

認識前列腺癌

◎高雄長庚泌尿科住院醫師 羅浩倫

◎高雄長庚泌尿科主治醫師 康智雄、教授級主治醫師 江博暉校閱

前列腺癌是好發於老年男性的惡性腫瘤，而其死亡率在 65 歲以後也有陡然上升的趨勢。根據衛生署 2006 年癌症統計顯示，前列腺癌為台灣癌症死亡原因第七位，死亡年齡中位數為 78 歲，其死亡率在 1971 年為每十萬人口中 1.14 人；至 2006 年更爬升至 6.6 人。由此可以看出台灣前列腺癌死亡率呈穩定增加之趨勢。圖一為 2007 年全台灣前列腺癌死亡率分布圖。圖二呈現出台灣歷年前列腺癌發生率逐年上升的趨勢。

到目前為止，導致前列腺癌的原因，國內的文獻中並無明確之討論。但近年來之發生率及死亡率都還有逐漸升高之趨勢，所以有報告推論這可能和基因體質、環境、飲食高脂等方面有關聯。

病理學與癌症分期：

臺灣前列腺癌的病理組織，就型態而言，絕大多數為腺細胞癌，少數非腺細胞癌的病例幾乎全為個案病歷報告，這些包括有淋巴癌、黏液細胞癌、惡性肉瘤、鱗狀上皮細胞癌、及尿路上皮細胞癌。

在腺癌的組織分級上大都以其分化的程度和腺管成形能力為依據，目前在

國際常用的為 Gleason（格氏）分級，分為五級，並依前列腺組織取出最多的兩種型態分級做評分，評分有 2-10 分，且其評分與疾病預後有高度相關（圖三）。在前列腺癌的分期上，主要依據腫瘤侵犯程度來分，有相當高比例的前列腺癌患者求診時都已有轉移的發生。

台灣的前列腺癌其侵犯轉移的情形依文獻統計，骨骼轉移（77%）最多，其次為淋巴結侵犯（36%），另有 10% 轉移到肺部，5% 轉移到肝臟。在骨骼轉移中常為多處轉移。而好發部位為脊柱（腰椎及胸椎），骨盆骨，肋骨及胸骨。而骨轉移的表現方式有 73-90% 為造骨型轉移。且格氏分級中分化差的腫瘤較易有骨盆腔淋巴結轉移。

前列腺癌的診斷：

以往前列腺癌的診斷通常是等有症狀出現或肛門指診才發現。但是指診有兩大問題：其一是指診診斷出來的前列腺癌，其病理分期至少已是第二期；其二是非所有的前列腺硬塊都是惡性腫瘤，良性病變如慢性發炎鈣化，結核等都有可能。肛門指診對前列腺癌的敏感度在 63.6-75% 左右，專一度在 92.9-96.6%

之間。但是肛門指診的好處在於方便進行而且省錢。

自從 1968 年發展經直腸超音波以來，這項檢查已被用於前列腺癌的診斷；其敏感度與專一度，都比恥骨上經腹超音波檢查來得高。一般而言前列腺癌的病灶比較傾向於低超音波回音，但也可以是其他回音顯影。超音波的好處在於可檢查出肛門指診無法觸摸到之深部組織，就經直腸超音波與肛門指診在準確度上的比較，兩者並無顯著的差別；但肛門指診的專一度高，而經直腸超音波檢查的敏感度較高。

前列腺特異抗原 (PSA) 在前列腺有病變時，血中濃度會上升，可以用來幫助前列腺癌的診斷。以 PSA 來診斷前列腺癌的成效，依其所訂之標準值會有不同。若以 4ng/ml 為標準，其敏感度為

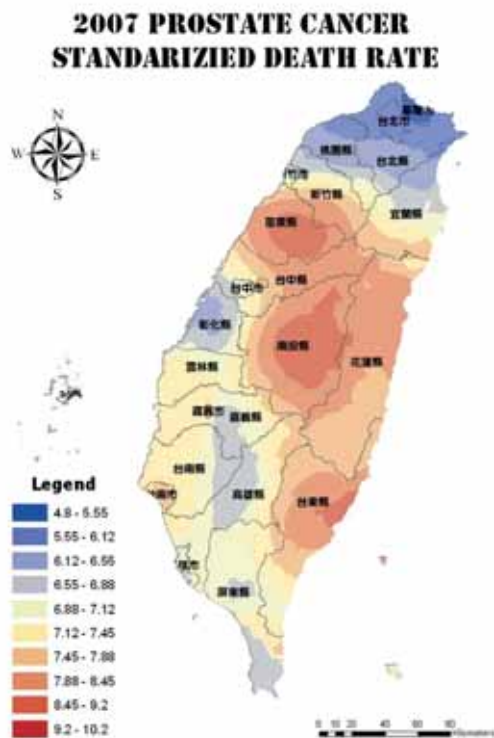
89.2%，專一度為 48.1%，準確度為 54%。而 PSA 最大用處在於追蹤前列腺癌手術或治療後有無復發或轉移的情形。若把以上三種檢查並用，正確診斷率會比單獨或兩種併用之診斷率來的高。

切片可在經直腸超音波引導下，其腫瘤偵測率可高達 83.3-89.7%。但是此切片檢查也可能有副作用，包括血尿、發燒、尿路感染、菌血症等。在診斷前列腺癌之後，通常會輔助以骨盆腔核磁共振攝影，骨掃描等檢查，幫助診斷前列腺癌是否有轉移的存在。

前列腺癌之治療方式

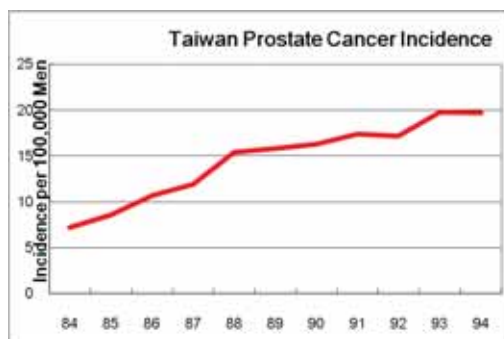
早期前列腺癌的治療：

早期前列腺癌的患者根據不同年齡及不同組織學的分化程度而有不同的預後，在患者平均餘命、生活品質的考量



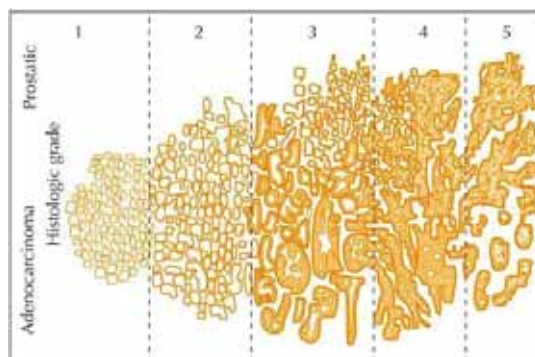
▲圖 1 前列腺癌台灣分布

圖片來源：國家衛生研究院癌症登記



▲圖 2 前列腺癌發生率

圖片來源：國家衛生研究院癌症登記



▲圖 3 格氏分級

下，建議治療方法大都以完全治癒為目標。其中包括了根除性前列腺切除術，強度調控放射治療、近接放射治療、插種與冷凍治療等等，在眾多的選項中，要考慮病患的年齡、分期、PSA 值、切片細胞分化等，這就需與治療團隊充分溝通，才能選擇出個別化的治療方式，甚至在某些病患，觀察與細心的追蹤，也是一種治療方式。

根除性前列腺切除術（Radical prostatectomy）：

優點是侷限在攝護腺內的腫瘤可徹底切除，缺點是術中出血、術後早期有尿失禁及性功能障礙的問題；然而在有經驗的醫師手中，術後尿失禁的機率並不高，約在術後兩個月內可完全改善。術中出血的機會也不高，如作神經保留加上目前以藥物做勃起功能的復健，約近半數病人可保有正常性功能。

強度調控放射治療（IMRT, Intensity Modulated Radiation Therapy）：

利用三度空間順形放射治療可依據腫瘤本身形狀以及周邊組織相關位置，再加上調節放射劑量分布，可將高劑量區集中於腫瘤，並減少正常組織傷害之目標，因此可以提高腫瘤控制機率和降低正常組織併發症的機率。前列腺的放射線治療的副作用包括直腸及泌尿道的影響，如直腸發炎、血便、頻尿、血尿、尿道狹窄等，其副作用又可分為急性及慢性，而這些併發症大多可以藥物治療改善。

前列腺放射近接治療：

一般的放射線治療即使在強度調控下，治療器官附近多少也會接受到放射線的暴露，就前列腺癌來說，前列腺周圍的器官就是膀胱及直腸，在經過放射線暴露之後，可能會在數年後出現血便或是血尿的問題，因此前列腺放射進階

治療便是為了更侷限前列腺所設計出來的治療方式。在麻醉下經會陰將多根直針置入攝護腺，放射源經由直針對前列腺做最集中的放射治療，之後再輔以較少劑量的強度調控放射治療，此種方法能集中前列腺之輻射劑量，更減少對於周邊組織之放射線傷害。

冷凍治療（高雄長庚 2008 年引進）：

作法是在麻醉下，從會陰插入數根氬氫刀，以超音波導引穿刺到前列腺，將前列腺組織冰凍於攝氏零下 150~180 度，前列腺癌組織會被冷凍而破壞。在執行冷凍治療時，尿道會另外置入一支可加溫的導尿管以免尿道結凍。此種方法在手術後會有短暫的淋巴循環不良造成的陰囊水腫，但會在數週後改善，長期來看直腸下泌尿道併發症較放射線治療少，治療效果也還可接受。

末期前列腺癌及控制性療法：

方法包括傳統的睪丸切除及口服雌性素，而較新的藥物包括抗雄性激素與黃體分泌激素類似物使雄性激素達到去勢程度，副作用包括性慾下降、陽萎、臉熱潮紅、疼痛的男性女乳症。當前列腺癌對荷爾蒙療法沒有反應時，稱為荷爾蒙抗性前列腺癌，這時化學治療可以達到 PSA 的控制及生命延長的效果，副作用方面包括手口足症、白血球低下、貧血等。依癌的分期治療目標會有不同：早期著眼於完全治癒而晚期則希望局部的病情得到控制。不論何種治療，病患與醫師治療團隊之間的充分溝通與了解，才能得到完整的治療計劃，更重要的是後續的追蹤，這就有賴家屬的信賴與支持，病患才能得到最有尊嚴的生活。



