

局限性攝護腺癌治療-2022 新趨勢 (編號 PC-001)

台大醫院泌尿部
蒲永孝教授
2022 年更新

台灣每年約有將近 7,000 位攝護腺癌（前列腺癌）之新個案，其中 7 成為所謂“局限性攝護腺癌（localized prostate cancer）”，即癌細胞尚未轉移到遠處器官，如淋巴結、骨頭、肺或肝等。局限性攝護腺癌又可分為 2 大類，腫瘤細胞局限在攝護腺被膜內，及腫瘤細胞已吃到攝護腺被膜外，但是尚未轉移。前者可說是“早期”攝護腺癌（T1 或 T2），後者可說是“中期”攝護腺癌（T3 或 T4）。

局限性攝護腺癌的治療原則是：

- **早期攝護腺癌：**手術切除、放射線治療、冷凍治療、積極監控、或僅追蹤觀察。
- **中期攝護腺癌：**放射線+荷爾蒙治療、手術切除、荷爾蒙治療、或僅追蹤觀察。

壹. 開刀（根除性攝護腺切除術）：分為（A）傳統開腹法，（B）腹腔鏡法，及（C）機械人手臂（或稱達文西手術）輔助法三種。手術時間平均 3-4 小時（A），或 3~6 小時（B 及 C）。皆是直接切除攝護腺及儲精囊，再將膀胱及尿道縫合，手術失血量平均為 100~500 西西（B 及 C），或 300~1,500 西西（A），因此屬於高侵入式治療。其中，機械人手臂手術，有手術視野放大，流血較少等優勢，但健保不給付，須自費約 20 萬。

貳. 放射線治療（即俗稱放療或電療）：以體外放射線治療為大宗，病人不用住院，但需連續 8 週（週一至週五）到醫院治療，每次約 15 分鐘。治療不會流血，不會痛，因此不需麻醉。若病人有流血傾向，或不適合麻醉，不適合開刀，卻非常適合放療。此外對某些中期攝護腺癌，或高再發風險之個案，必須合併使用荷爾蒙治療。最近引進的光子刀、電腦刀、螺旋刀等，都是新一代放療的方式，有的醫院要求自費 15~20 萬，但是癌症控制的效果，和健保給付的強度調控放射治療（弧旋刀）沒有太大差別。

參. 冷凍治療：又稱「氩氦刀」手術，引進國內約 10 年，在少數幾家醫學中心提供服務。在簡單全身麻醉下，以超音波導引，將 4~8 根冷凍探針從會陰部插入攝護腺，利用低於攝氏零下 40 度之超低溫殺死癌細胞，攝護腺組織及癌細胞最後會萎縮而纖維化。整個手術僅須耗時約 1.5~2 小時，治療當天即可進食或下床，隔天就可以出院，所以冷凍治療屬於低侵入性的治療。只要病人的身體狀況可以做攝護腺切片者，通常就可接受冷凍治療。但健保並不給付，須自費 20~30 萬（費用會依實際使用的冷凍探針數量變動），但是長期效果仍須追蹤確認，並非所有人都合適冷凍治療，必須經過專家審慎評估。

肆. 積極監控（active surveillance，即暫時不治療，但積極地追蹤病情變化）：對於年紀較大的病人，且其癌細胞分化良好，醫師預期病人終其一生，癌細胞不會致命者，可接受此種選擇。在監控期間，病人無須接受任何治療。若定期抽血發現 PSA 上升，或再次切片顯示癌細胞惡化，才須轉而進行積極治療（如根除手術與放射線治療等）。國外許多報告均顯示，對於這樣的病人積極監控，並不會增加攝護腺癌致死率。



伍. 追蹤觀察 (watchful waiting, 一直不治療, 直到出現轉移或有症狀, 再開始荷爾蒙治療, 或做一些簡單手術, 解決症狀): 對於年紀較老, 身體狀況不佳, 或有許多慢性病的病人, 醫師估計現有的其他疾病, 可能比攝護腺癌要更早造成生命威脅, 就不必急著開始治療攝護腺癌, 因為就算攝護腺癌出現轉移以後, 以荷爾蒙治療, 仍能夠維持平均 3-5 年的壽命。根據統計, 有 9 成的病人是死於其他疾病, 不是攝護腺癌。

陸. 荷爾蒙治療: 不是根治性治療, 它會讓 PSA 下降, 但不會根除癌細胞, 因此不是局部性攝護腺癌的治療選項。病人若有小便或血尿等症狀, 不能接受以上伍種治療時, 才會考慮使用荷爾蒙治療。但是已經轉移的攝護腺癌, 荷爾蒙治療則是最重要的第一線治療選項。長期荷爾蒙治療也有不少副作用, 例如: 體力變差、變胖、骨質流失、貧血、認知功能變差等。

綜合以上, 在治療效果方面, 開刀、放療及冷凍治療並無太大差異, 但個別之副作用或併發症不盡相同, 選擇治療前, 應多詢問專家之意見。除本文以外, 請另外參考本會文章:

「PC-004 局部性(未轉移)攝護腺癌 各種治療法比較」。

