

# 攝護腺癌

汐止國泰醫院泌尿科/蔡尚憲主任

## 一、簡介

攝護腺癌好發在的年齡在 65~80 歲間，很少發生在 30 歲以下之男性，但是隨著年齡增加，發生率亦遞增。近年來國人攝護腺癌之發生率及死亡率均呈逐年遞增之情形。2007 年因攝護腺癌所造成的死亡率已經達到國人癌症死亡十大疾病的第七位，2018 年，攝護腺癌排名已經躍升為第六位。

## 二、常見危險因子

近幾年來，隨著醫療進步，老年人口增加，西方飲食普及並診斷技術的進步，國人患攝護腺癌機會也增加。至目前為止，攝護腺癌的原因可能與年齡、種族、遺傳、賀爾蒙、食物和環境有關。

1. 種族遺傳因素：如果父親或兄弟有攝護腺癌，得攝護腺癌之機率增加 2-3 倍。
2. 荷爾蒙因素：攝護腺癌細胞依賴男性荷爾蒙生長。
3. 食物和環境因素：有報告指出高脂肪飲食與抽菸會增加攝護腺癌。

## 三、症狀

早期攝護腺癌通常並無症狀，它的發現需靠患者定期的健康檢查及醫師的警覺性。而一般攝護腺癌其症狀並無特異性，常見者為「攝護腺肥大症候群」，包

括尿流速減慢、頻尿、解尿困難、尿滯留等。約 15%病患會出現血尿。過去以背痛及骨骼疼痛、病理性骨折、脊椎壓迫導致下肢癱瘓等轉移性症狀為最初表現之比率，近年來已銳減。

#### 四、診斷

攝護腺癌之檢查診斷方式包括(1)肛門指診(DRE)、(2)攝護腺特定抗原(PSA)及(3)經直腸超音波(TRUS)。

(1) 肛門指診(DRE:Digital rectal examination)觸摸攝護腺為篩選與診斷攝護腺癌之第一步驟，任何異常腫大、硬化、結節都需懷疑攝護腺癌之可能。因攝護腺癌多長在後葉，約有一半之攝護腺癌可經由肛門指診發現。

(2) 攝護腺特定抗原(PSA: prostate-specific antigen)來做攝護腺癌之腫瘤標記是近年來攝護腺癌研究上之重要大發現，臨床門診抽血即可測得，十分方便。頻均正常值在 4 ng/ml 以下。一半以上之攝護腺癌患者，其 PSA 會超過 4 ng/ml。而攝護腺肥大患者僅 25% 會超過 4 ng/ml。故有人稱「異常的血清 PSA 值」為篩檢攝護腺癌之最佳指標。

(3) 經直腸超音波除了可以測量攝護腺大小，另外可以發現細小的腫瘤病兆及導引攝護腺細針切片。超音波對於儲精囊、低超音波反射的結節、肛門指診無法觸摸到的腫瘤及長在攝護腺移行帶的深部腫瘤提供了準確的切片導引。以超音波導引的系統性攝護腺細針切片對於攝護腺癌之惡性度及腫瘤期別提供了更準確的資料。

## 五、診斷步驟

(1) 合併肛門指診(DRE)與攝護腺特定抗原(PSA)檢查為目前最佳早期偵測攝護腺癌的診斷工具。

(2) 攝護腺超音：除了可以測量攝護腺大小，當超音波下顯示攝護腺周邊不規則或有低頻率腫塊呈現，可以懷疑但準確率低。

(3) 當肛門指診呈現有硬塊或攝護腺特定抗原檢查大於4(其中攝護腺特定抗原上升需考慮病人年齡、攝護腺大小及當時是否有發炎等原因影響)，可建議病人接受經肛門攝護腺超音波切片診斷。

(4) 攝護腺特定抗原輔助檢查：

當病人攝護腺特定抗原大於4，且無法確定為攝護腺癌所造成，有幾種方式可以協助評估表示攝護腺癌機率較高

a、攝護腺特定抗原密度(PSA density)，定於大於0.15

b、攝護腺特定抗原增加速度(PSA velocity)，定為大於0.75 ng/ml/year

c、攝護腺特定抗原自由型/全部比例(PSA free/total ratio)，定為小於25%

(5) 若病人PSA異常大於10或持續升高，而攝護腺切片不是惡性的結果，依據國家衛生局攝護腺癌指引有以下的建議：

a、若病理報告有非典型腺體(atypical small acinar

proliferation/atypical gland)，因再次切片陽性率高於50%，建議再

做切片；若切片病理報告有(high grade prostatic intraepithelial neoplasia,HGPIN) ， 再次切片的陽性率約 20% ， 可考慮再次切片。

- b、 若第一次切片為良性，如果切片前 PSA 是 4~10ng/ml 建議六個月後再追蹤若持續異常或持續升高、free PSA ratio<10%：， 建議再做切片；如果 10%<free PSA ratio<25%考慮六個月後再追蹤；如果 free PSA >25%則建議 6~12 月後追蹤 PSA 或 free PSA ratio、肛診；如果第一次切片前 PSA >10ng/ml， 建議三個到六個月後再追蹤 PSA 或建議再做切片。

(6) 第二次切片檢查如果仍不是惡性則

- a、 如果 PSA>10ng/ml， 三個月至六個月後再追蹤 PSA；如果 PSA 持續升高， 建議再做第三次切片。
- b、 如果 PSA<10ng/ml， 六個月後追蹤 PSA、free PSA ratio、PSA velocity、 肛門指診；如果 PSA 增加速度超過 0.75ng/ml/year， 則再做切片。
- c、 如病人有因攝護腺肥大引起之排尿症狀， 則考慮做經尿道攝護腺切除手術， 將標本送病理切片檢查。

由於以上診斷技術的進步， 越來越多觸摸不到的攝護腺癌被診斷出來， 因此提高了攝護腺癌的治癒率。

## 六、分期檢查

癌症經切片證實後，接著需予以期別鑑定。標準的分期方法

- (1) 肛門指診
- (2) 攝護腺特定抗原(PSA)
- (3) 電腦斷層攝影(CT)或核磁共振攝影(MRI): 清楚辨識攝護腺的解剖構造，因此可以判斷是否有侵犯到攝護腺以外的地方或神經以及有無淋巴結轉移
- (4) 核醫骨頭掃描：診斷病人是否有骨頭轉移的檢查工具，對骨頭轉移很靈敏的檢查，所以假陽性很高，需配合病人臨床的病史。

## 七、攝護腺癌的分期

臨床將攝護腺癌分為四期。A 期(T1)癌細胞在攝護腺移行帶，因病灶甚小，多數是因攝護腺肥大手術切除時發現。B 期(T2)癌症為癌腫瘤尚在攝護腺之包膜內。C 期(T3)癌症為癌細胞已侵犯到攝護腺外的組織。最常被侵犯到的為儲精囊(T3b)、攝護腺周圍脂肪、尿道的肌肉及膀胱頸(T4)。D 期癌症代表轉移性病變，D1 期為侵犯至骨盆腔淋巴結，D2 期為癌細胞已轉移至遠處器官或骨骼系統，常見位置為脊椎及長骨。

## 八、治療

因為攝護腺癌的多樣性使得它的治療也多樣化，因其生長速度慢，治療方法可從不治療到積極的手術切除。不同之治療方式是以病患的年齡及身體狀況、癌

細胞之級數及腫瘤之期別為依據。另外醫院之設備及醫師之偏好也有影響。一般而言：

1. 對於侷限於攝護腺包膜內的癌症治療，是以廣泛性攝護腺切除或放射線治療為主。兩種方法之十年存活率為 70-85 %。
2. 對於攝護腺包膜已被癌細胞穿過，或在行根治性攝護腺切除後的標本中發現在攝護腺周圍有癌細胞侵犯之病患，以放射線單獨治療或再加上荷爾蒙治療。五年存活率為 70-85 %。
3. 對於已發生轉移之攝護腺癌，以荷爾蒙治療為主。其中睪丸切除為最簡單且有效的方法但仍需加上口服男性腺素拮抗劑使用，才能達到完全抑制男性腺素對攝護腺癌細胞之生長。各種荷爾蒙化學製劑近年來亦有長足之發展，包括長效之皮下注射針劑。局部之骨骼轉移可單獨對該病灶行放射線治療以減輕病患之痛苦。五年存活率為 25 %。

#### ◇ 手術治療

##### (1) 適應症：

預期壽命需大於十年，且健康狀況良好無嚴重之心肺疾病，足以承受手術後併發症，最重要的是臨床期別為侷限性攝護腺癌(stageT1-2N0M0)之病人。

##### (2) 禁忌症：

- a、手術危險性高之病患，如嚴重之心臟血管疾病、肺功能不良、有嚴重出血傾向或血液凝固疾病。

b、明顯淋巴或骨頭轉移。

c、預期餘命小於 10 年。

(3) 手術時機：

最後的時間是在切片後 6~8 週或 TURP 後 12 週，如此可以避免因發炎反應造成周圍組織的傷害。

(4) 根除性攝護腺切除方式：

恥骨後根除性攝護腺切除術、經會陰根除性攝護腺切除手術、腹腔鏡根除性攝護腺手術、機器人手臂輔助腹腔鏡根除性攝護腺切除手術可減少出血量及術後疼痛，是治療的一大進步。

(5) 冷凍治療：利用扎針入攝護腺，藉由低溫（零下 40°C）治療，造成組織壞死。

(6) 高強度聚焦超音波治療：又稱海福刀（HIFU），藉由超音波能量將溫度提高到 65~85°C，造成組織壞死。

✧ 攝護腺放射線治療：

目前臨床上可針對局部侷限攝護腺癌病人接受治療，也可以用於轉移的病人對轉移部位做局部控制減輕症狀

✧ 攝護腺癌之荷爾蒙治療：

利用藥物或手術有效的降低男性賀爾蒙或阻斷男性賀爾蒙與其接受器之結合，以達到去除男性賀爾蒙對攝護腺癌的作用，進而抑制其生長，此即為男性賀爾蒙去除治療。

(1) 藥物治療：黃體生成素釋放激素類似藥物、黃體生成素釋放激素結抗藥物、女性荷爾蒙、抗男性賀爾蒙藥物。

(2) 手術：兩側睪丸切除手術。

#### ◇ 攝護腺癌之化學治療：

賀爾蒙治療失效後考以考慮化學治療。

## 九、結論

台灣男性壽命逐漸延長，加上 1995 年全民健保開辦，間接鼓勵老年人就診，PSA 值廣泛使用，有更多機會發現高危險病人，攝護腺癌是國內近年發生率快速上升的癌症，值得重視。五十歲以上男性，應定期接受攝護腺檢查，經由早期的診斷及接受適當治療，提高病人存活率。攝護腺癌的治療方式不只一種，即使病人攝護腺癌可能已屬晚期，但經由適當治療控制癌細胞生長，病人仍然可以活得長久及有良好的生活品質。