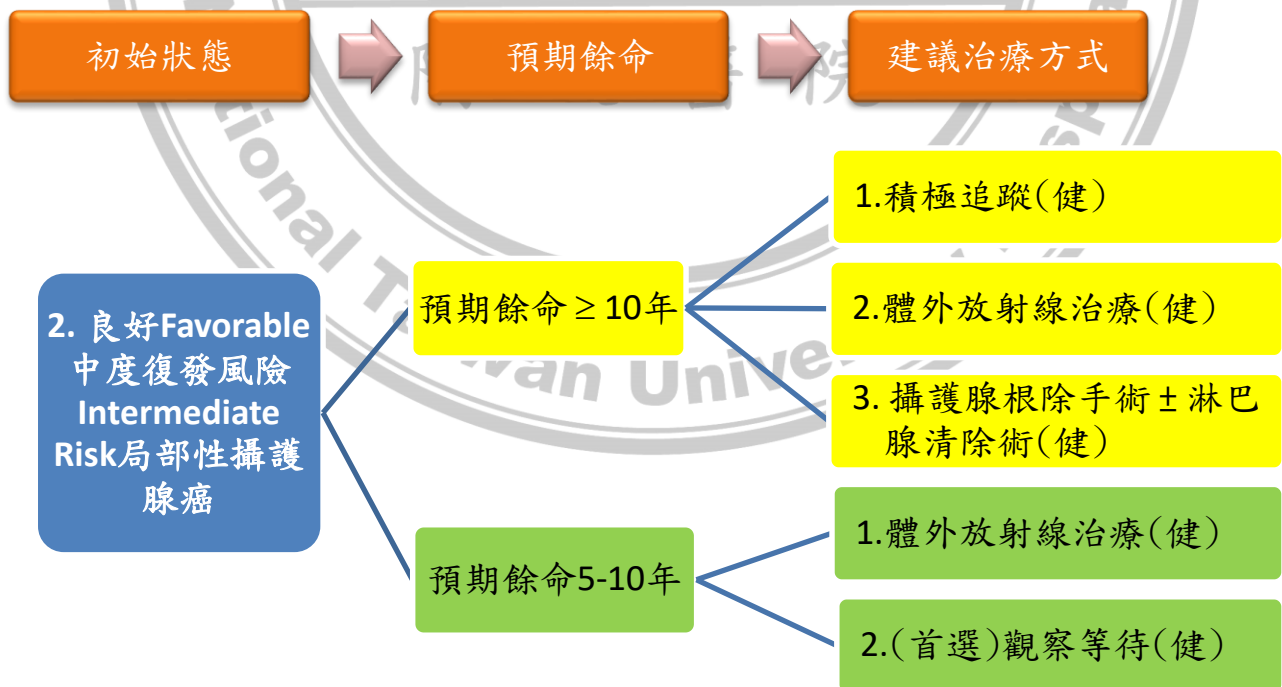
2. 良好中度(Favorable Intermediate Risk)復發風險局部性攝護腺癌的治療

- 美國國家癌症資訊網 NCCN 2024 年第三版治療指引原文如下：

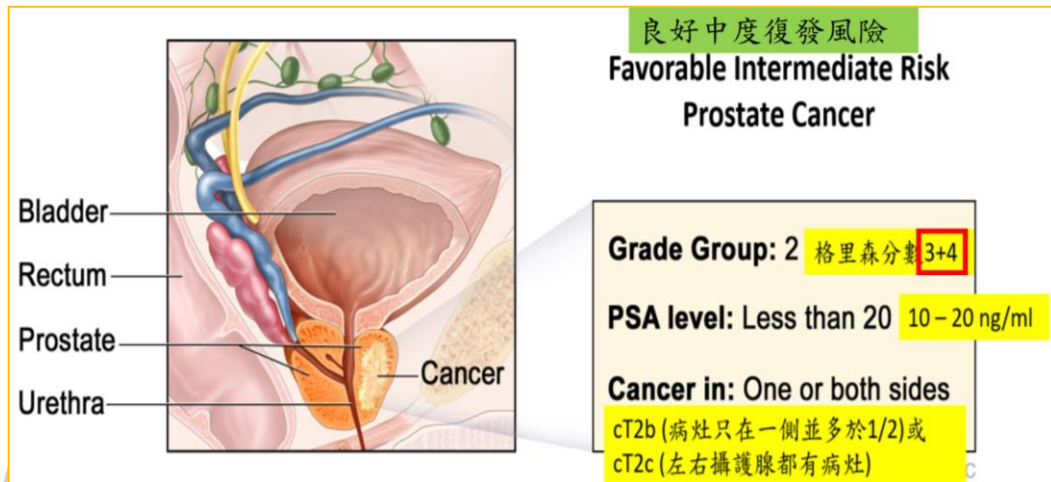




● 表 4. 良好中度復發風險(Favorable Intermediate Risk)局部性攝護腺癌簡要中文翻譯治療流程圖如下



中度復發風險 Intermediate Risk 攝護腺癌係指臨床指標 PSA 10-20 ng/ml + 臨床期別 cT2b-2cN0M0 [表 2]，中度可再細分為兩種，好一點的良好中度復發(Favorable)：腫瘤惡性度是格里森分數 Gleason Score 3+4，及差一點的較差中度復發(Unfavorable)：腫瘤惡性度是格里森分數 Gleason Score 4+3。



跟低度風險復發攝護腺癌相比，良好中度 Favorable 復發風險攝護腺癌的腫瘤惡性度因為更高一些(格里森分數 Gleason Score 3+3 ⇒ 3+4)，所以積極追蹤不再是首選的治療方式而是選項之一，對良好中度 Favorable 復發風險患者，預期餘命仍然是選擇治療方式的思考重點。一般如果預期餘命大於 10 年，會建議採用

1. 積極追蹤 Active Surveillance 或

2. 單純體外放射線治療或

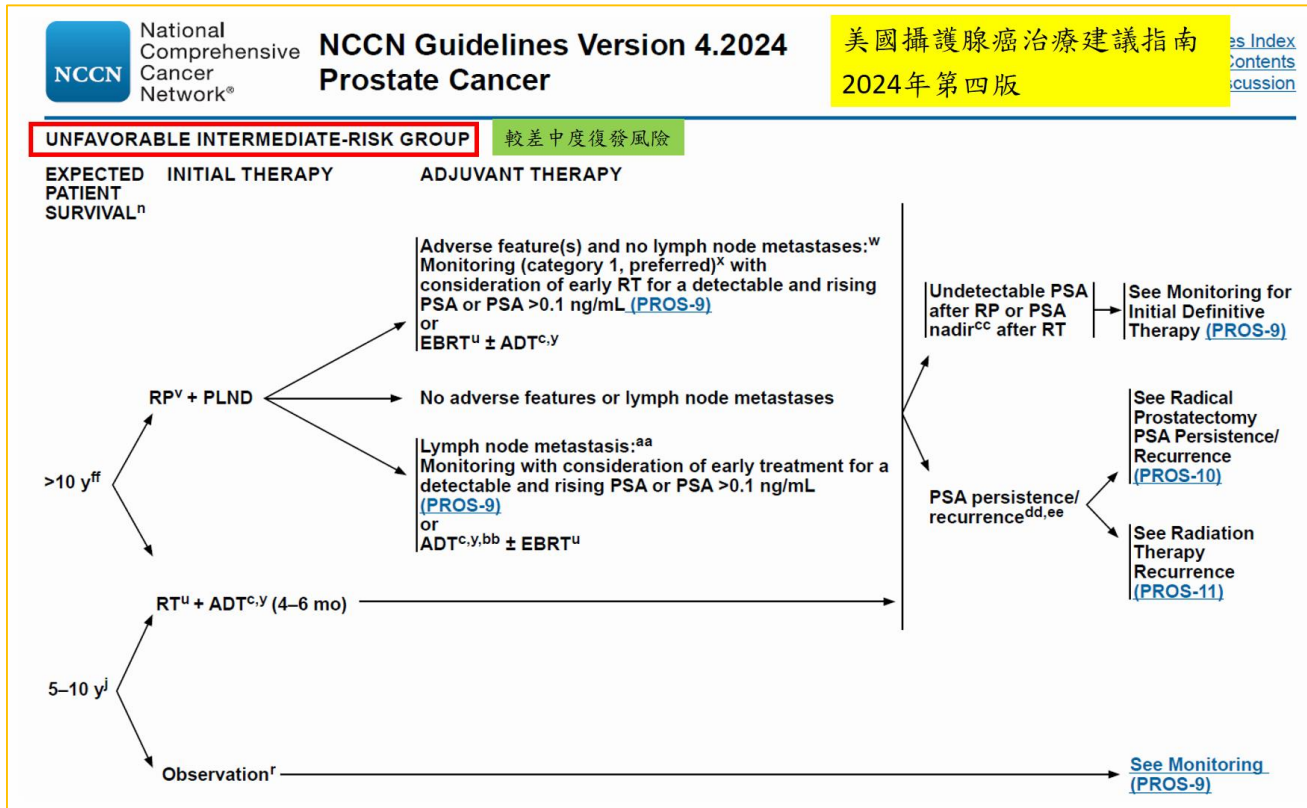
3. 攝護腺根除手術 ± 淋巴腺清除術：這個期別的病人若選擇攝護腺根除手術時，也應考慮合併執行淋巴腺清除術，以避免腫瘤有進展機會[表 4]。

若預期餘命僅餘 5-10 年的良好中度 Favorable 復發風險攝護腺癌患者，或許不治療甚至比治療更能保有生活品質，就不太建議積極追蹤或強度較高的攝護腺根除手術，而是推薦治療強度相對比較輕鬆的 1. 體外放射線治療或是 2. 完全不治療的觀察等待 Observation(首選)，因為對於此類患者來說，幾乎不會因良好中度 Favorable 復發風險局部性攝護腺癌而死亡，所以建議相對輕鬆的放射線治療或是觀察等待 Observation，反而是更適合的處理方式[表 4]。

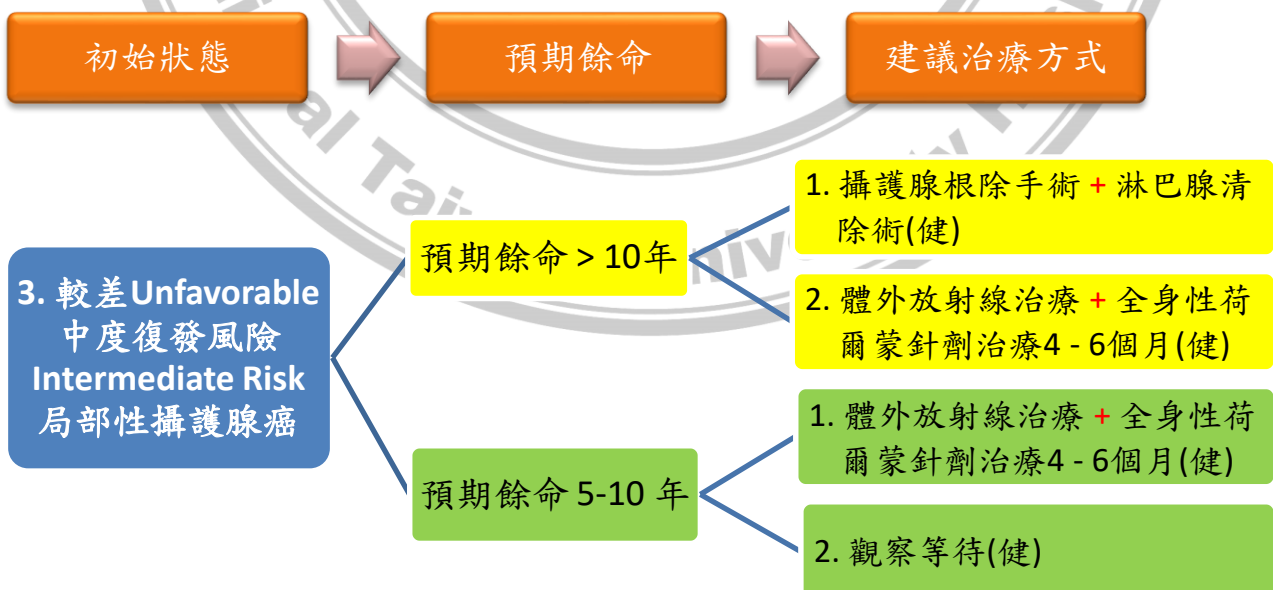


3. 較差中度(Unfavorable Intermediate Risk)復發風險局部性攝護腺癌的治療

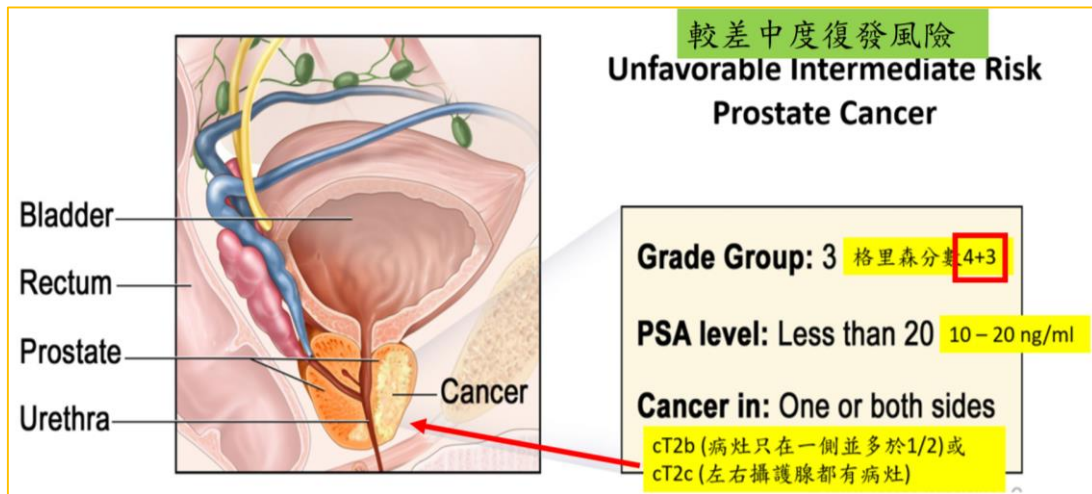
- 美國國家癌症資訊網 NCCN 2024 年第四版治療指引原文如下：



- 表 5.較差中度復發風險(Unfavorable Intermediate Risk)局部性攝護腺癌簡要中文翻譯治療流程圖如下



那針對中度復發風險局部性攝護腺癌中，腫瘤惡性度更高格里森分數 Gleason Score 4+3 的較差 Unfavorable 族群，臨床上會如何建議治療方式呢？



如果患者身體狀況允許，通常會建議選擇治療強度再高一點。一般來說如果預期餘命超過 10 年以上的較差中度 Unfavorable 復發風險攝護腺癌，建議治療方式已經沒有積極追蹤 Active Surveillance 選項，會建議的治療方式包含：

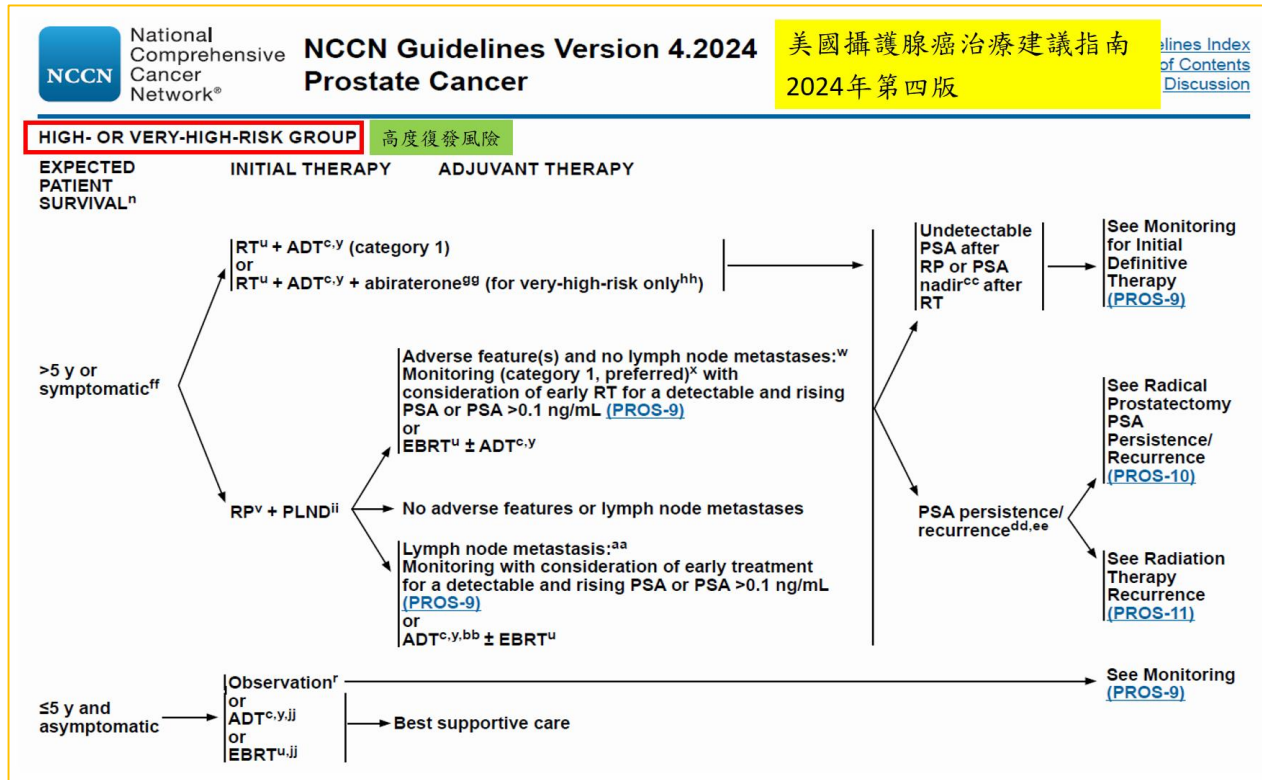
1. 攝護腺根除手術合併淋巴腺清除術：良好 Favorable 中度復發風險病人接受攝護腺根除手術，建議應考慮合併執行淋巴腺清除術，但是較差 Unfavorable 族群接受攝護腺根除手術，建議一定要合併執行淋巴腺清除術，以避免腫瘤有進展機會[表 5]。
2. 體外放射線治療合併全身性荷爾蒙針劑治療 4-6 個月：良好 Favorable 中度復發風險病人可以接受單純體外放射線治療，但是因為無法確認較差 Unfavorable 類型患者的病灶是否侵犯到攝護腺外，故除了對攝護腺與儲精囊做體外放射線治療外，建議要搭配全身性荷爾蒙針劑療法 4-6 個月才是完整的療程方式[表 5]。

對於預期餘命只有 5-10 年但身體相對硬朗的較差中度 Unfavorable 復發風險局部性攝護腺癌患者，亦可選擇治療強度已經夠高的 1. 體外放射線治療合併荷爾蒙針劑治療 4-6 個月；但若病人身體狀況不太理想時，2. 觀察等待(Observation)療法會更適合病人[表 5]。

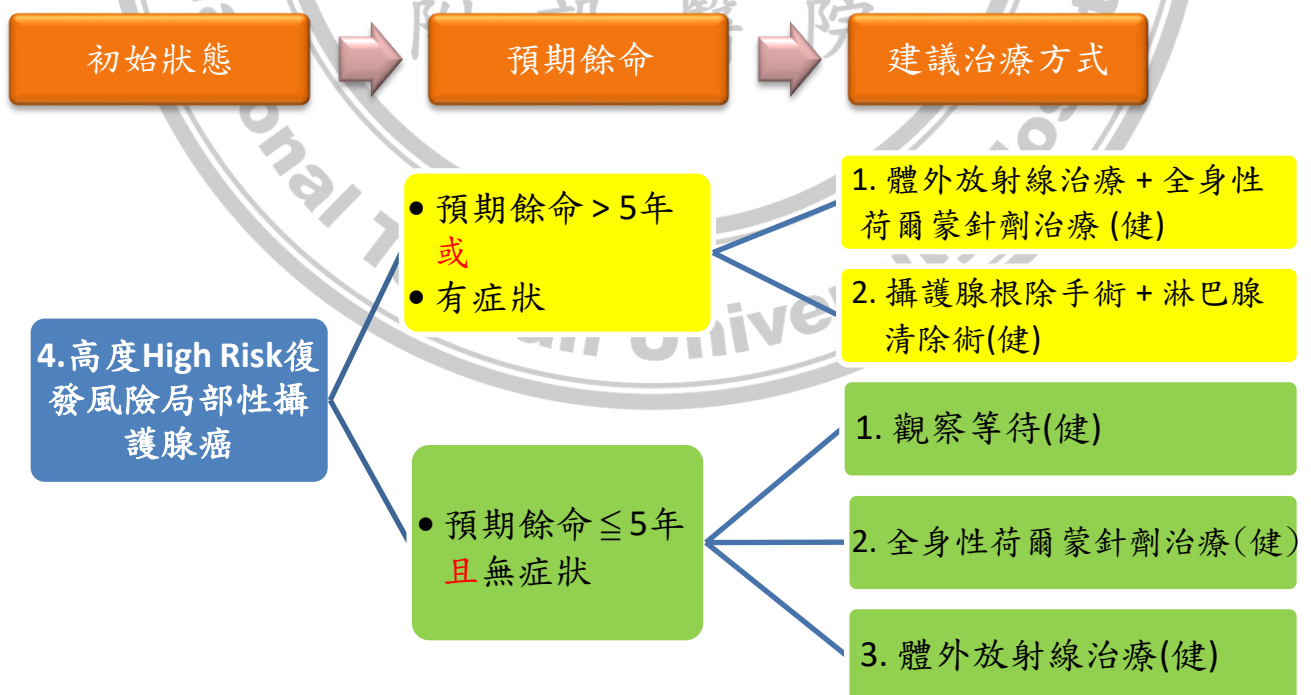


4. 高度 High Risk 復發風險局部性攝護腺癌的治療

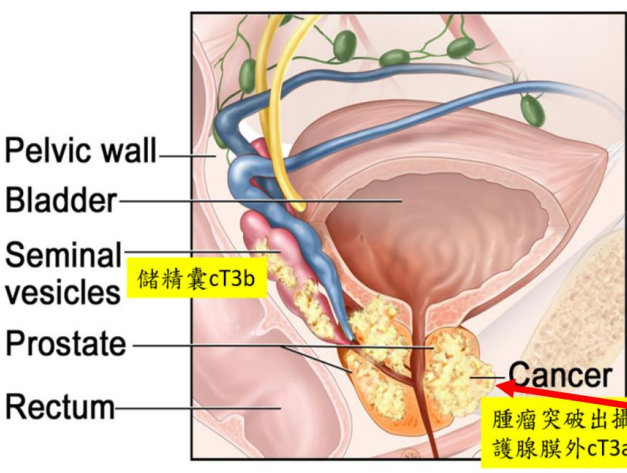
- 美國國家癌症資訊網 NCCN 2024 年第四版治療指引原文如下：



- 表 6. 高度(High Risk)復發風險局部性攝護腺癌簡要中文翻譯治療流程圖如下



高度復發風險 High Risk 局部性攝護腺癌的三項臨床指標，只要符合一項就算高度復發風險局部性攝護腺癌[表 2]：1. 癌症惡性度高：格里森分數 Gleason Score 8-10 分、2. PSA 高：> 20 ng/ml、3. 期別高：腫瘤突破出攝護腺膜外(cT3a)甚至腫瘤侵犯到儲精囊(cT3b)。



Pelvic wall
Bladder
Seminal vesicles
Prostate
Rectum

腫瘤突破出攝護腺膜外cT3a

儲精囊cT3b

Cancer

高度復發風險

High Risk Prostate Cancer

符合以下條件之一就是

Grade Group: 格里森分數 8-10

PSA level: > 20 ng/ml

Cancer has: Spread to the seminal vesicles or nearby tissue or organs

≥ cT3a (腫瘤突破出攝護腺膜外) 或 cT3b (病灶侵犯到儲精囊)

因為高度復發風險 High Risk 局部性攝護腺癌的三項臨床指標惡性度都很高，建議的治療強度一定會比較高，但還是跟病人的狀態有正相關。一般來說如果預期餘命大於 5 年，或是不管幾歲但是「有症狀」的病人，標準建議治療方式如下：

1. 體外放射線治療合併全身性荷爾蒙針劑治療：因為疾病惡性度告高，實際上病灶侵犯到攝護腺外的機率非常高，所以除了體外放射線治療之外，也需要合併全身性荷爾蒙針劑治療才比較足夠。對於少數惡性度超高的局部性沒有轉移的病人，除了體外放射線治療合併全身性荷爾蒙針劑治療之外，或許可以再加上自費新型口服荷爾蒙藥物 Abiraterone 治療。
2. 攝護腺根除手術合併淋巴腺清除術[圖 1]：高度復發風險患者因腫瘤有可能已經突破到攝護腺膜外面，甚至侵犯到局部淋巴腺，因此若選擇手術治療，會建議攝護腺根除手術必須合併淋巴腺清除術。開刀後觀察病理報告結果，有三種狀況：1. 若手術後雖證實無淋巴腺侵犯，但是手術後的 PSA 開始上升，或 PSA 無法降至 0.1 ng/ml 以下時，可以追加早期體外放射線治療(early RT) ± 荷爾蒙針劑治療(ADT)；2. 若手術後證實無淋巴腺侵犯，



手術後的 PSA 也持續降低，後續可選擇單純追蹤即可；3. 如果手術後證實有淋巴腺侵犯，而且手術後的 PSA 開始上升，或 PSA 無法降至 0.1 ng/ml 以下時，可以安排追加荷爾蒙針劑治療(ADT) ± 體外放射線治療(RT)。

如果預期餘命小於 5 年且「無症狀」的病人，因為這疾病不會對生命造成嚴重威脅，理論上就無需積極治療。標準建議治療方式還是看長輩的身體狀況而定，如果長輩身體狀況不佳，就選擇 1. 觀察等待 Observation 完全無需治療；如果長輩身體狀況好一點，可以考慮 2. 單純全身性荷爾蒙針劑治療(ADT)；如果此長輩身體還相當硬朗，因為腫瘤還算在攝護腺膜內外沒有明顯轉移出去，可以推薦 3. 單純體外放射線治療(RT)即可達到適合長輩不會因為此疾病危及生命的治療強度[表 6]。

三、局部淋巴侵犯性(cTxN1M0)攝護腺癌的治療

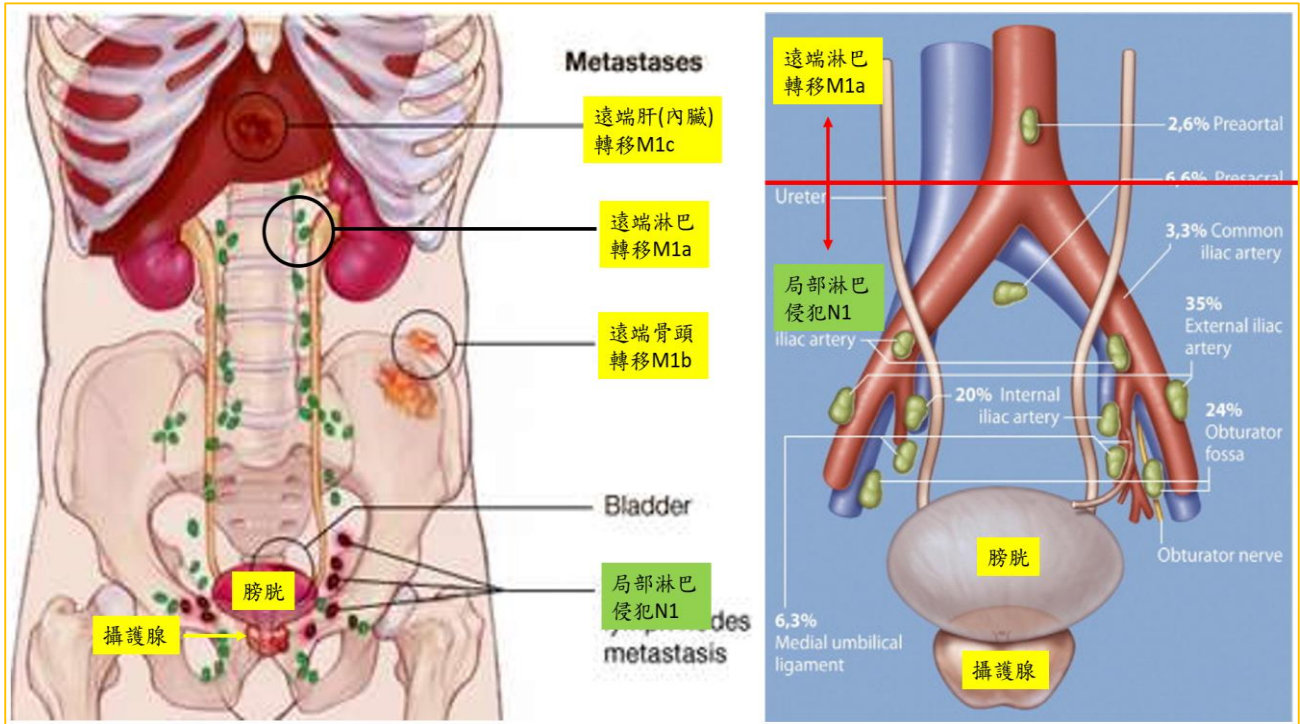
- 局部淋巴侵犯性(cTxN1M0)攝護腺癌的定義

局部淋巴(N 期別)侵犯性攝護腺癌，意指影像學檢查(電腦斷層或是磁振造影)確認腫瘤已侵犯到攝護腺外的局部淋巴腺(N1)但未遠端轉移(M0)。

「局部」淋巴侵犯性(regional lymph node invasion – cTxN1M0)攝護腺癌，就字面來說就是腫瘤侵犯到攝護腺外面的「局部」淋巴腺，就定義來說就是總髂動脈(Common iliac artery)以下的(綠色標記的)髂內動脈 Internal iliac 區、髂外動脈 External iliac 區、閉孔神經 Obturator 區、骶前 Pre-sacral 區都算「局部」淋巴侵犯(cTxN1M0)，屬於第四 A 期(stage IVA)攝護腺癌；

如果是腫瘤侵犯到總髂動脈(Common iliac artery)以上(黃色標記的)的區域就是遠端(非局部)淋巴腺侵犯(non-regional lymph node invasion)攝護腺癌，就是屬於第四 B 期(IVB)的遠端轉移(M1a)，比如說主動脈前 Pre-aortal 區、後腹腔 Retroperitoneal 區、腎門 Hilar 區等等，骨頭轉移期別為 M1b，內臟(肝臟、肺臟等)轉移期別則為 M1c[圖 2] (cTxNxM1)，轉移越遠期別越後面，預後也相對比較不樂觀。





- 圖 2. 攝護腺癌的局部淋巴腺(N1)/遠端淋巴腺(M1a)/骨頭(M1b)/內臟轉移(M1c)所帶代表不同意義示意圖。以總髂動脈(Common iliac artery)為分界點，以下為綠色的局部淋巴侵犯性(regional lymph node invasion – cTxN1M0)，以上為黃色的遠端淋巴腺侵犯(non-regional lymph node metastasis – M1a)攝護腺癌，骨頭轉移期別為 M1b，內臟轉移期別則為 M1c，轉移越遠期別越後面，預後也相對會更不好。圖片引用自網路公開資訊 Lymph Node Metastases in Prostate Cancer (<http://www.aboutcancer.com/prnode.htm>)與文獻 Visualisation of the lymph node pathway in real time by laparoscopic radioisotope- and fluorescence-guided sentinel lymph node dissection in prostate cancer staging. Urology. 2012 Nov;80(5):1080-6.

本篇(第二篇)只介紹局部淋巴侵犯性攝護腺癌第四 A 期 (stage IVA - N1)的治療，第四 B 期 (IVB – M1a/M1b/M1c)將在第四篇(轉移性荷爾蒙敏感性攝護腺癌 metastatic Castration-Sensitive Prostate Cancer (mCSPC)的最新治療)與第五篇(轉移性去勢抵抗性攝護腺癌 metastatic Castration-Resistant Prostate Cancer (mCRPC)的最新治療)介紹。

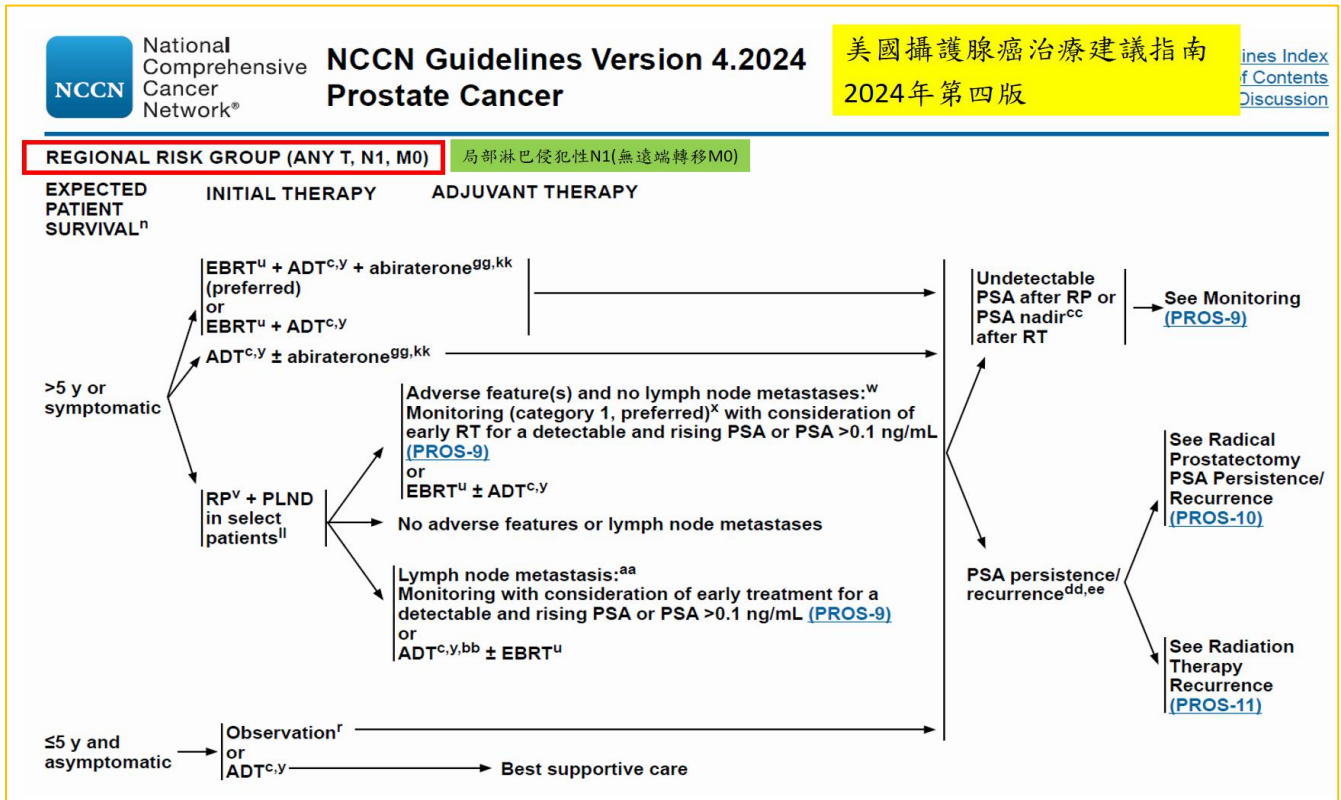
1. 局部淋巴侵犯性(cTxN1M0)攝護腺癌的治療

- 美國國家癌症資訊網 NCCN 2024 年第四版治療指引原文如下：

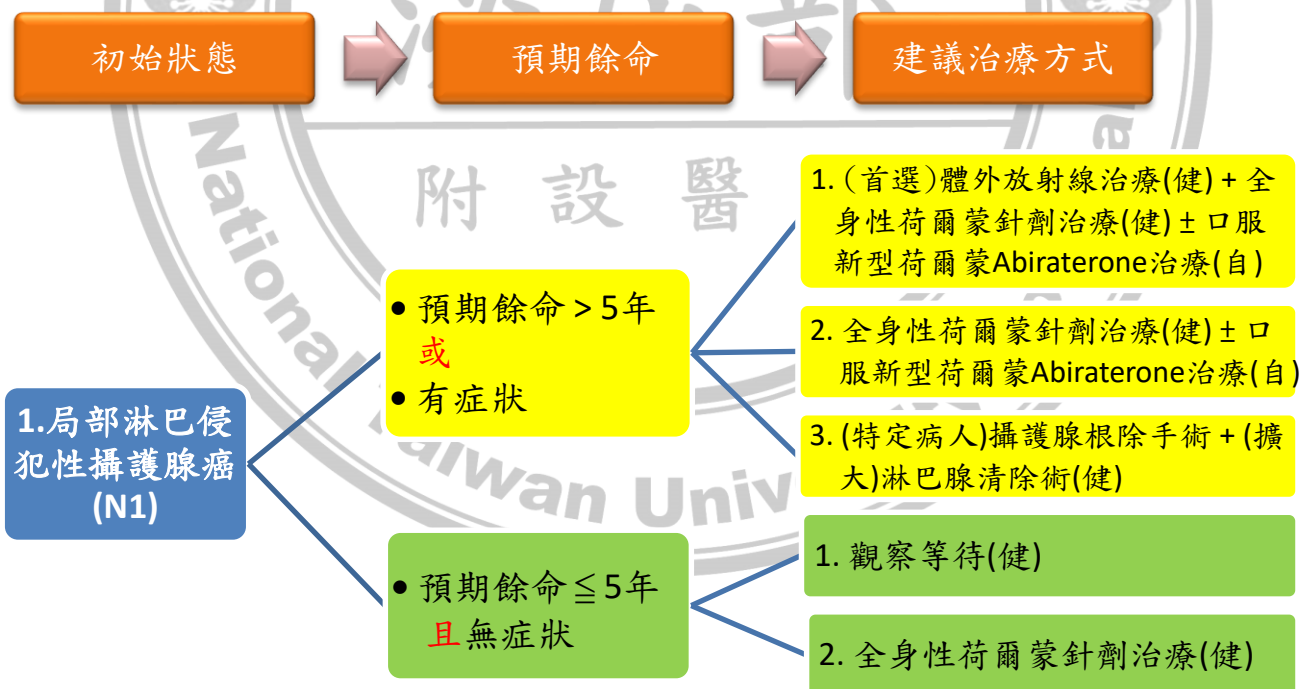


18
臺大醫院泌尿部、臺灣楓城泌尿學會 關心您
更多資訊: www.TMUA.org.tw





● 表 7. 局部淋巴侵犯性(cTxN1M0)攝護腺癌簡要中文翻譯治療流程圖如下



因為腫瘤已經明顯的侵犯到攝護腺外的局部淋巴腺，所以局部淋巴侵犯性(cTxN1M0)攝護腺癌治療的建議強度一定會比任何局部性(cTxN0M0)腫瘤更高。



一般來說如果預期餘命大於 5 年，或是不管幾歲但是「有症狀」的病人，因為腫瘤已經侵犯到攝護腺外面的淋巴腺，而且可能有現今儀器察覺不到的遠端微小轉移，標準建議治療方式包含如下：

1. 針對攝護腺的完整體外放射線治療合併全身性荷爾蒙針劑治療，並視情況合併加強版口服新型全身性荷爾蒙 Abiraterone 治療：這種治療安排即希望能治療到攝護腺本身、局部淋巴腺侵犯部分及察覺不到的遠端微小轉移。
2. 全身性荷爾蒙針劑治療視情況合併加強版口服新型全身性荷爾蒙 Abiraterone 治療。
3. 攝護腺根除手術合併(擴大)淋巴腺清除術：因為影像學上(電腦斷層 CT 或是磁振造影 MRI)認為此類腫瘤已經突破到攝護腺膜外面侵犯到局部淋巴腺，所以攝護腺根除手術一定要加上(擴大)淋巴腺清除術。開刀後觀察病理報告結果，有三種狀況：1. 若手術後證實無淋巴腺侵犯，但是手術後的 PSA 開始上升，或 PSA 無法降至 0.1 ng/ml 以下時，可以追加早期體外放射線治療(early RT) ± 荷爾蒙針劑治療(ADT)；2. 若手術後證實無淋巴腺侵犯，手術後的 PSA 也持續降低，後續可選擇單純追蹤即可；3. 如果手術後證實有淋巴腺侵犯，而且手術後的 PSA 開始上升，或 PSA 無法降至 0.1 ng/ml 以下時，可以安排追加荷爾蒙針劑治療(ADT) ± 體外放射線治療(RT)。

所有治療都有或多或少有不同程度的副作用，如果疾病本身不會對病人生命造成影響，不治療甚至比治療更能保有生活品質。倘若預期餘命小於 5 年且「無症狀」的病人，雖然已經局部淋巴腺侵犯，但因為暫時不會對生命造成影響，理論上就無需積極治療。因為此腫瘤已經侵犯到攝護腺外面的局部淋巴腺(cTxN1M0)，所以針對攝護腺的完整放射線治療已經沒有效果。長輩身體狀況如果不佳，標準建議治療方式為 1. 觀察等待 Observation，就是不積極介入治療；如果長輩身體尚稱硬朗，可以建議 2. 單純全身性荷爾蒙針劑治療，都是看病人狀況給予最適合病人狀況的處理方式[表 7]。



四、臺灣健保對於局部性/局部淋巴腺侵犯性攝護腺癌的給付現況(~2024/6)

雖然臺灣健保給付速度跟不上最新的全球臨床試驗，但是已經涵蓋超過 9 成以上昂貴的新藥/放療/手術，這是臺灣民眾莫大的福氣。

- 『局部性攝護腺癌』健保與自費項目：根據表 1、3、4、5、6 與美國國家癌症資訊網 NCCN 2024 年第四版針對治療指引，有四種基本治療方式的各種搭配組合如下：1. 積極追蹤 Active Surveillance/觀察等待 Observation、2. 體外放射線治療(RT)、3. 達文西機器人輔助攝護腺根除手術 ± 淋巴腺清除術、4. 全身性荷爾蒙針劑治療(ADT)。以費用分類如下：

➤ 健保：

- 低度復發風險局部性攝護腺癌：積極追蹤/觀察等待、體外放射線治療、達文西機器人輔助攝護腺根除的手術費
- 良好 Favorable/較差 Unfavorable 中度復發風險局部性攝護腺癌：積極追蹤/觀察等待、體外放射線治療 ± 全身性荷爾蒙針劑治療 4-6 個月、達文西機器人輔助攝護腺根除的手術費 ± 淋巴腺清除術；
- 高度復發風險局部性攝護腺癌：體外放射線治療 + 全身性荷爾蒙針劑治療、達文西機器人輔助攝護腺根除的手術費 + 淋巴腺清除術、觀察等待、單純全身性荷爾蒙針劑治療。
- 以上均為健保涵蓋的治療方式，唯獨其中達文西機器人輔助之攝護腺根除手術須負擔部分的手術耗材等自費費用約 20-30 萬左右。

➤ 自費：

- 質子治療(衛福部已經批准 15 家醫院可著手打造粒子治療中心)，大約介於 60-100 萬元不等



- 重粒子治療(台北榮總)，自費約 110 萬上下。

➤ 達文西機器手臂輔助手術系統『相關耗材費』的自費部分

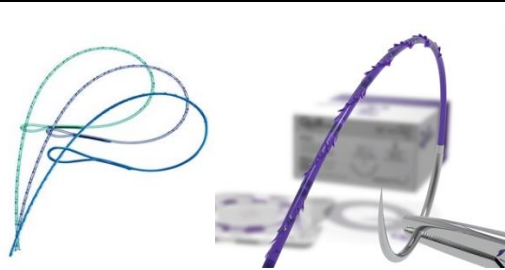
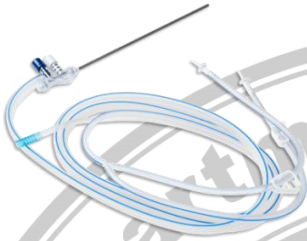
內視鏡手術有許多廠商的自費耗材，一部分是屬於腹腔鏡與達文西手術都可能會用到的自費耗材，一部分是專屬達文西手術的耗材，在此以臺大醫院『達文西機器手臂輔助攝護腺根除手術』中會用到的自費項目收費做說明，須提醒注意同樣是『達文西機器手臂輔助攝護腺根除手術』，其他醫院可能還有此表未列也是很好的自費服務項目[表 8]。

● 表 8. 達文西輔助攝護腺根除手術『相關耗材費』的自費耗材 (~2024/6)

手術費	(腹腔鏡/達文西)攝護腺癌根除性攝護腺切除術併雙側骨盆腔淋巴切除術	健保給付。
專屬達文西手術自費項目		
開機費	達文西系統儀器使用費	5-6 萬元。
達文西機器套組組成	包含機器手臂(含夾針器、組織夾、單極電燒剪刀、電燒剪刀絕緣蓋、強力雙極夾鉗等)、機器手臂無菌套 + 中央柱無菌套、8mm 通用密閉閥及無刀片穿刺針、達文西專用血管夾(需要時選用)	根據左列機器臂使用數量或選用項目，總計約 10 - 15 萬不等。
達文西機器套組	達文西機器套組細項	參考圖示
	1.機器手臂(含夾針器、組織夾、單極電燒剪刀、電燒剪刀絕緣蓋、強力雙極夾鉗等)	

	2.機器手臂無菌套 + 中央柱無菌套	
	8mm 通用密閉閥及無刀片穿刺針(白色部分)	
	電燒剪刀絕緣蓋	
	達文西專用血管夾	
內視鏡手術(腹腔鏡與達文西手術)皆可使用的自費項目		
項目	圖示	說明



手術縫線		常用特殊「有倒刺」的 V-Loc 或 Quill，開刀縫合時，線比較不易鬆脫。依需求要數條縫線，價格約為兩千/條。
高速抽吸 沖洗組套		使視野清晰，協助手術順利進行，價格約兩千/個。
各類高效 止血劑	Floseal、Tisseal、Arista、SURGIFLO 等 	醫師依需求選用。依不同產品劑量與手術特性和需求，止血劑價錢約 1 萬至 3 萬多元/個不等。
CO2 智能流量系統 AirSeal		能讓手術中的腹內 CO2 氣壓維持恒定使手術順利進行：不會因為抽吸血液而讓腹內 CO2 氣壓減低，導致更易出血或是手術必須暫停等待氣壓回升才能繼續。 依需求選用（台大議價中）
相關詳細內容可參考官網內容如下 ➤ 達文西官網：https://www.excelenciarobotica.pt/en/da-vinci-robotic-system/da-vinci-xi ➤ 達文西專用血管夾：https://www.esutures.com/product/0-in-date/70-intuitive-surgical/1559-		

[instruments-si/46217565-intuitive-surgical-da-vinci-ssi-weck-hem-o-lok-large-clip-applier-420230/](https://www.instruments-si/46217565-intuitive-surgical-da-vinci-ssi-weck-hem-o-lok-large-clip-applier-420230/)

- V-Loc : <https://www.medtronic.com/covidien/en-us/products/wound-closure/barbed-sutures.html>
- Quill : <https://corza.com/global/products/quill-barbed-sutures/>
- CO2 智能流量系統 AirSeal : <https://www.conmed.com/en-us/products/airseal-and-insufflation>

- 此表主要依臺大醫院開刀房針對『達文西機器手臂輔助攝護腺根除手術』的自費收費介紹，不同醫院有不同的進價與成本考量，所以不能依此代表其他醫院的自費收費金額，其他術式還會有不同適合的項目。
- 同樣是『達文西機器手臂輔助攝護腺根除手術』，其他醫院可能還有此表未列也是很好的自費服務項目。

開刀一次性的醫材自費金額雖然比不上標靶治療/免疫治療每月的自費金額高，但對民眾也是不小的負擔，外科醫師選用時一定會衡量對病人有利才採用，同一種類如果有多項產品，醫師也是會選擇最熟悉最有把握的醫材做使用。

在此比較三種不同方式的攝護腺根除手術之比較：隨著時代演進，由傳統「開放式手術」，進展到「腹腔鏡手術」與現今「醫療機器人輔助手術-達文西機器手臂」的簡易比較表[圖 3]。須注意表格提供三種手術方式的趨勢性差異，所列數字僅為參考數據，實際情形依照每個病患疾病嚴重程度，手術中淋巴結廓清，性神經保留，或是沾黏情形都會有不等程度的差異。

	傳統開放式	腹腔鏡手術	達文西機械臂輔助
手術時間	2-4 小時	3-4 小時	1.5-3.5 小時
出血量	高	低	最低
輸血比例	高	低	最低
傷口大小	傷口最大 約 10 公分	微創 數個 1 公分小傷口	微創 數個 1 公分小傷口
住院天數	最長	短	短
尿失禁比例 (手術後一年)	高 約 15%	中 約 10-15%	相對較低 約 5-10%
性功能影響 (手術後一年)	約四成至五成可維持	約六成可維持	約七成可維持
自費耗材費用	約 2 萬	約 5-10 萬	約 20-30 萬



- 圖 3. 三種進入方式不同的攝護腺根除手術之比較：隨著時代演進，由傳統「開放式手術」，進展到「腹腔鏡手術」與現今「醫療機器人輔助手術」(這裡以最常見的達文西機器手臂為例)。

- 『局部淋巴侵犯性(cTxN1M0)攝護腺癌』健保與自費項目：根據表 1、7 與美國

國家癌資訊網 NCCN 2024 年第四版針對治療指引，有五種基本治療方式的各種搭配組合如下：1. 體外放射線治療、2. 全身性荷爾蒙針劑治療、3. 口服新型全身性荷爾蒙 Abiraterone 治療、4. 達文西機器人輔助攝護腺根除手術 + (擴大)淋巴腺清除術、5. 觀察等待。

『局部淋巴侵犯性(cTxN1M0)性攝護腺癌』的體外放射線治療、全身性荷爾蒙針劑治療、達文西機器人輔助攝護腺根除術的手術費 + (擴大)淋巴腺清除、觀察等待，全部都有健保給付。

民眾另外需自費部分為『口服新型全身性荷爾蒙 Abiraterone』治療每月需要自費約 5-6 萬元，還有達文西機器套組『相關耗材費』大約 20-30 萬元(主要的自費部分在此)。

五、『局部性/局部淋巴侵犯性攝護腺癌』治療小總結與建議

每一位攝護腺癌患者的病情與身體狀況、家庭背景與家屬照顧狀況、經濟能力與在意副作用等都不盡相同，雖然有美國國家癌症資訊網 2024 年最新的治療指引可以參考(不是法律依據)，但以上的建議，是「國外」在「特定狀況」下接受「特定治療」的臨床試驗結果，國情不同、人種不同、環境不同，治療方式當然也不會全部跟美國一樣。實務且適切的治療方式，並不能照表操課完全移植到臺灣，治療方式還是相當個人化，還是需要病人、家屬與醫師參考國外臨床試驗的結果，與國內健保系統下之醫療常規等，共同討論出最適合病人的治療。

