

高雄榮民總醫院

攝護腺癌診療原則

2022年02月22日第一版

泌尿道癌醫療團隊擬訂

注意事項：這個診療原則主要作為醫師和其他保健專家診療癌症病人參考之用。假如你是一個癌症病人，直接引用這個診療原則並不恰當，只有你的醫師才能決定給你最恰當的治療。

會議討論

上次會議：2021/02/23

本共識與上一版的差異

上一版	新版
<p>1. 無</p> <p>2. High risk group Standard: EBRT + neoadjuvant (2 months)</p> <p>3. 無</p> <p>4. 無</p>	<p>1. Active Surveillance: 建議 +/- mpMRI +/- TRBX within 1-2yr</p> <p>2. High risk group Standard: EBRT + neoadjuvant (2 months) 刪除</p> <p>3. 預期餘命 >5 年者 High risk 新增 EBRT + ADT (1.5-3yr) 及 Very high risk EBRT+ADT (2y)</p> <p>4. Metastatic Pca: NHA-ABI, ENZA, APA</p>

攝護腺癌檢測診斷原則

1. 血清攝護腺特異抗原(PSA)測定(必要)

年齡大於等於 50 歲者 或是有攝護腺癌直系血親家族史者年齡大於等於 40 歲者，皆建議每年至少一次檢驗血清 PSA。

2. 攝護腺切片手術

當血清 PSA 大於 4 ng/mL 或是肛門指診有攝護腺硬塊者應接受攝護腺切片手術，並依據病理報告決定後續治療或是追蹤策略。

Optional: 可以依年齡別預期餘命(life expectancy)及可能罹患高風險攝護腺機率決定是否接受攝護腺切片。

攝護腺癌臨床分期指引

1. 所有診斷出攝護腺癌病人都應有肛門指診結果記錄(必要)

2. 臨床分期以影像檢查(核磁共振(必要)及全身骨骼掃描及肛門指診結果並行

3. 對於淋巴腺轉移影像學有疑慮的病人，可考慮進行切片或是腹腔鏡淋巴腺摘除術進行病理檢查。

攝護腺癌復發(癌病惡化)風險評估後分類成：

臨床局限腫瘤

★ 非常低度復發風險：T1c 及格里森分數群 1 及 PSA< 10ng/ml
及小於三片切片陽性每一片癌細胞≤50%
及 PSA 密度< 0.15ng/ml/g

★ 低復發風險：T1-T2a 及格里森分數群 1 及 PSA< 10ng/ml

★ 中度復發風險：T2b-T2c 或 格里森分數群 2 或 3 或 PSA10-20 ng/ml
有利: 1 個中度風險因子或 格里森分數群 1, 2 且 < 50% 陽性切片數
不利: 2 或 3 個中度風險因子或 格里森分數群 3 +/- > 50% 陽性切片數

★ 高度復發風險：T3a 或 格里森分數群 4 或 5, 或 PSA>20 ng/ml

★ 極高度復發風險：T3b-T4 或 第一格里森分數 5 或 4 片以上的格里森分數群 4 或 5

局部侵犯腫瘤

★ 任何 T, N1

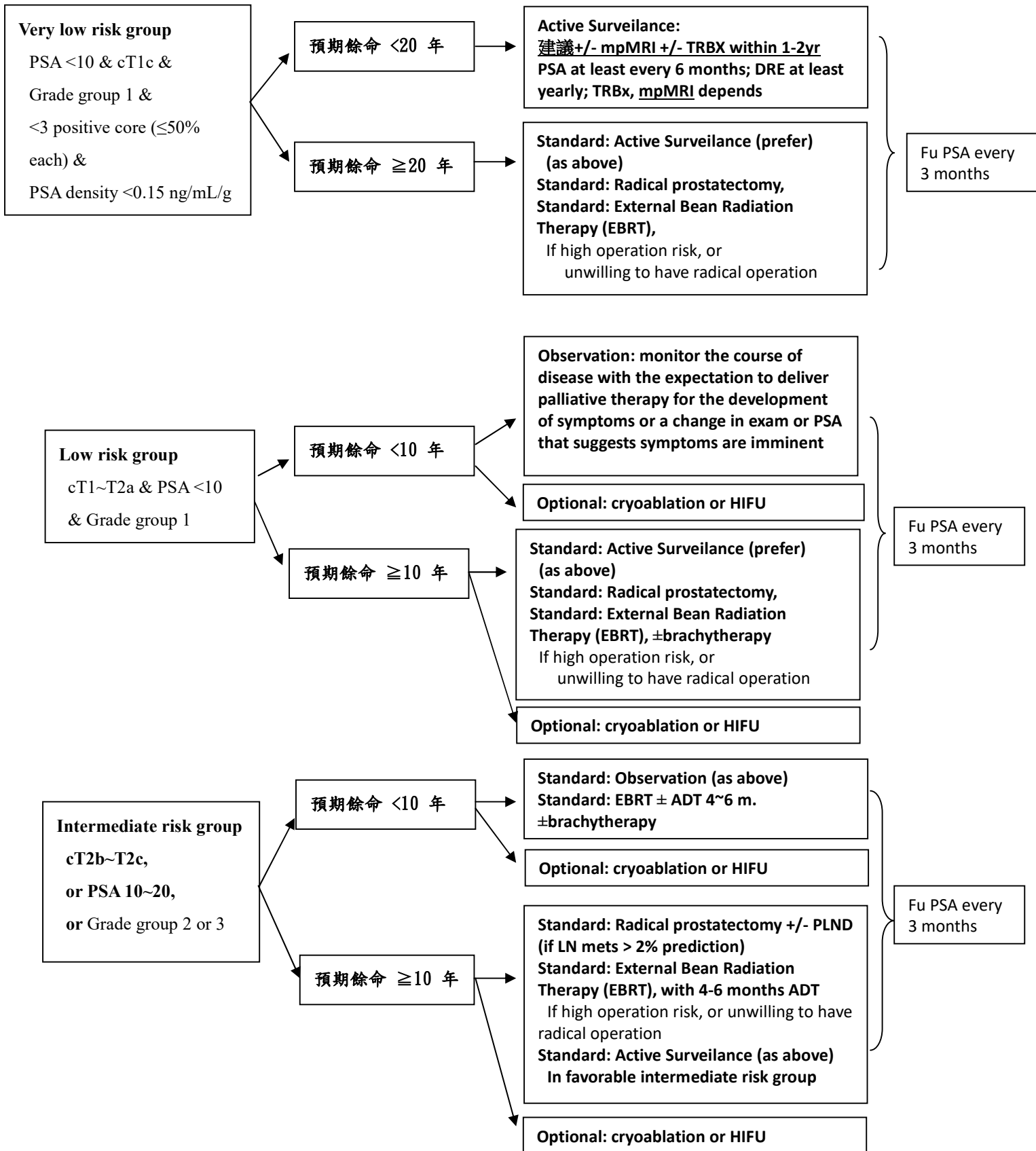
轉移腫瘤

★ 任何 T,任何 N, M1

攝護腺癌--主要初始治療 First Definitive Therapy

高雄榮民總醫院
臨床診療指引

2022 年第一版



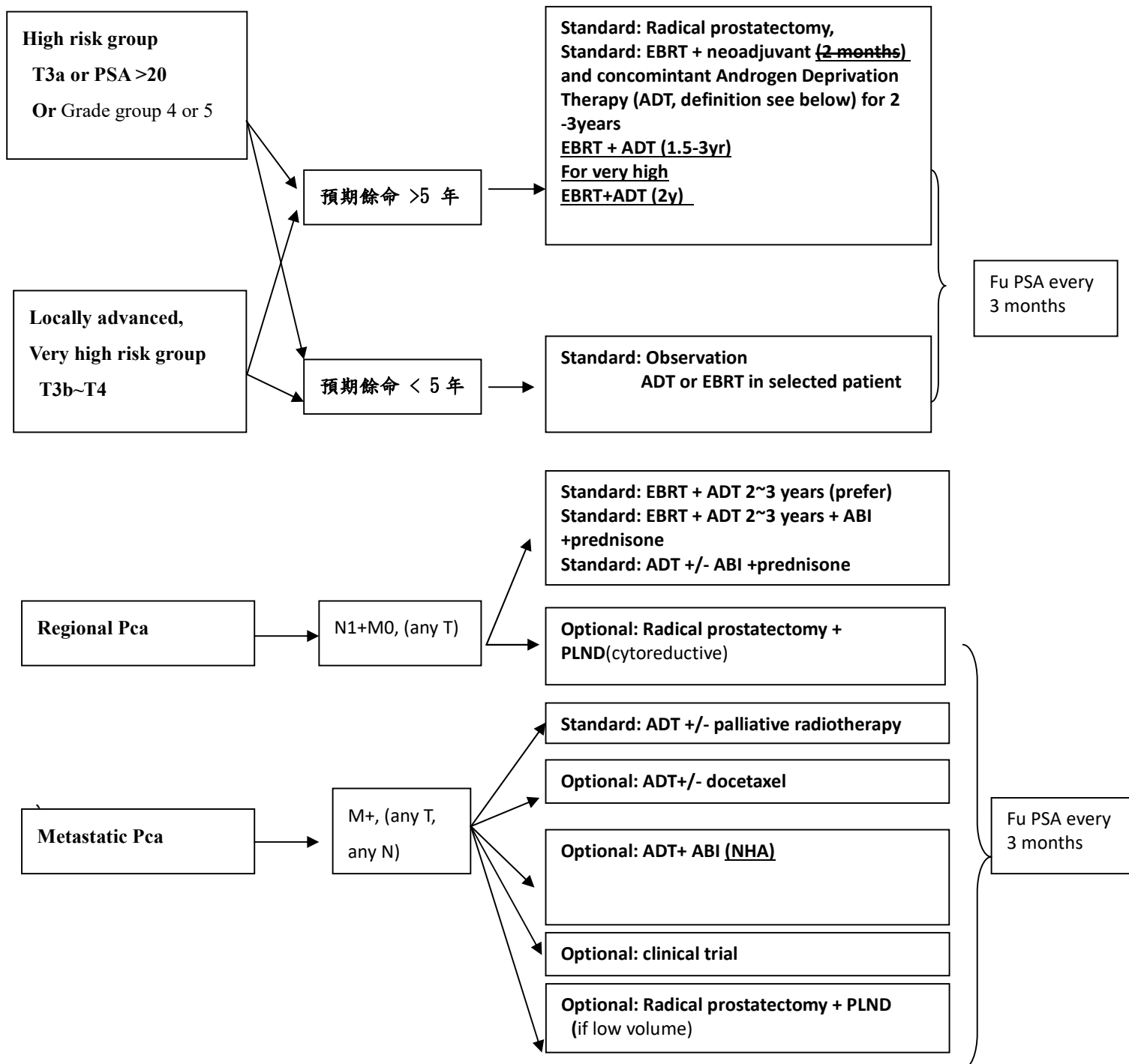
攝護腺癌--主要初始治療

First Definitive Therapy

高雄榮民總醫院
臨床診療指引

2022 年第一版

風險組別/是否轉移	預期餘命	治療	追蹤
-----------	------	----	----



Radical prostatectomy :
Standard: retroperitoneal radical prostatectomy + pelvic lymph node dissection (PLND)
Standard: laparoscopic radical prostatectomy ± robot-assisted
ADT:
Standard: continuous LHRH-A with antiandrogen (ie. Casodex) covering initial PSA surge
Optional: intermittent LHRH-A
Optional: orchiectomy if poor medication compliance
NHA: ABI, ENZA, APA

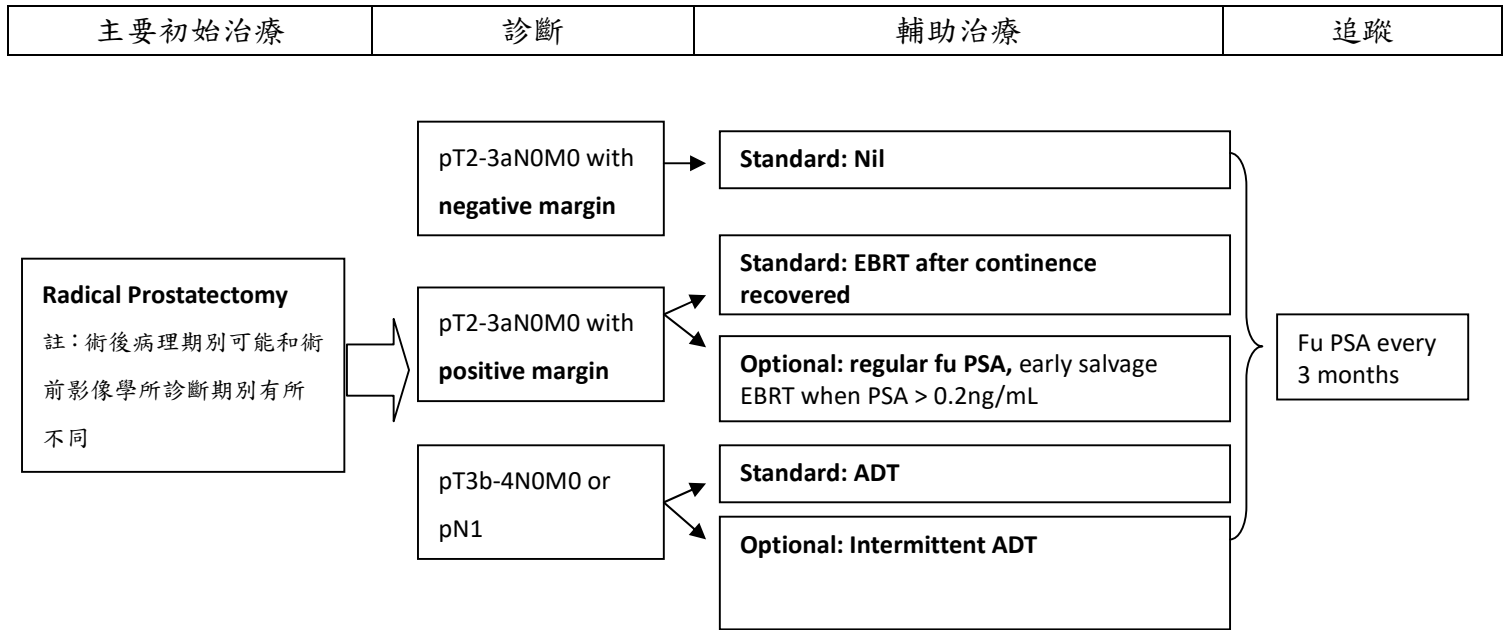
攝護腺癌--輔助治療

Adjuvant Therapy

高雄榮民總醫院

臨床診療指引

2022 年第一版

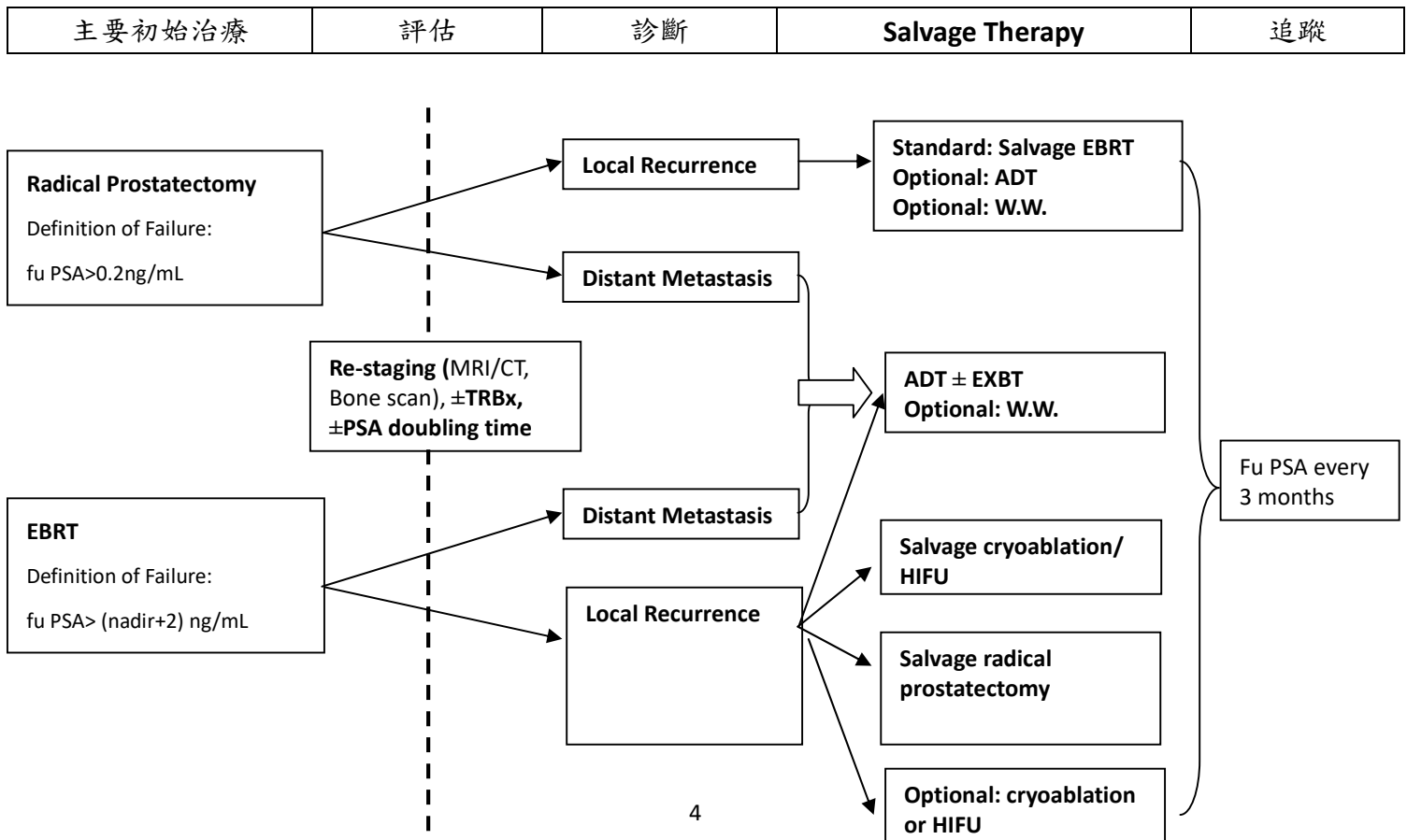


攝護腺癌--主要起始治療失敗後 Salvage Therapy

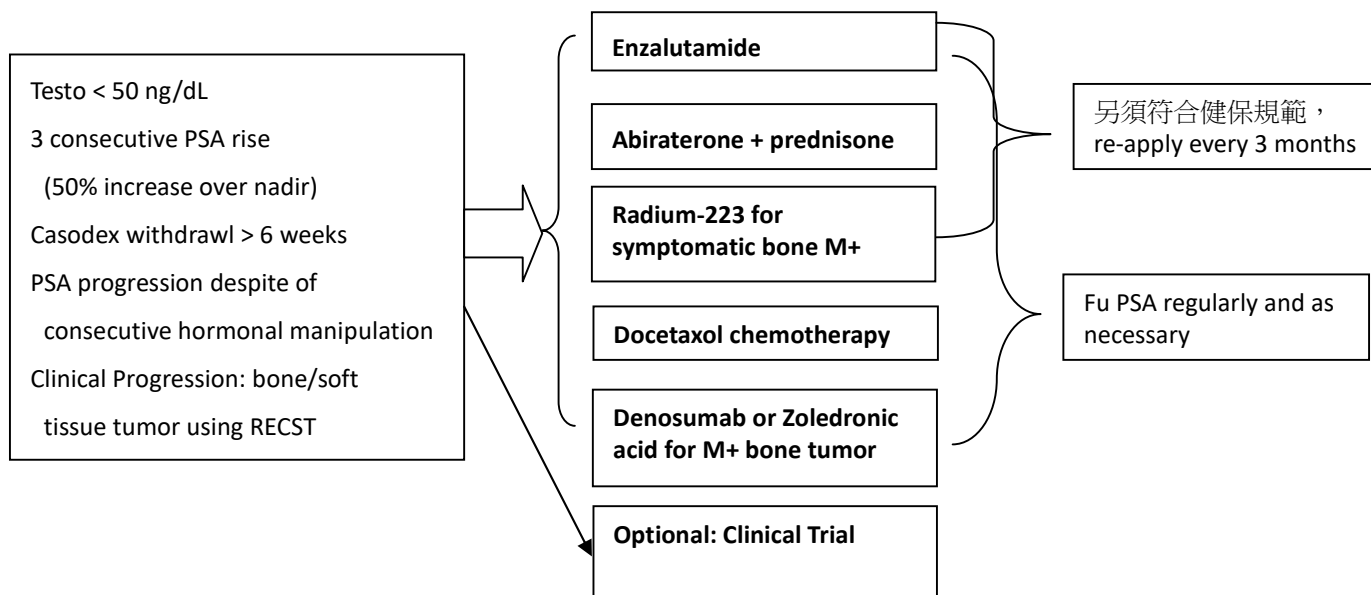
高雄榮民總醫院

臨床診療指引

2022 年第一版



CRPC 定義/診斷	治療	追蹤
------------	----	----



Systemic Therapy: Docetaxol regimen for M1 CRPC

regimen		reference
D1	Dexamethasone 20MG IVA STAT	Reference:NO3、7
	Docetaxel Inj 75MG/M2 in NS250ml keep1hr/Q3W	
	or Docetaxel Inj 50MG/M2 in NS250ml keep1hr/Q2W	

Androgen deprivation therapy, ADT(reference NO3、5、6、7、8)

LHRH-agonists: Leuprorelin、Dipherelin3.75mg 每月一次/11.25mg 每 3 個月一次、Goserelin acetate 3.6mg 每個月一次

LHRH-antagonist: Degarelix 每個月 1 次

Steroidal anti-androgen: Cyproterone acetate 50mg 2#po BID

Non-steroidal anti-androgen: Bicalutamide 50mg 1#po QD、Flutamide 250mg1#po TID

Second-generation anti-androgen: Enzalutamide 40mg 4#po QD、Apalutamide 60mg 4# po QD

Anti-androgen metabolism inhibitor: Abiraterone250mg 4#po QD with prednisone 5mg 1# po BID

Reference:

1. 台灣泌尿科醫學會訂 2018 年攝護腺癌治療指引
2. NCCN guidelines version1. 2022
3. Scher HI, Fizazi K, Saad F, et al. Increased Survival with enzalutamide in prostate cancer after chemotherapy. *N Engl J Med* 2012;367:1187-1197.
4. 國家衛生研究院攝護腺癌臨床診療指引
5. Maximum androgen blockade in advanced prostate cancer: an overview of the randomised trials. *Lancet* 2000; 355: 1491–1498.
6. Ryan CJ, Smith MR, de Bono JS, et al. Abiraterone in metastatic prostate cancer without previous chemotherapy. *N Engl J Med* 2013;368:138-148.
7. Tannock LF, de Wit R, Berry WR, et al. Docetaxel plus prednisone or mitoxantrone plus prednisone for advanced prostate cancer. *N Engl J Med* 2004;351:1502-1512.
8. Smith MR, Saad F, Chowdhury S, et al. Apalutamide treatment and metastasis-free survival in prostate cancer. *N Engl J Med* 2018;378:1408-18