

新北市立聯合醫院 前列腺癌治療指引

2019

Revised by Wang Chun Kai

新北市立聯合醫院前列腺癌治療指引

初步診斷

肛門肛診
攝護腺特異性抗原
攝護腺超音波

其中任何一項異常者，應接受攝護腺切片檢查，以確定診斷並判斷格里森分數

確診為
癌症

無癌症

臨床分期之分期檢查

預期餘命 ≤ 5 年
且無症狀

預期餘命 > 5 年
或有症狀

暫不予檢查及治療直到症狀出現，但部份高危險群或非常高危險群例外，可考慮給予賀爾蒙或放射線治療。

胸部 X 光檢查骨盆腔電腦斷層或核磁共振
± 骨骼掃描

持續定期追蹤

預期餘命

- 參考台閩地區簡易生命表
 - <https://www.moi.gov.tw/stat/node.aspx?sn=5992>
- 依病人健康狀況作調整
 - 分佈最佳quartile加50%
 - 分佈最差quartile減50%

復發風險

□ 臨床侷限性腫瘤

■ 極低度復發風險

- T1c 格里森 ≤ 6 PSA < 10 ng/ml (切片數有癌病灶 < 3 針， 且每針侵犯範圍 $\leq 50\%$)

■ 低度復發風險

- T1-T2a 期及格里森 2-6 分及 PSA < 10 ng/ml

■ 中度復發風險

- T2b-T2c 期或格里森 GS7 分 或 PSA 10-20 ng/ml

■ 高度復發風險

- T3a 期或格里森 8-10 分或 PSA > 20 ng/ml

復發風險

□ 局部侵犯性腫瘤

■ T3b-T4 期 極高危險群

- 主要格里森 5 或 > 4 分及格里森 8- 10 分

□ 轉移性腫瘤

■ 任何 T 期 , N1 • 任何 T 期 , 任何 N 期 , M1

極低風險患者

極低度復發風險

T1c 格里森 ≤ 6
PSA < 10 ng/ml
(切片數有癌病灶 < 3 針，
且每針侵犯範圍 $\leq 50\%$)

≥ 20 年

積極監測放射線治療、
手術

10-20 年

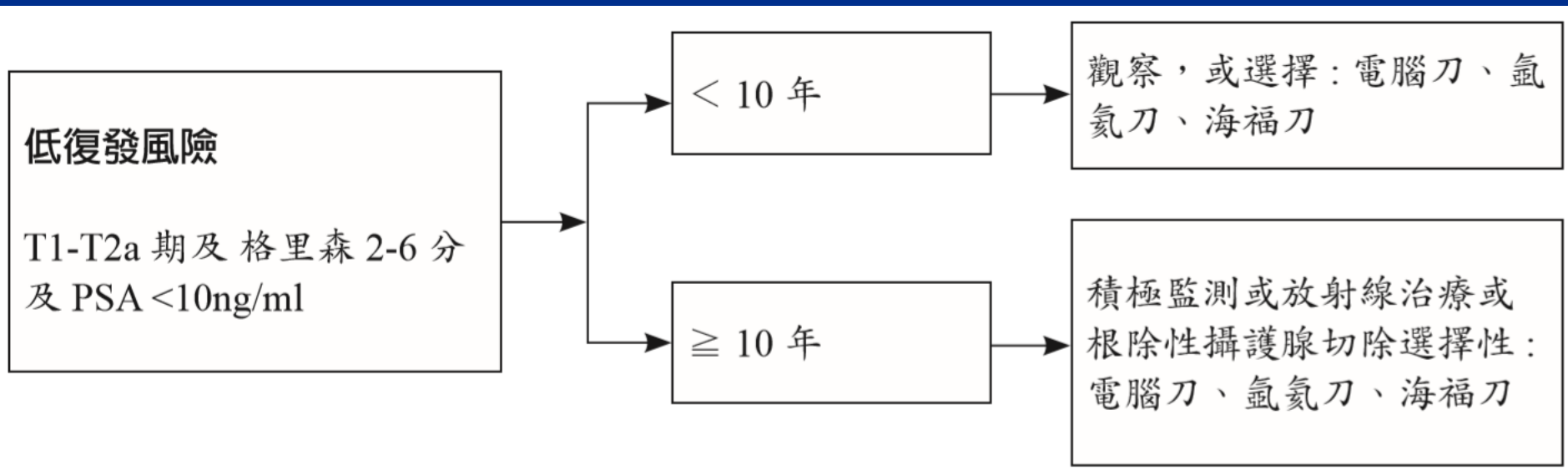
積極監測，或選擇：放射線
治療、手術

< 10 年

觀察，或選擇：放射線治療
手術

積極監視 PSA至少六個月檢查一次
肛門指診至少一年一次
視情況須要作切片

低度風險患者



積極監視 PSA至少六個月檢查一次
肛門指診至少一年一次
視情況須要作切片

中度風險患者

中度復發風險

T2b-T2c 期或
格里森 GS 7 分或
PSA 10-20 ng/ml

< 10 年

觀察

或放射線治療 ±

荷爾蒙治療 4-6 月或海福刀

氫氦刀 ± 荷爾蒙治療 4-6 月

≥ 10 年

根除性攝護腺切除或放射線治療

± 荷爾蒙治療 4-6 月或海福刀

氫氦刀 ± 荷爾蒙治療 4-6 月

高度風險患者

高度復發風險

T3a 期或
格里森 8-10 分或
PSA >20 ng/ml

放射線治療 + 荷爾蒙治療 2-3 年
± docetaxel 或根除性攝護腺切除
+ 骨盆腔淋巴結切除術或氬氦刀
± 荷爾蒙治療 2-3 年

極高風險及轉移患者

局部侵犯性腫瘤

T3b-T4 期
極高危險群
主要格里森 5 或 > 4 分及格
里森 8-10 分

放射線治療 + 荷爾蒙治療 2-3 年 ± docetaxel
根除性攝護腺切除
或荷爾蒙治療 (不適合手術或放射線治療治療者)
或氫氫刀 ± 荷爾蒙治療 2-3 年

轉移性腫瘤

任何 T 期 , N1 , M0

荷爾蒙治療
或放射線治療 + 荷爾蒙治療 2-3 年
* 註 1

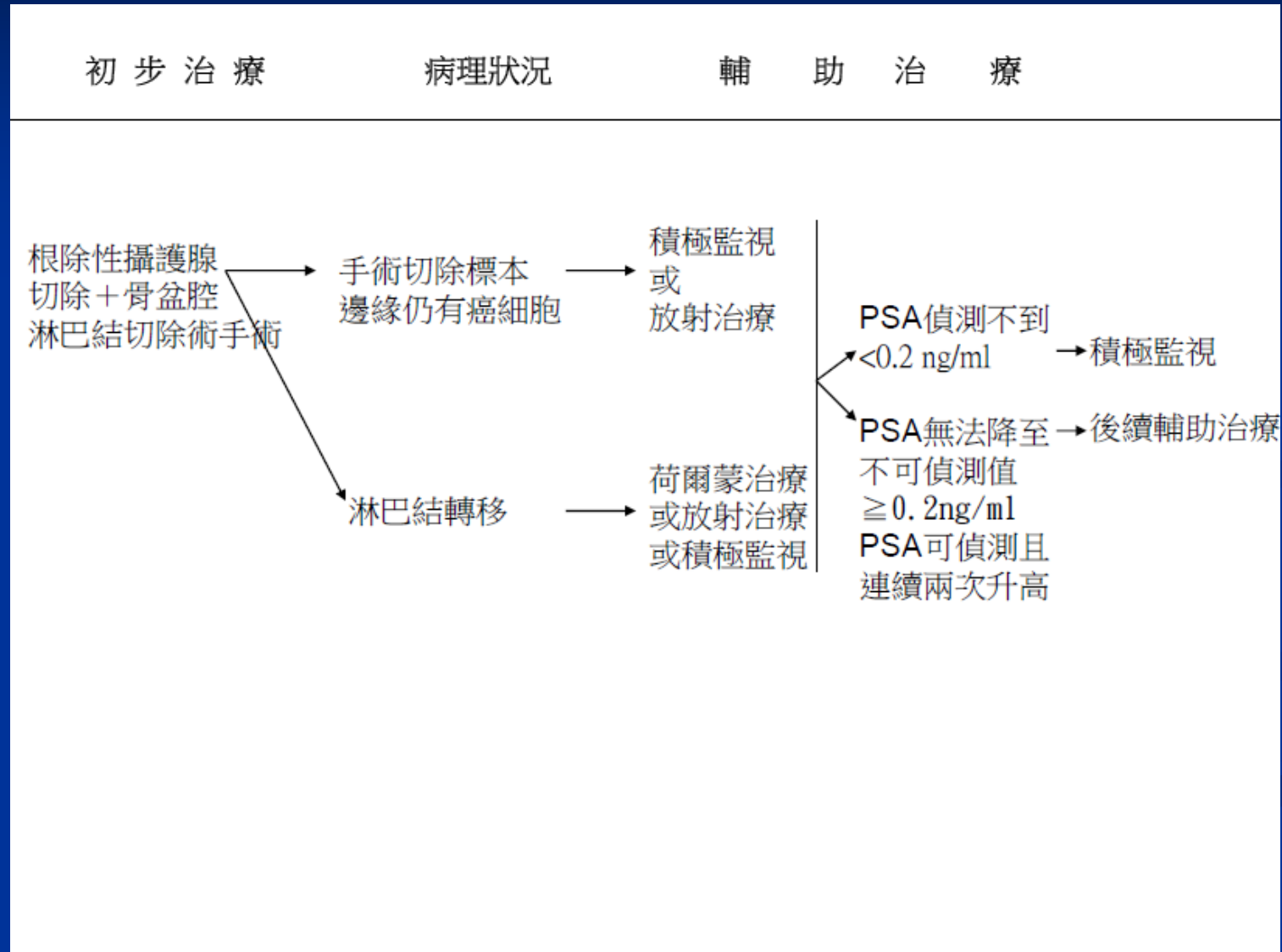
任何 T 期 , 任何 N 期 , M1

荷爾蒙治療 (± 緩和性放射線治療)
* 註 1
* 註 2

* 註 1: 轉移性腫瘤治療方式選擇性選項: 賀爾蒙治療 + 化學治療 (自費)

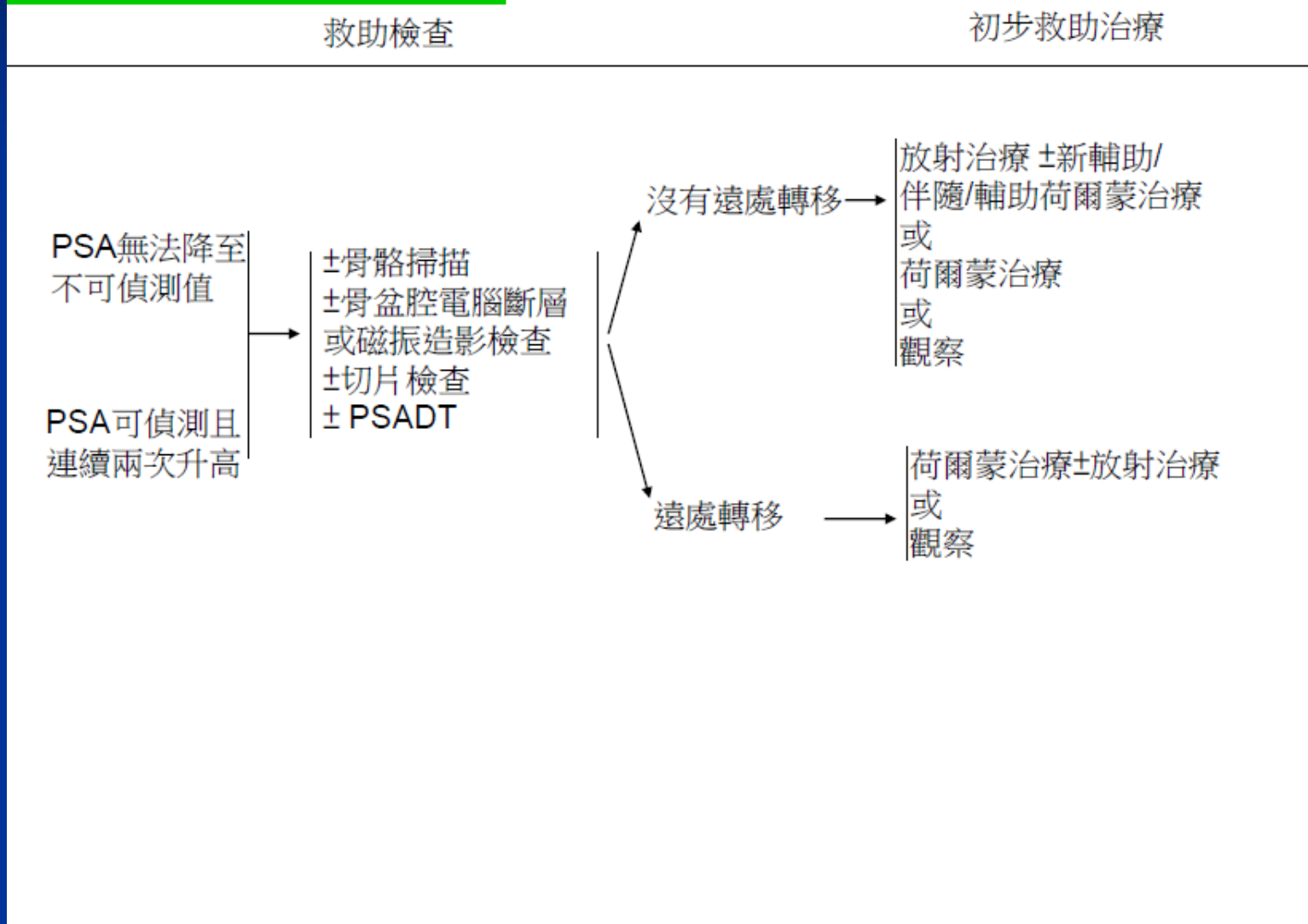
* 註 2: 骨轉移可選擇藥物為 denosumab 或 zoledromicacid or Radium-223

新北市立聯合醫院前列腺癌治療指引



新北市立聯合醫院前列腺癌治療指引

根除性攝護腺切除手術後復發

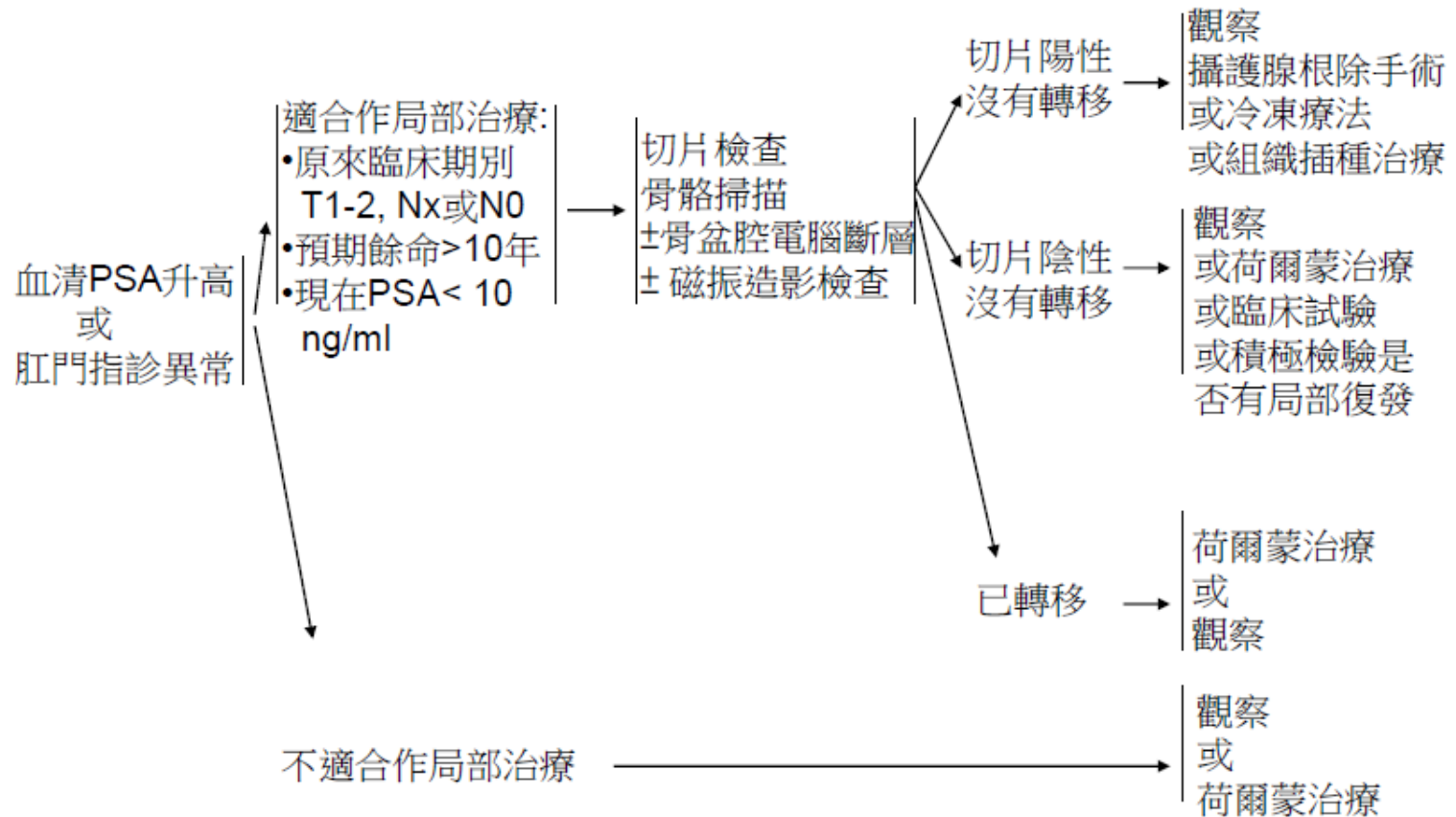


新北市立聯合醫院前列腺癌治療指引

放射治療後復發

救助檢查

初步救助治療



新北市立聯合醫院前列腺癌治療指引

擴散性疾病

	全面性治療		全面性救助治療
成骨性骨轉移 及/或其他部位轉移 及血清PSA升高	睪丸切除	復發	抗男性荷爾蒙 或第二線荷爾蒙治療: Ketoconazole ± Glucocorticoids 或 estrogens 或全面性化療(docetaxel 為主) 或全面性同位素放療: strontium 或支持性療法 及Bisphosphonate治療以預防骨骼 相關症狀 或臨床試驗
	或 單獨LHRH類似物± 抗男性荷爾蒙7天	復發	
	或 LHRH類似物+ 抗男性荷爾蒙	復發	停止抗男性荷爾蒙
內臟或溶骨性轉移 且血清PSA偏低 或 快速進展的軟組織 腫塊	切片		
	沒有神經內分泌(有或沒有 小細胞特徵)	→	與上述成骨性骨轉移 及/或其他部位轉移治療同
	神經內分泌(有或沒有 小細胞特徵)	→	Cisplatin/etoposide 或 carboplatin/etoposide 或 Doceraxel為主的化療

Localized prostate cancer

- 對於不適合或不願意接受手術或放射線治療，又擔心active surveillance可能造成腫瘤進展的患者。可選擇接受ablation therapy
 - Cryotherapy
 - High intensity focused ultrasound
- A best practices panel from the American Urological Association (AUA)
 - Cryotherapy is an option for men not choosing either radical prostatectomy or radiation therapy, but wanting an active intervention

mCRPC (Metastatic Castration Resistant Prostate cancer)

- Docetaxel
- Cabazitaxel
- Abiraterone
- Enzalutamide

A Treatment Algorithm for mCRPC

Maintain castration serum levels of testosterone and use denosumab or zoledronic acid with vitamin D and calcium if bone metastases are present

- Symptomatic
- Visceral disease

No

Yes

- Sipuleucel-T
- Secondary hormone therapy
 - Antiandrogen
 - Antiandrogen withdrawal
 - Ketoconazole or abiraterone acetate (level 2B)
 - Steroids
 - DES or other estrogen
- Clinical trial

- Docetaxel
- Mitoxantrone
- Abiraterone acetate (Level 2B)
- Palliative radiotherapy or radionuclide (radium-223?) for symptomatic bone metastases
- Clinical trial

- Abiraterone acetate
- Cabazitaxel
- Salvage chemotherapy
- Docetaxel rechallenge
- Mitoxantrone
- Secondary hormone therapy
- Sipuleucel-T
- Enzalutamide
- Clinical trial

Mottet N, et al. Eur Urol. 2011;59:572-583. NCCN. Clinical practice guidelines in oncology: prostate cancer. v.1.2012. Yap TA, et al. Nat Rev Clin Oncol. 2011; 8:597-610.

Reference

- 國家衛生研究院 攝護腺癌臨床診療指引
- NCCN Guidelines :Prostate cancer
- AUA guidelines for managements of clinically localized prostate cancer
- TUA Guideline for Prostate Cancer