



Taipei Veterans General Hospital  
Practices Guidelines  
for  
*Prostate Cancer*

2005年5月制定  
2021年09月28日修訂

# 壹、前言

## 一、適用範圍Scope

攝護腺（前列腺）癌的病患。

## 二、目的Purpose

提供攝護腺（前列腺）癌的診斷、治療、預後與追蹤方式。

## 三、指引使用者The target users of the guideline

泌尿部醫師、放射診療、藥物治療科醫師、放射腫瘤科醫師、病理科醫師、護理人員等。

## 泌尿腫瘤多專科醫療團隊(核心成員)

團隊召集人：鍾孝仁 主任

團隊副召集人：黃逸修 主任

泌尿部：黃志賢部主任、張延驊特約醫師、林子平主任、林志杰醫師、范玉華醫師、黃奕燊醫師、魏子鈞醫師、黃子豪醫師、陳威任醫師、顧明軒醫師。



## 泌尿腫瘤多專科醫療團隊(核心成員)

放射腫瘤科：劉裕明主任、胡育文醫師、康鈺玫醫師

藥物治療科：顏厥全主任、張牧新醫師、賴峻毅醫師

病理科：潘競成主任、彭昱璟醫師

放射診療：沈書慧主任

核子醫學部：林可瀚醫師

個案管理師：黃鳳珠護理師

## 泌尿腫瘤多專科醫療團隊(非核心成員)

安寧照護：陳三奇 醫師

安寧照護：賴麗玲 共照師

社工室：蕭美華 社會工作師

精神部：王馥亭 心理師

護理部：桑穎穎 督導長

藥劑部：林子超 藥師

營養部：蔡旻君 營養師

# 貳、重要臨床準則

## 一、評估 Assessment

合併肛門指診 (digital rectal examination, 簡稱DRE) 與攝護腺特定抗原 (prostate specific antigen, 簡稱PSA) 檢查是目前公認最佳早期偵測攝護腺癌的診斷工具。

對於懷疑有攝護腺癌者，進行切片前可先施行多參數磁振造影(multiparametric MRI, mpMRI)；若未曾接受過切片 (biopsy naïve)者mpMRI顯示有異常(PI-RADS  $\geq 3$ )，可一併施行定位(targeted biopsy)及系統性切片(systematic biopsy)；若mpMRI顯示無異常(PI-RADS  $\leq 2$ )、且臨床判斷攝護腺癌可能性低者，與病患討論取得共識後，可暫不施行切片。



## 二、診斷依據 Diagnosis Criteria

### (一)、攝護腺癌的早期診斷：

血清攝護腺特定抗原（prostate specific antigen，簡稱PSA）檢查合併肛門指診是早期偵測攝護腺癌的診斷工具，血清PSA正常值目前仍訂為4.0 ng/ml，但並不表示小於4.0 ng/ml就完全沒有攝護腺癌的可能，或PSA值高於4.0 ng/ml就一定有攝護腺癌，因為導致血清PSA值上升的原因不是只有攝護腺癌，其他常見的原因還包括良性攝護腺肥大、發炎以及尿路感染等。攝護腺超音波檢查僅提供早期偵測攝護腺癌之參考。

(二)、一般建議50歲以上男性每年應接受血清PSA及肛門指診檢查。若家族中有攝護腺癌病例者，應提早自45歲開始每年一次的檢查。其中任一項有異常時（包括：PSA值偏高[目前仍採用大於4.0 ng/ml，也有學者建議降低至2.5 ng/ml]或肛門指診異常[攝護腺觸診太硬、有疑似腫塊或兩葉不對稱腫大等]），都應建議病患進一步接受經直腸超音波導引之攝護腺切片檢查，以確定是否罹患攝護腺癌。

### 三、鑑別診斷 Differential Diagnosis

包括良性攝護腺肥大、攝護腺發炎。

## 四、疾病（病理）分期 Disease and Pathology stage

### （一）、攝護腺癌的分期

若經攝護腺切片檢查證實罹患攝護腺癌後，首先需要確定癌症侵犯的範圍即癌症分期；除了肛門指診以外，影像學檢查包括全身核醫骨骼掃描以及骨盆腔電腦斷層/磁共振造影檢查，均是用來判定癌症分期的檢查。經由癌症分期檢查，如果腫瘤僅局限在攝護腺內而無淋巴結或是骨頭轉移的跡象，即為局限性的攝護腺癌；反之，如果腫瘤已經穿出攝護腺包膜而侵犯到攝護腺鄰近的器官（如：神經血管束、儲精囊、膀胱或是直腸等）、或是有淋巴結及骨頭轉移等的跡象，則為局部侵犯性或遠處轉移性（晚期）的攝護腺癌。

## 2017 AJCC 8<sup>th</sup> Edition

**Table 1. Definitions for T, N, M**

### **Clinical T (cT)**

<b>T</b>	<b>Primary Tumor</b>
<b>TX</b>	Primary tumor cannot be assessed
<b>T0</b>	No evidence of primary tumor
<b>T1</b>	Clinically inapparent tumor that is not palpable
T1a	Tumor incidental histologic finding in 5% or less of tissue resected
T1b	Tumor incidental histologic finding in more than 5% of tissue resected
T1c	Tumor identified by needle biopsy found in one or both sides, but not palpable
<b>T2</b>	Tumor is palpable and confined within prostate
T2a	Tumor involves one-half of one side or less
T2b	Tumor involves more than one-half of one side but not both sides
T2c	Tumor involves both sides
<b>T3</b>	Extraprostatic tumor that is not fixed or does not invade adjacent structures
T3a	Extraprostatic extension (unilateral or bilateral)
T3b	Tumor invades seminal vesicle(s)
<b>T4</b>	Tumor is fixed or invades adjacent structures other than seminal vesicles such as external sphincter, rectum, bladder, levator muscles, and/or pelvic wall.

### **Pathological T (pT)**

<b>T</b>	<b>Primary Tumor</b>
<b>T2</b>	Organ confined
<b>T3</b>	Extraprostatic extension
T3a	Extraprostatic extension (unilateral or bilateral) or microscopic invasion of the bladder neck
T3b	Tumor invades seminal vesicle(s)
<b>T4</b>	Tumor is fixed or invades adjacent structures other than seminal vesicles such as external sphincter, rectum, bladder, levator muscles, and/or pelvic wall

\*Note: There is no pathologic T1 classification.

\*\*Note: Positive surgical margin should be indicated by an R1 descriptor, indicating residual microscopic disease.

### **N Regional Lymph Nodes**

<b>NX</b>	Regional lymph nodes cannot be assessed
<b>N0</b>	No positive regional nodes
<b>N1</b>	Metastases in regional node(s)

### **M Distant Metastasis**

<b>M0</b>	No distant metastasis
<b>M1</b>	Distant metastasis
M1a	Non-regional lymph node(s)
M1b	Bone(s)
M1c	Other site(s) with or without bone disease

\*Note: When more than one site of metastasis is present, the most advanced category is used. M1c is most advanced.

## (二)、攝護腺癌的分級

在攝護腺癌的分級方面，最常被使用者為格里森分級系統 (Gleason grading system)，代表腫瘤細胞惡性的程度。格里森分級系統是根據顯微鏡下腫瘤組織，依腺體細胞的排列形態來定出分級(grade)，其排列最接近正常者為第1級，排列最凌亂者為第5級。將腫瘤細胞中佔最多數與次多數者的分級相加就是格里森分數(Gleason score)。

2017年第8版的AJCC staging增列Gleason grade group，依據Gleason pattern進一步將Gleason score分為5個group

# Histologic Grade Group

Grade Group	Gleason Score	Gleason Pattern
1	$\leq 6$	$\leq 3+3$
2	7	3+4
3	7	4+3
4	8	4+4, 3+5, 5+3
5	9 or 10	4+5, 5+4, 5+5

## 五、臨床症狀 Symptoms and Signs

早期攝護腺癌通常沒有症狀，但若腫瘤侵犯尿道、膀胱頸時，則會發生類似下泌尿道阻塞或刺激的症狀，嚴重者可能出現急性尿瀦留、血尿、尿失禁等。骨轉移時也可能會引起骨骼疼痛、病理性骨折、貧血、脊髓壓迫而導致下肢癱瘓等症狀。



## 六、發生率與盛行率 Incidence and prevalence

攝護腺癌的發生率，隨著年紀的增加而逐漸上升，所以較常見於年長者。根據行政院衛生署的統計，最近10年來國人攝護腺癌的發生率從男性十大癌症之第9名上升到第5名(民國107年標準化發生率34.7/100,000人)(不區分性別為第六名)，死亡率也從男性癌病死因之第12名上升到第6名(民國108年死亡率13.1/100,000人)，均明顯呈現逐年增加之情形。然而由於近年來醫學之進步，經由早期的診斷及各種有效的治療方式，攝護腺癌的存活率依不同的期別均已大幅提升。

## 七、檢驗與其他檢查

### Laboratory and other examination

骨盆腔電腦斷層、磁振造影檢查：目的在於評估腫瘤局部侵犯的程度及是否有淋巴結轉移。磁振造影檢查最好在攝護腺切片後4週或經尿道攝護腺切除術後4 ~ 8週再執行，以免因攝護腺內殘留之出血而影響判讀。

全身核醫骨骼掃描：經由注射微量放射性同位素(99MTc-MDP)，藉由是否在骨骼內有異常累積之同位素亮點，以判斷是否有骨骼轉移。此檢查對於是否骨轉移很靈敏，所以假陽性率相對的也較高。

## 八、住院及出院條件

### Admission and Discharge criteria

#### (一)、住院條件

預備接受手術治療。

#### (二)、出院條件

病患可自行照顧傷口及尿管。

## 九、主要治療處置

### Primary treatment and management (含可能之合併症及副作用)

- (一)、攝護腺癌的手術治療
- (二)、攝護腺癌之放射治療
- (三)、攝護腺癌之荷爾蒙治療
- (四)、攝護腺癌之化學治療

## (一)、攝護腺癌的手術治療

### 1、根除性攝護腺切除手術的適應症與禁忌症

#### A、適應症：

##### (a)癌症分期

局限性的攝護腺癌，經手術切除可達根治的效果，較適於根除性攝護腺切除手術。若確定有淋巴結或骨轉移則不適合施行根除性攝護腺切除手術。

##### (b)預期餘命及健康狀況

病患之預期餘命大於10年，且沒有嚴重之心肺疾病等，才適於施行此手術。

## B、禁忌症：

- (a) 手術危險性高之病患，如嚴重之心臟血管疾病、肺功能不良等。
- (b) 有嚴重出血傾向或血液凝固疾病。
- (c) 淋巴結或骨轉移。
- (d) 預期餘命小於10年。

## 2、根除性攝護腺切除手術的時機與方式

手術宜在攝護腺切片6~8週或經尿道攝護腺切除手術12週後，如此可以避免因局部發炎反應造成之粘黏而導致周圍組織的傷害(如直腸)，若要做神經保存手術亦較容易。根除性攝護腺切除手術可依不同進行之方式分為：1. 恥骨後(retropubic)、2. 經會陰(perineal)、3. 腹腔鏡(laparoscopic)及4. 機器手臂輔助式(robot-assisted)等4種根除性攝護腺切除手術。

### 3、根除性攝護腺切除手術的可能併發症

- A. 手術中：出血、直腸受傷、輸尿管受傷及閉孔神經受傷等。
- B. 手術後：尿失禁、性功能障礙、膀胱尿道接合處狹窄、傷口感染、尿液滲漏、血栓靜脈炎、淋巴滲漏及延遲性出血等。



## (二)、攝護腺癌之放射治療

### 1、放射治療的適應症

局限性及局部侵犯性攝護腺癌，均適於放射治療。若有淋巴結或骨轉移則不適合。放射治療較無預期餘命與健康狀況之限制。

對於寡量轉移(oligometastasis)的病患，可考慮加入臨床試驗，使用放射治療做為局部控制(local control)。

遠端轉移的患者，放射治療照射骨頭疼痛部位可用於減低疼痛的緩解性治療，或照射攝護腺以減緩排尿阻塞的症狀。

## 2、放射治療的原理、方式與效果

放射治療是以電腦斷層或是核磁共振影像界定攝護腺位置，配合高能量直線加速器及電腦輔助系統之劑量計算，給予攝護腺癌致死劑量之照射，而不過份傷及周邊正常組織和皮膚。放射治療可依不同進行之方式而分：1. 二度空間(2D)放射治療、2. 組織插種治療(interstitial implantation)、3. 三度空間順形放射治療 (3D CRT)及4. 強度調控放射治療(intensity modulated radiation therapy, IMRT)等四種。過去經驗顯示，放射治療的確能控制攝護腺癌，臨床上也有很好的效果。治療後主要以血清PSA的改變做為治療效果的評據。

### 3、放射治療的可能併發症

在接受放射治療期間，約60% 病人有輕微的直腸及膀胱副作用，多數會在治療結束後逐漸緩解。根據美國放射治療與腫瘤研究群(Radiation Therapy Oncology Group, RTOG) 的研究，接受放射治療的病人常見的併發症包括慢性膀胱炎佔約12.5%、腹瀉佔9.7%、直腸炎佔7.8%、直腸出血佔4.4%、尿道狹窄或膀胱頸收縮佔3%、血尿佔3%。

## 4、手術後放射治療

根除性攝護腺切除後若有下列情況，如攝護腺包膜、儲精囊、或周邊組織(如膀胱直腸)有癌細胞侵犯、或癌細胞在手術切口上、或有骨盆腔淋巴結轉移等，均可考慮建議病患接受手術後之放射治療。此種術後放射治療應在手術後患者排尿功能恢復正常後儘早開始，一般建議在術後3個月左右開始治療。

## 5、局部復發攝護腺癌之放射治療

攝護腺癌一旦發生手術後局部復發情形，若經切片證實，而尚未發生遠端轉移，可考慮接受輔助性荷爾蒙治療或局部放射治療。經由放射治療後，可得到不錯之局部控制率，因此應給予較高劑量之放射線照射，當然，這種較高劑量照射發生併發症的機會也比較高。

## 6、緩解性放射治療

### A、骨轉移病變及局部廣泛性攝護腺癌之緩解性放射治療：

對於骨轉移產生之疼痛或是骨盆腔內因腫瘤或廣泛性淋巴結轉移壓迫所產生之骨盆腔疼痛、便秘、腸阻塞、血尿、腿部腫脹、輸尿管堵塞所引起之腎積水等，可考慮緩解性放射治療，對於症狀緩解有相當大的治療效果。

### B、以放射線同位素進行骨轉移之疼痛治療：

對於多發性骨轉移之疼痛，除了止痛藥物之使用外，也可以 $^{89}\text{Sr}$  治療，約60 ~ 80%骨轉移的病人于達到疼痛緩解的作用。

現今以**Radium-223**治療具有症狀性骨轉移的去勢抗性攝護腺癌病人(排除臟器轉移及惡性淋巴結病變超過**3 cm**的病人)，能顯著延後症狀性骨骼事件(**SSE**，定義為發生任何下方事件：以外照射放射療法緩和疼痛，或病理性骨折，或脊髓壓迫，或腫瘤相關骨科手術介入治療)發生時間(**Radium-223**組發生**SSE**中位數**13.5**個月，安慰劑組**8.4**個月)，且能延長整體存活期(**Radium-223**組整體存活期中位數**14.9**個月，安慰劑**11.3**個月)。

## (三)、攝護腺癌之荷爾蒙治療

### 1、荷爾蒙治療之目的

以藥物或手術合併或不合併抗男性荷爾蒙藥物，以降低病人體內男性荷爾蒙之濃度，藉由阻斷刺激攝護腺癌細胞生長及分化之男性荷爾蒙，以達到抑制攝護腺癌之目的，此即為荷爾蒙治療。



## 2、荷爾蒙治療之種類

### A、藥物：

(a)服用抗男性荷爾蒙(anti-androgen)：

(i)類固醇抗男性荷爾蒙：如cyproterone acetate (Androcur)。

(ii)非類固醇抗男性荷爾蒙：包括flutamide (Fugerel; Eulexin)、 bicalutamide (Casodex)。

(b)服用女性荷爾蒙：如diethylstilbestrol (DES)。

(c)注射LHRH analogues：如leuprorelin acetate (Leuplin)  
、 goserelin acetate (Zoladex)、 triptorelin (Decapeptyl)  
、 diphereline。

(d)黃體生成素釋放激素拮抗藥物 (LHRH antagonist)，目前  
前有Degarelix

(e) 新一代攝護腺癌荷爾蒙藥物

- **Second-generation antiandrogen**

  - Apalutamide (for M0)

  - Enzalutamide (for M0 or M1)

  - Darolutamide (for M0)**

- **Androgen metabolism inhibitor**

  - Abiraterone with prednisone (for M1)

  - Abiraterone with methylprednisolone (for M1)

B、手術：兩側睪丸切除手術。

C、合併男性荷爾蒙阻斷治療：

睪丸切除或藥物注射合併口服抗男性荷爾蒙

### 3、荷爾蒙治療之適應症

- A、較晚之期別—局部侵犯性的攝護腺癌，包括腫瘤腫瘤已經侵犯到攝護腺外面(如儲精囊、膀胱或是直腸)，或已有淋巴結或是骨頭轉移性的攝護腺癌。
- B、攝護腺癌病人接受根治性攝護腺切除手術治療或放射治療後，血清PSA逐漸升高或併有局部復發或遠處轉移之情況。
- C、癌症臨床期別為局限性的攝護腺癌，可在準備接受根治性定效治療(包括根治性攝護腺切除手術或放射治療)前為求減少腫瘤體積，做為根治性治療前輔助性治療之目的。

## 4、荷爾蒙治療之副作用

依據不同荷爾蒙治療的方式與時間，可能併發的副作用包括：  
噁心、嘔吐、腹瀉、男性女乳化、乳房壓痛、可逆性肝毒性、全身潮熱盜汗、性慾減退與陰莖勃起能力障礙、骨質疏鬆、疲倦、肌肉耗失、貧血、體重增加、心臟血管意外以及深部靜脈血栓等。

## (四)、攝護腺癌之化學治療

以歐洲紫杉醇(Docetaxel)為主之化學藥物治療對於高轉移量的Castration-naive Prostate Cancer以及荷爾蒙藥物失效性攝護腺癌(Castration Resistant Prostate Cancer, CRPC)病患之存活期的延長，已使化學治療成為攝護腺癌之標準治療之一。

# Docetaxel for the treatment metastatic of Castration Resistant prostate cancer (CRPC)Regimen

## Premedications:

輸注時間約30分(In 500ml of Dextrose 5% /0.45% NS)

☆抗組織胺: Allermin inj 5mg/ml IVA 1amp

☆類固醇: Dexamethasone 8 mg IVA

☆H2 拮抗劑: Ranitidine( Zantac ) 50mg IVA  
1amp

## Docetaxel

- 1.Docetaxel is administered as a 1-hour infusion once every 3 weeks. The recommended dose is 70 mg/m<sup>2</sup> (up to 10 cycles)**
- 2.Docetaxel is administered as a 1-hour infusion once every 2weeks. The recommended dose is 50mg/m<sup>2</sup> ( 15 cycles) (ECOG PS:2;if PS is due to disease)**

## 十、輔助或替代治療

### Adjuvant /Substitute treatment

包含冰凍治療(Cryotherapy)、高能聚焦超音波治療 (High Intensity Focus Ultrasound, HIFU)等。



## 十一、預後 Outcome

攝護腺癌的存活率與期別有相當大的關係，若是早期診斷，攝護腺癌尚未擴散至遠端，5年存活率高於90%；但若已經轉移至遠處時，5年存活率就不到30%了。

## 十二、住院天數Length of stay

接受根治性攝護腺切除手術患者的住院天數，依病患恢復狀況為5至10天可出院。

## 十三、出院計畫 Discharge Plan

當手術患者的疼痛減輕、活動恢復正常、傷口可以自行照顧即可預備出院。

## 十四、出院衛教 Discharge health education

手術後出院病患必須勤加練習提肛運動以訓練尿道括約肌，以期早日恢復禁尿功能。

## 十五、出院追蹤Discharge Follow up

攝護腺癌的追蹤與檢查依癌症期別、接受過之治療及預期壽命長短而有所差異，建議之追蹤方式如下，但仍需依病人之個別病情及主治醫師之判斷來決定。

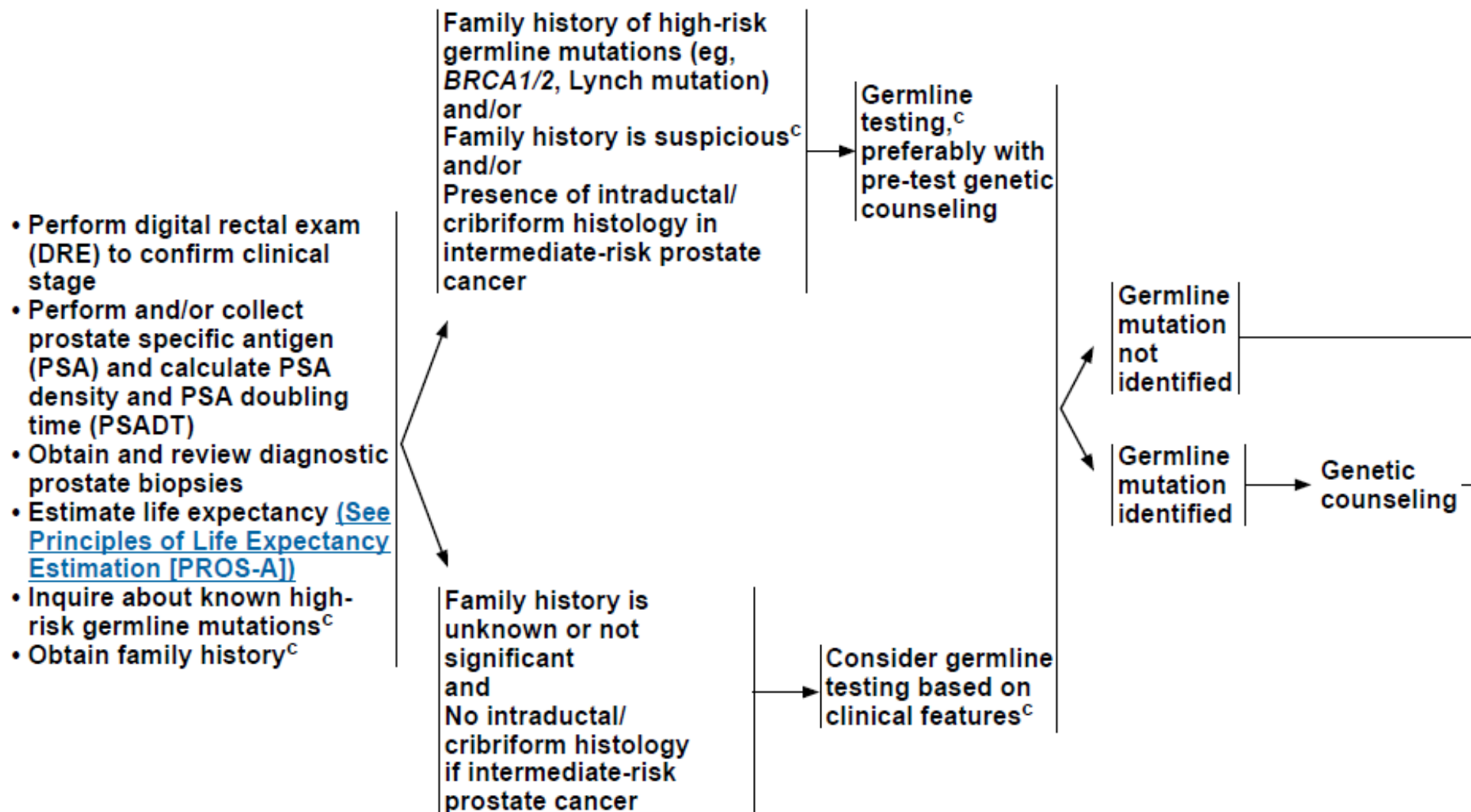
## 1、接受根除性攝護腺切除手術或是放射治療的患者

對於無症狀而且穩定的病人而言，治療後前5年，每3~6個月門診追蹤檢查血清PSA，每6~12個月檢查肛門指診；第6年以後則每年門診追蹤檢查PSA及肛門指診。另外，對於這些無症狀而且穩定的病人，並不需要常規性的接受骨骼掃描以及其他影像學(電腦斷層/磁振造影)檢查；惟若血清PSA持續升高、肛門指診有疑似硬塊或有骨痛症狀時則應考慮安排骨骼掃描以及影像學檢查。

## 2、接受荷爾蒙治療的患者

治療後每3個月需做PSA及(或)肛門指診檢查，若有使用抗男性荷爾蒙，前3個月，每個月應抽血檢查肝功能；以後每3 ~ 6個月抽血檢查肝功能。若連續2次的血清PSA持續升高或有骨痛之症狀出現時，則應考慮安排骨骼掃描檢查。另外，接受荷爾蒙治療的患者，治療的療程越久，發生骨質疏鬆的機率越高，所以在接受治荷爾蒙療前以及治療中，可安排接受骨質密度檢查，如果有骨質疏鬆的現象，可同時服用鈣、維生素D並合併雙磷鹽(bisphosphonates)治療之。

## INITIAL PROSTATE CANCER DIAGNOSIS<sup>a,b,c</sup>





## INITIAL RISK STRATIFICATION AND STAGING WORKUP FOR CLINICALLY LOCALIZED DISEASE

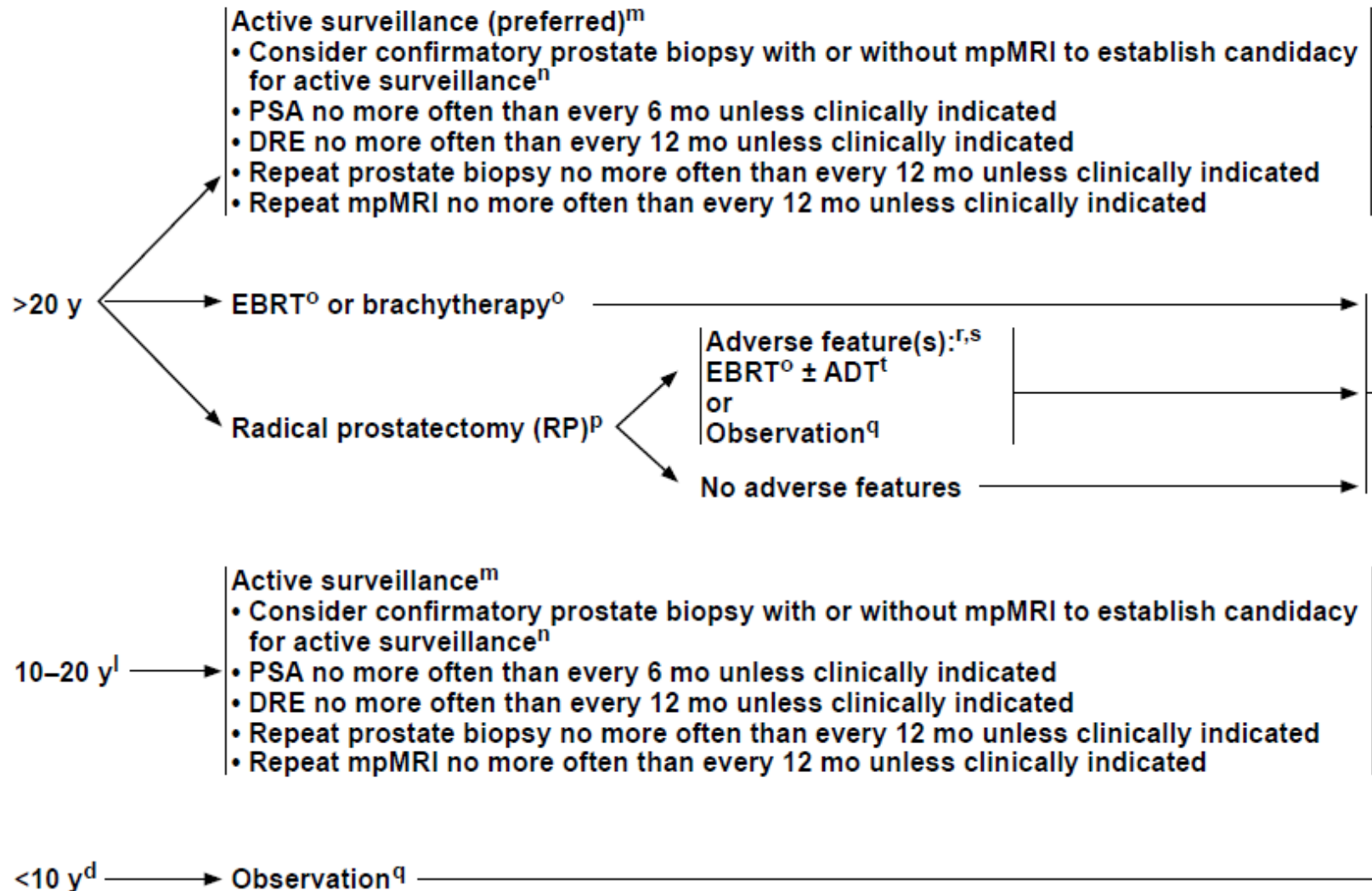
Risk Group	Clinical/Pathologic Features		Imaging <sup>f,g</sup>	Germline Testing <sup>c</sup>	Molecular/Biomarker Analysis of Tumor <sup>c</sup>
Very low <sup>d</sup>	Has all of the following: <ul style="list-style-type: none"> <li>• T1c</li> <li>• Grade Group 1</li> <li>• PSA &lt;10 ng/mL</li> <li>• Fewer than 3 prostate biopsy fragments/cores positive, ≤50% cancer in each fragment/core<sup>e</sup></li> <li>• PSA density &lt;0.15 ng/mL/g</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consider confirmatory prostate biopsy ± mpMRI to establish candidacy for active surveillance</li> </ul>	Recommended if family history positive <a href="#">See PROS-1</a>	Not indicated
Low <sup>d</sup>	Has all of the following but does not qualify for very low risk: <ul style="list-style-type: none"> <li>• T1–T2a</li> <li>• Grade Group 1</li> <li>• PSA &lt;10 ng/mL</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consider confirmatory prostate biopsy ± mpMRI to establish candidacy for active surveillance</li> </ul>	Recommended if family history positive <a href="#">See PROS-1</a>	Consider if life expectancy ≥10 y <sup>j</sup>
Intermediate <sup>d</sup>	Favorable intermediate	Has all of the following: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 IRF</li> <li>• Grade Group 1 or 2</li> <li>• &lt;50% biopsy cores positive<sup>e</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consider confirmatory prostate biopsy ± mpMRI to establish candidacy for active surveillance</li> <li>• Bone imaging<sup>h</sup>: not recommended for staging</li> <li>• Pelvic ± abdominal imaging<sup>i</sup>: recommended if nomogram predicts &gt;10% probability of pelvic lymph node involvement</li> <li>• If regional or distant metastases are found, <a href="#">see PROS-8</a></li> </ul>	Recommended if family history positive or intraductal/cribiform histology <a href="#">See PROS-1</a>	Consider if life expectancy ≥10 y <sup>j</sup>
	Unfavorable intermediate	Has one or more of the following: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 or 3 IRFs</li> <li>• Grade Group 3</li> <li>• ≥ 50% biopsy cores positive<sup>e</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bone imaging<sup>h</sup>: recommended if T2 and PSA &gt;10 ng/mL</li> <li>• Pelvic ± abdominal imaging<sup>i</sup>: recommended if nomogram predicts &gt;10% probability of pelvic lymph node involvement</li> <li>• If regional or distant metastases are found, <a href="#">see PROS-8</a></li> </ul>	Recommended if family history positive or intraductal/cribiform histology <a href="#">See PROS-1</a>	Consider if life expectancy ≥10 y <sup>j</sup>
High	Has no very-high-risk features and has exactly one high-risk feature: <ul style="list-style-type: none"> <li>• T3a OR</li> <li>• Grade Group 4 or Grade Group 5 OR</li> <li>• PSA &gt;20 ng/mL</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bone imaging<sup>h</sup>: recommended</li> <li>• Pelvic ± abdominal imaging<sup>i</sup>: recommended</li> <li>• If regional or distant metastases are found, <a href="#">see PROS-8</a></li> </ul>	Recommended	Consider if life expectancy ≥10 y <sup>j</sup>
Very high	Has at least one of the following: <ul style="list-style-type: none"> <li>• T3b–T4</li> <li>• Primary Gleason pattern 5</li> <li>• 2 or 3 high-risk features</li> <li>• &gt;4 cores with Grade Group 4 or 5</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bone imaging<sup>h</sup>: recommended</li> <li>• Pelvic ± abdominal imaging<sup>i</sup>: recommended</li> <li>• If regional or distant metastases are found, <a href="#">see PROS-8</a></li> </ul>	Recommended	Not routinely recommended

## VERY-LOW-RISK GROUP

EXPECTED  
PATIENT  
SURVIVAL<sup>k</sup>

INITIAL THERAPY

ADJUVANT THERAPY

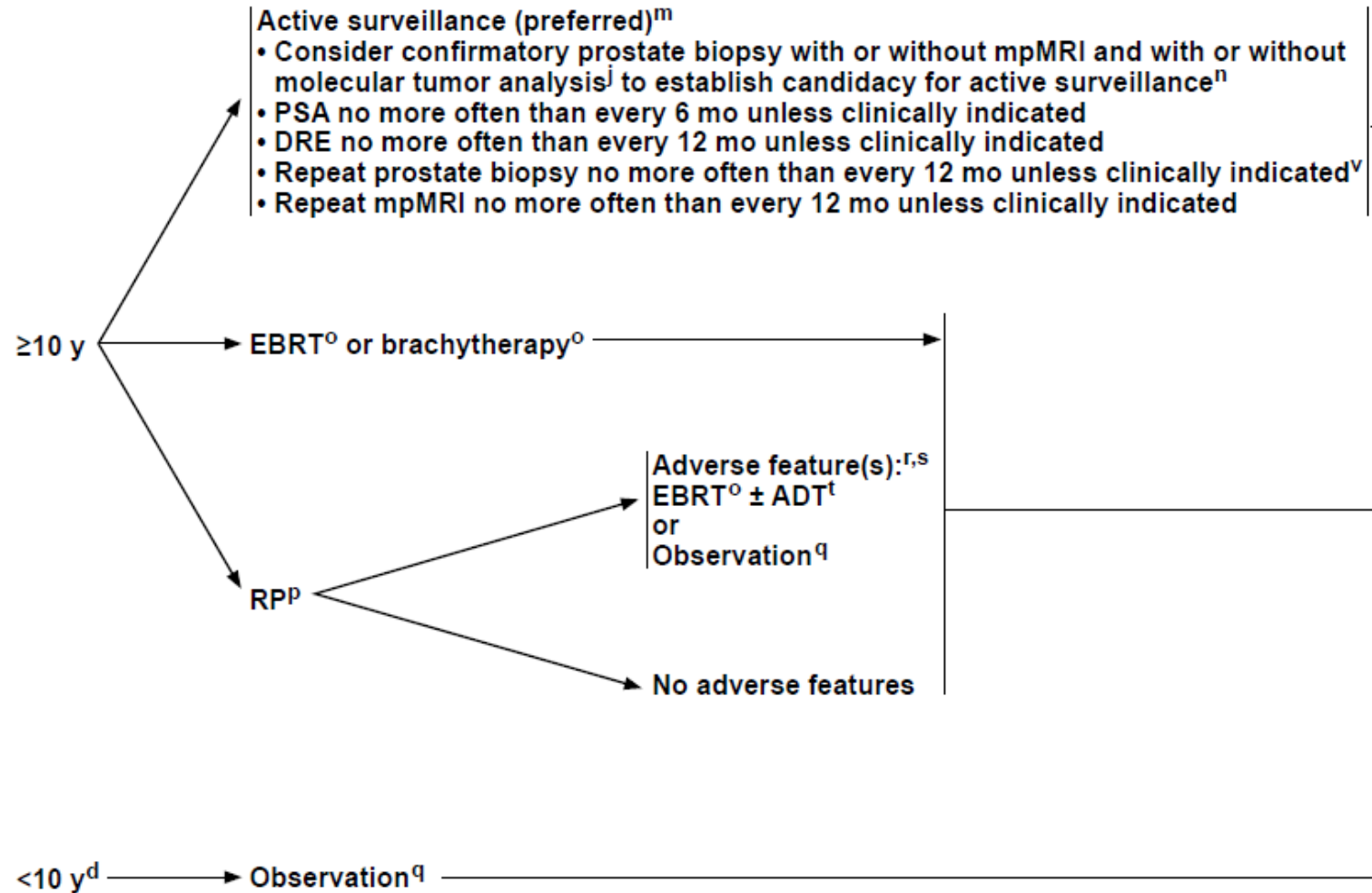


## LOW-RISK GROUP

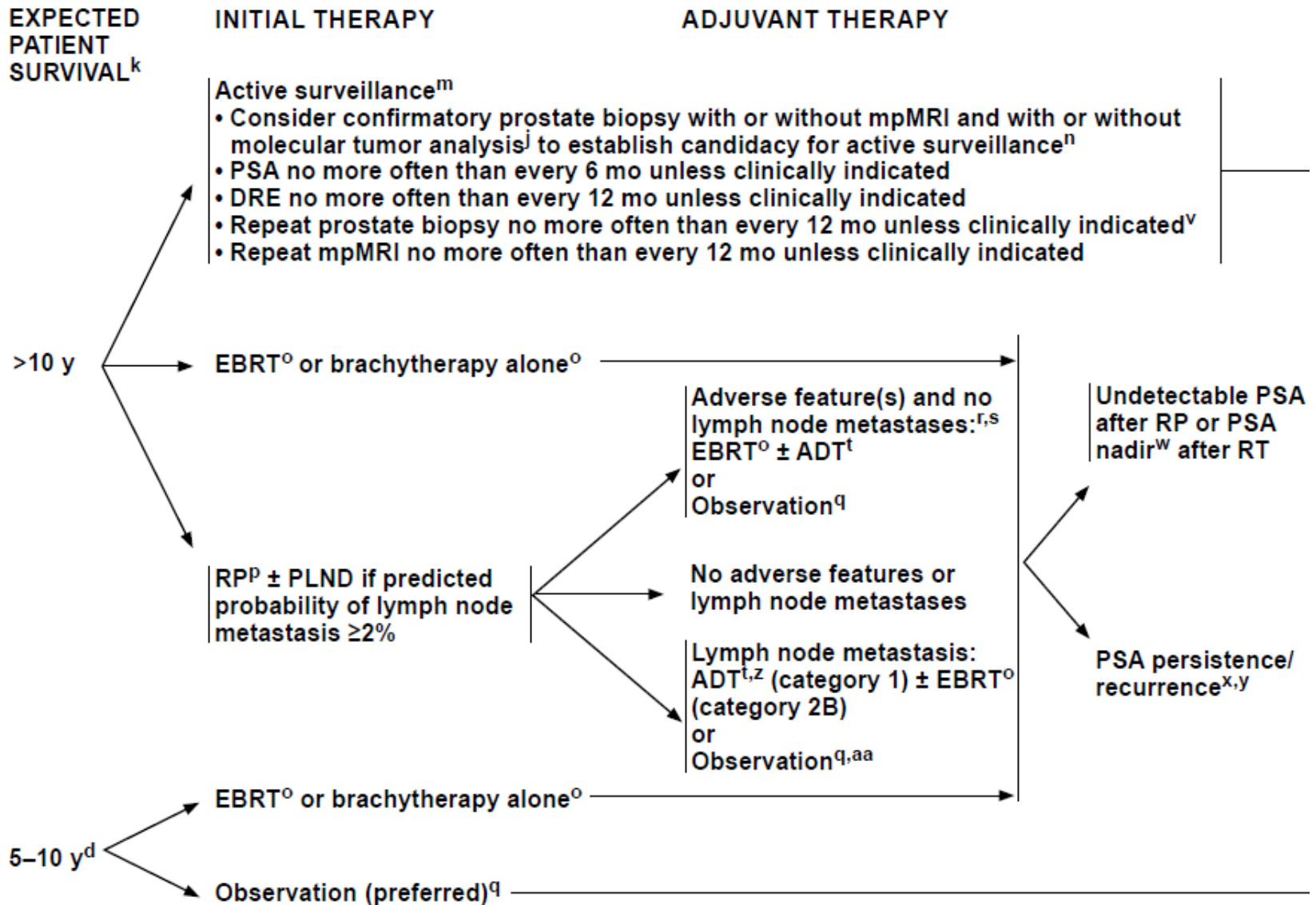
EXPECTED  
PATIENT  
SURVIVAL<sup>k</sup>

INITIAL THERAPY

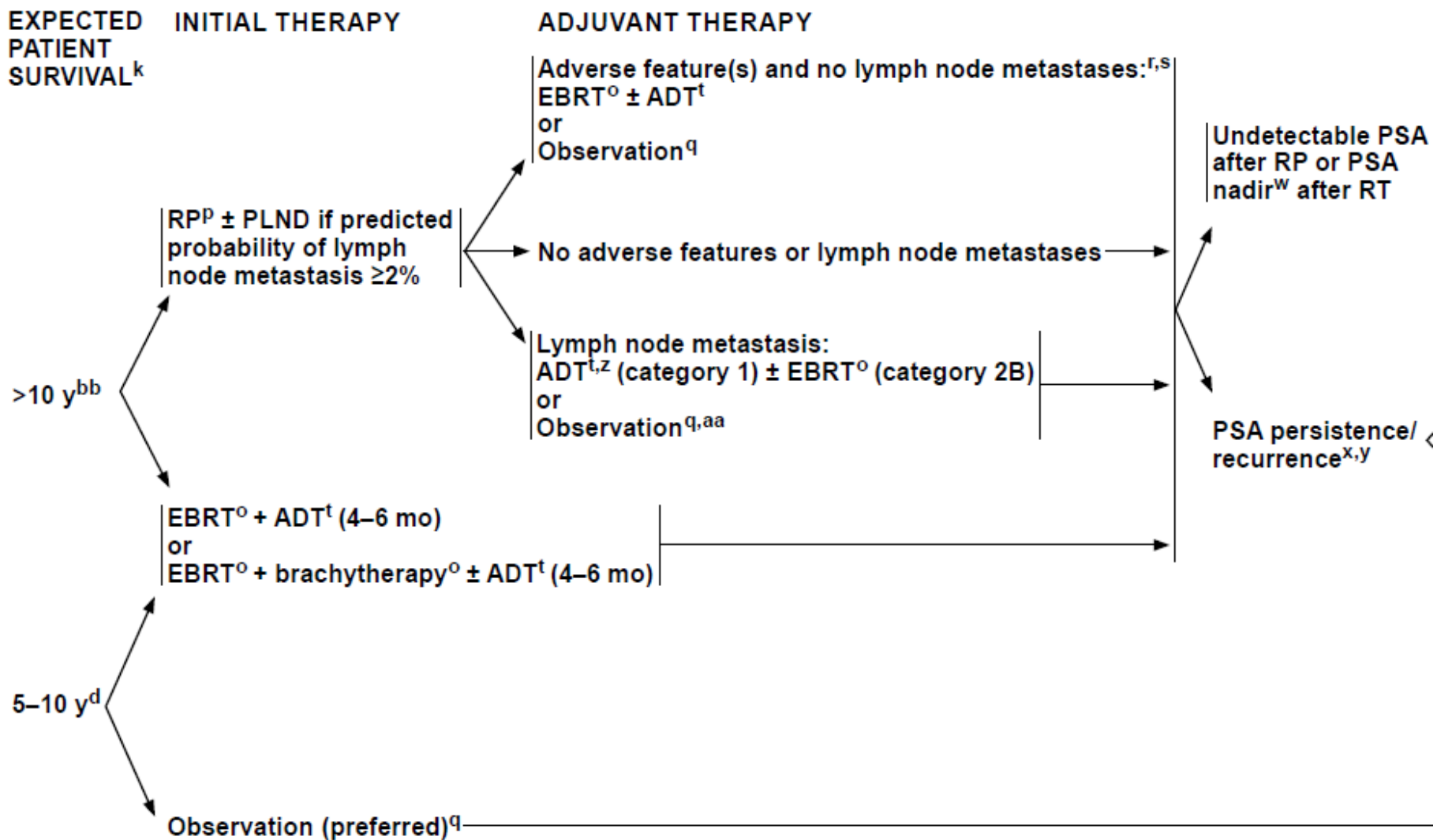
ADJUVANT THERAPY



## FAVORABLE INTERMEDIATE-RISK GROUP



## UNFAVORABLE INTERMEDIATE-RISK GROUP

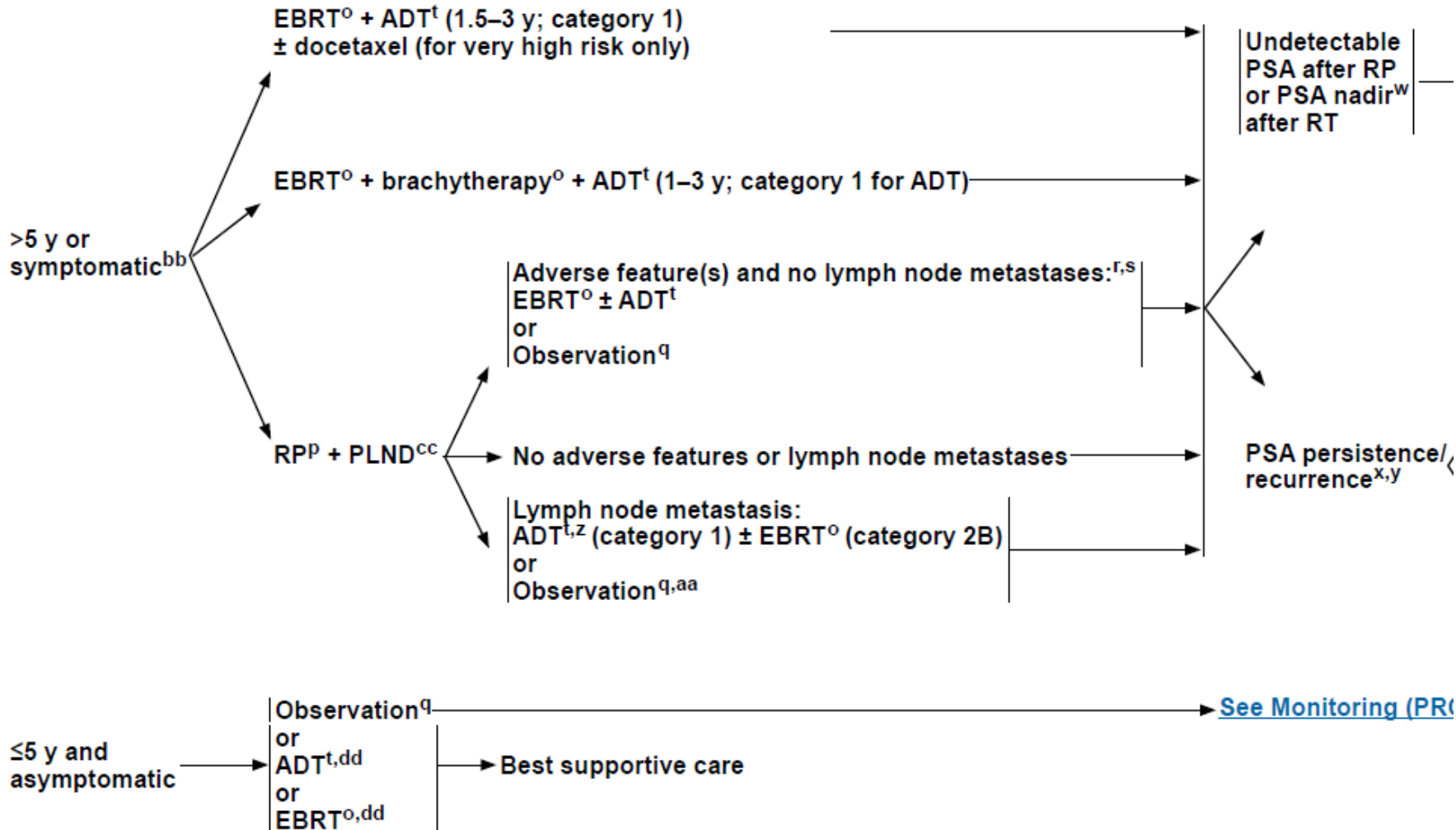


## HIGH- OR VERY-HIGH-RISK GROUP

EXPECTED  
PATIENT  
SURVIVAL<sup>k</sup>

INITIAL THERAPY

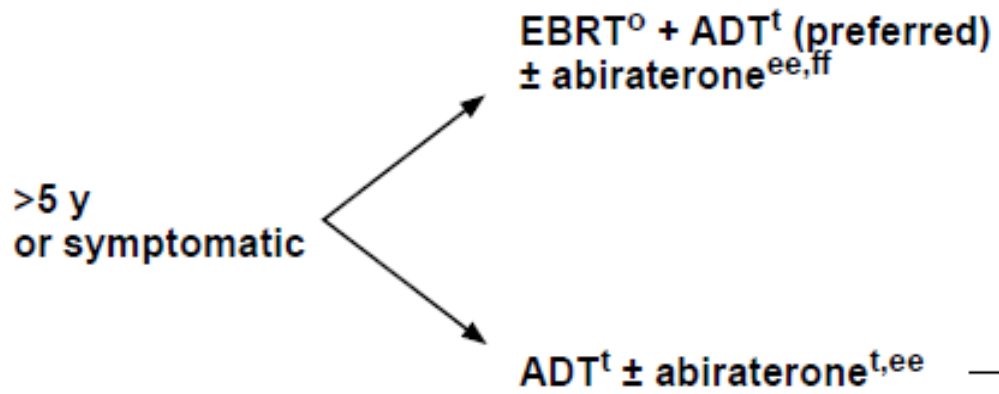
ADJUVANT THERAPY



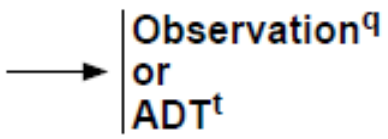
## REGIONAL RISK GROUP (ANY T, N1, M0)

EXPECTED  
PATIENT  
SURVIVAL<sup>k</sup>

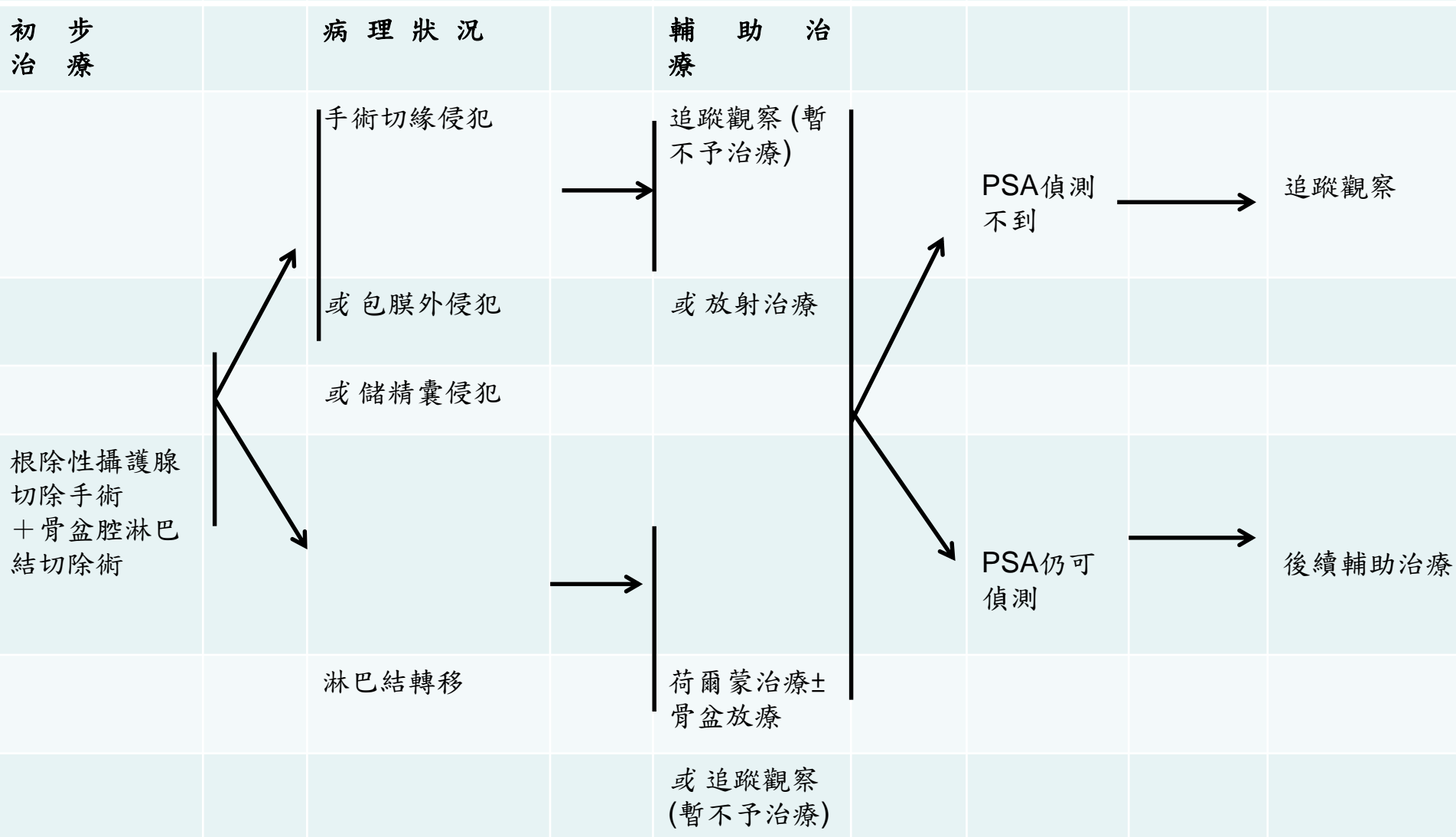
INITIAL THERAPY



≤5 y  
and asymptomatic

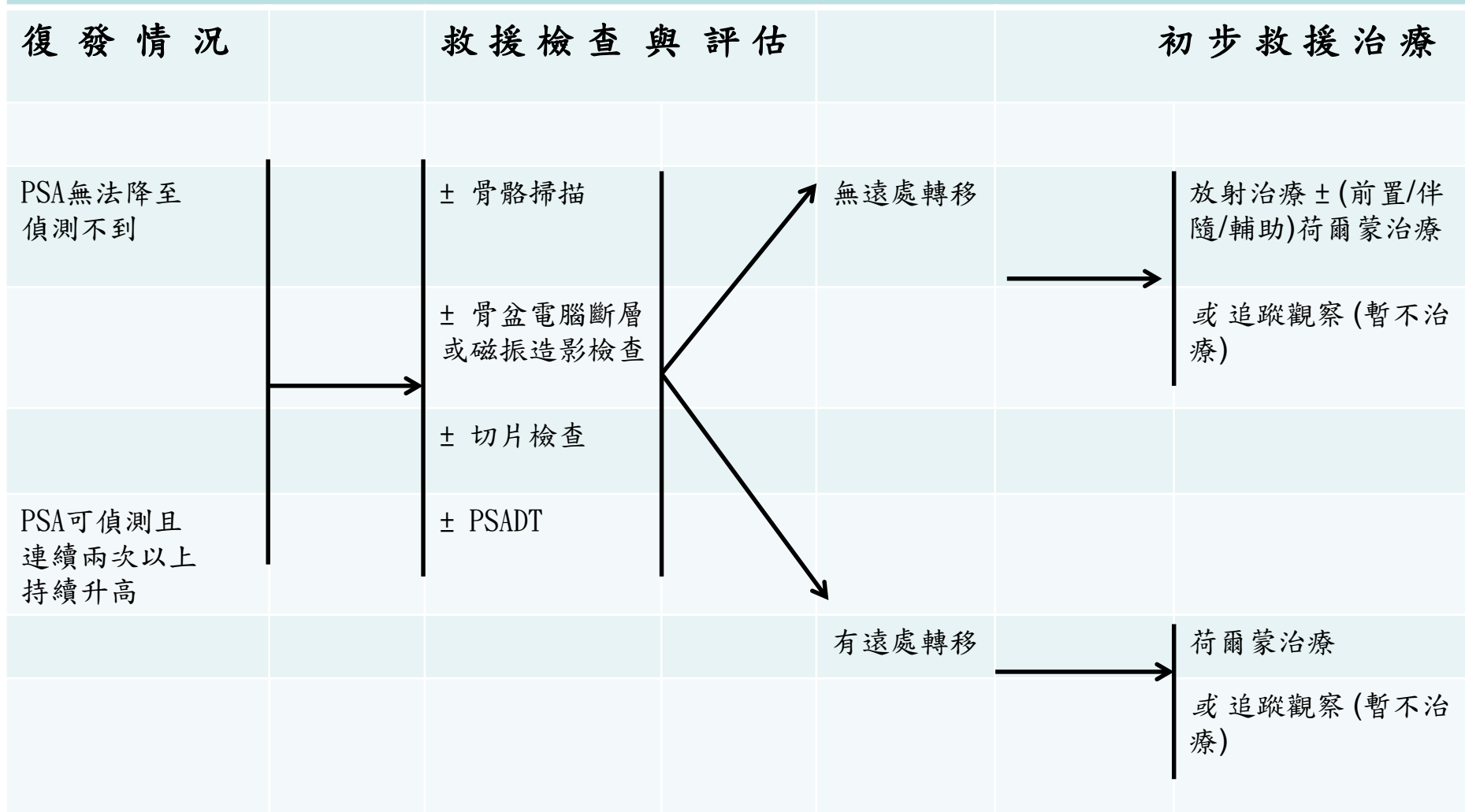


## 根治性攝護腺切除手術治療後之輔助治療

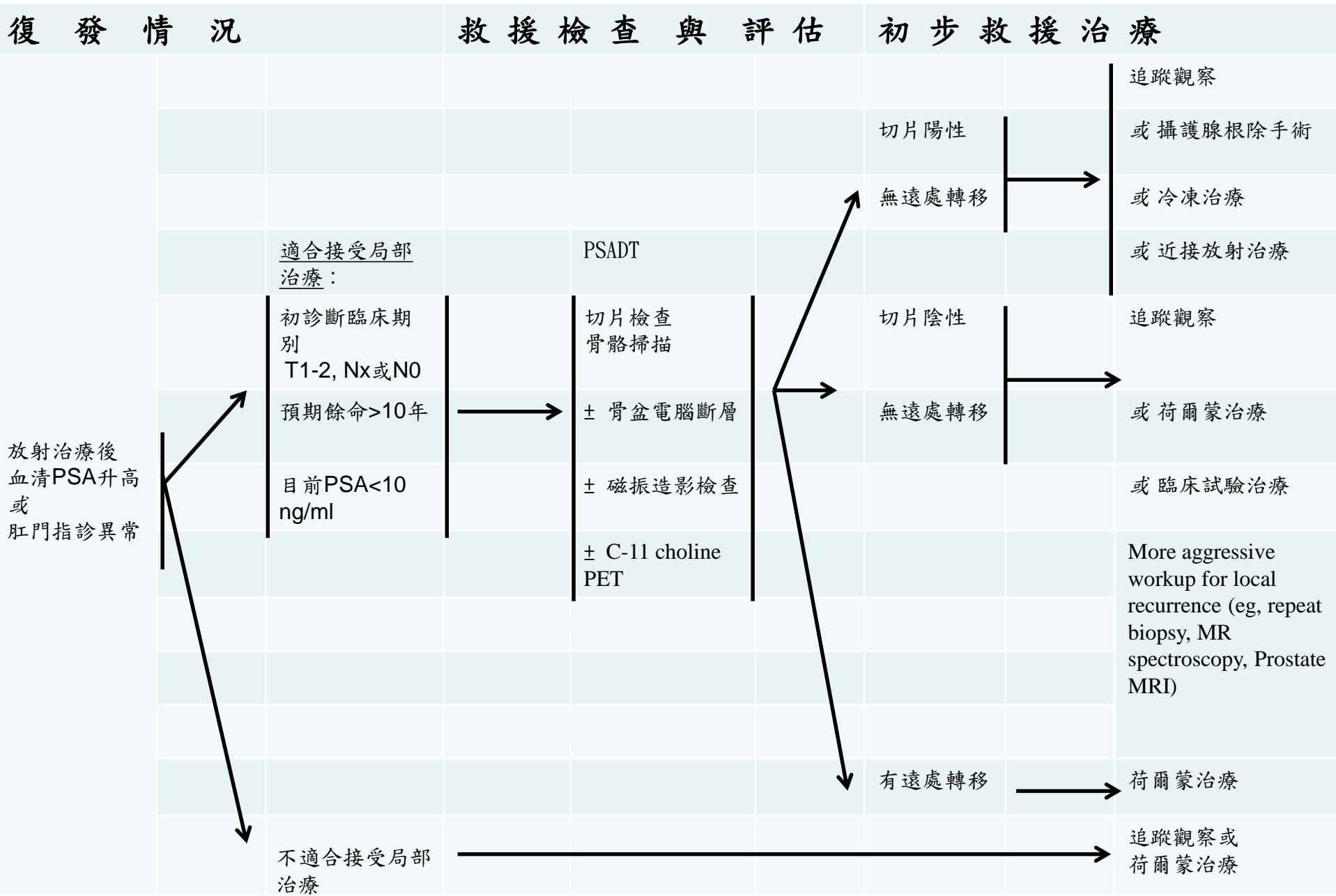




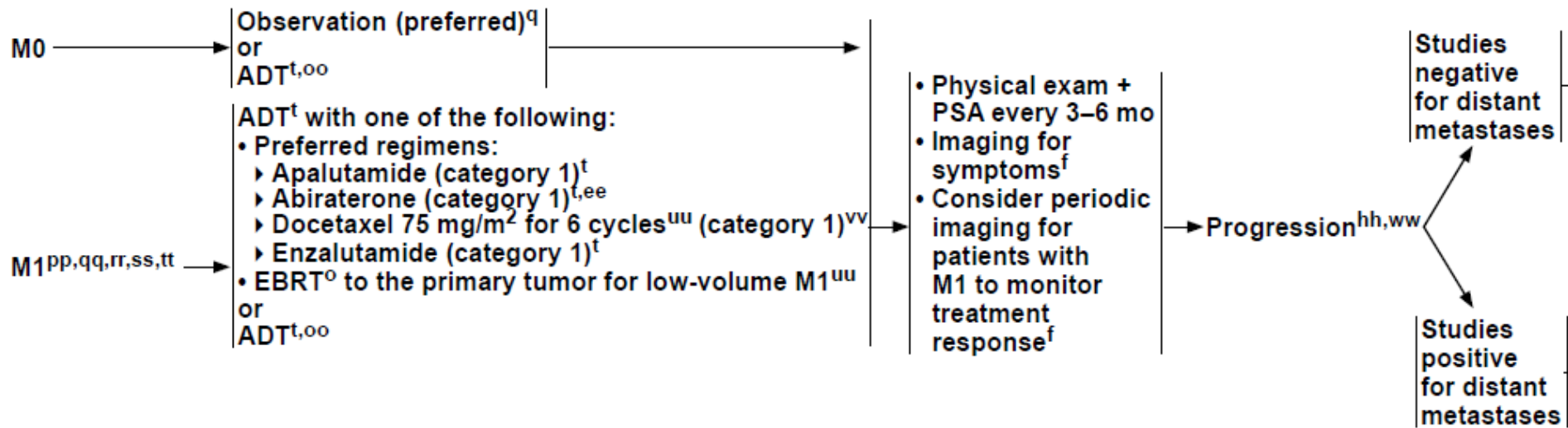
## 根治性攝護腺切除手術治療後復發之救援處置



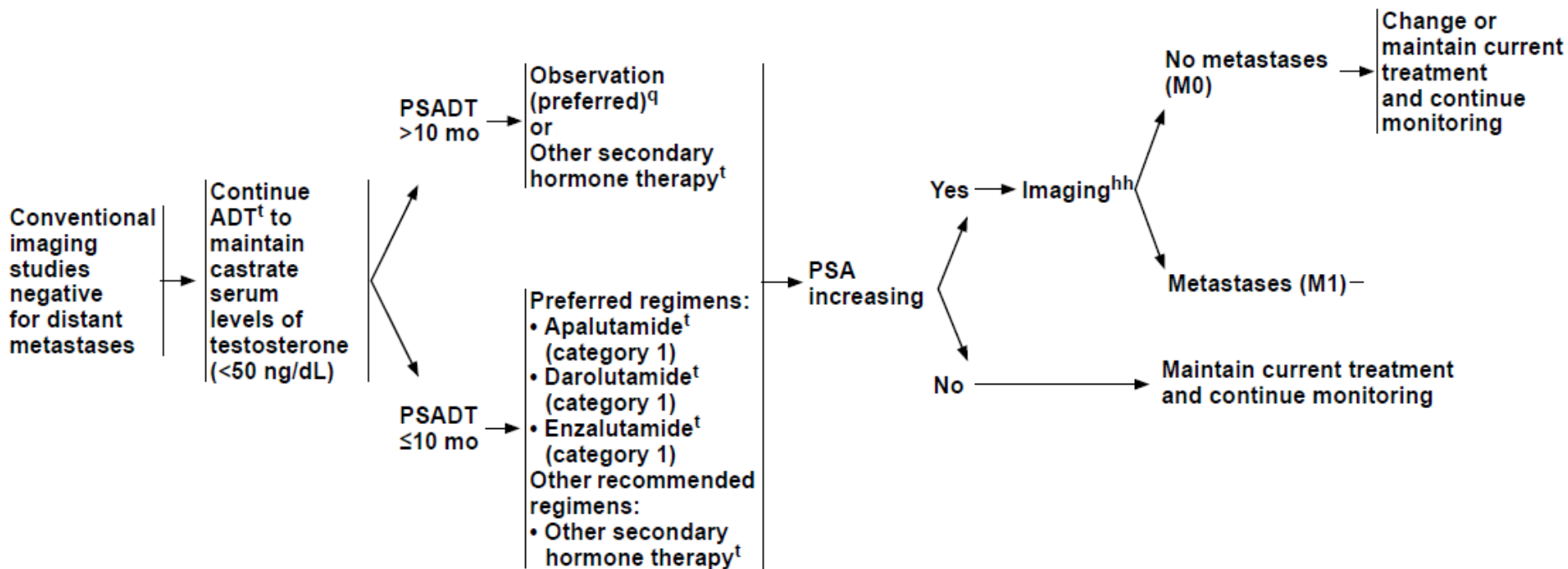
## 放射治療後復發之救援處置



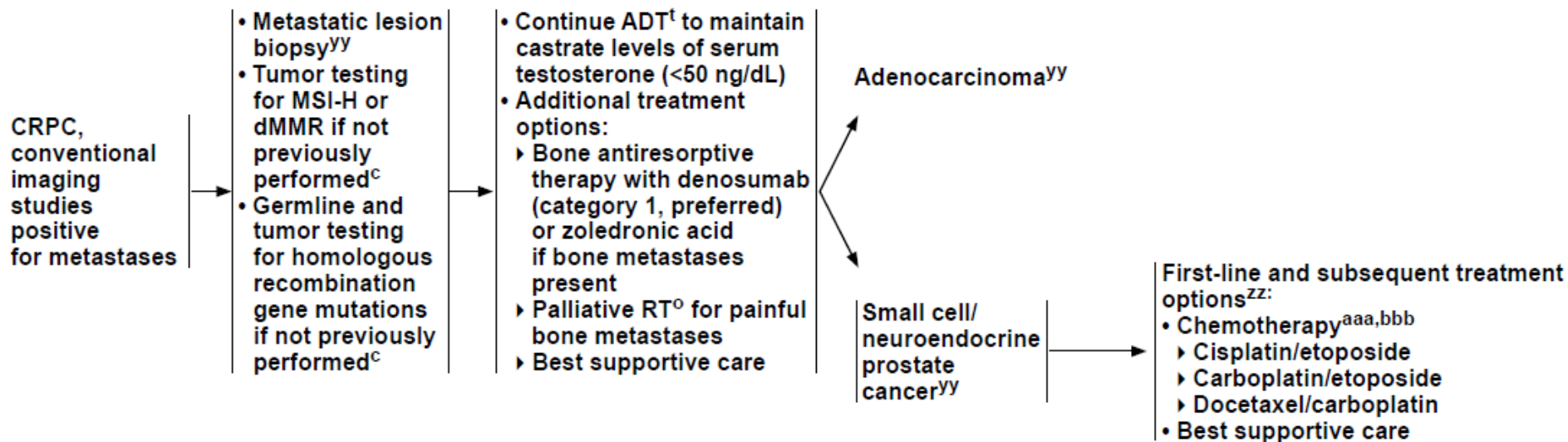
## SYSTEMIC THERAPY FOR CASTRATION-NAÏVE PROSTATE CANCER<sup>nn</sup>



## SYSTEMIC THERAPY FOR M0 CASTRATION-RESISTANT PROSTATE CANCER (CRPC)<sup>xx</sup>

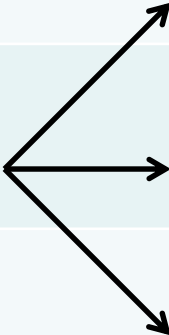


## SYSTEMIC THERAPY FOR M1 CRPC<sup>xx</sup>



## SYSTEMIC THERAPY FOR M1 CRPC: ADENOCARCINOMA<sup>zz,ccc,ddd,eee</sup>

<p><b><u>No prior docetaxel/no prior novel hormone therapy<sup>fff</sup></u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preferred regimens             <ul style="list-style-type: none"> <li>‣ Abiraterone<sup>t,ggg</sup> (category 1<sup>hhh</sup>)</li> <li>‣ Docetaxel<sup>aaa,iii</sup> (category 1)</li> <li>‣ Enzalutamide<sup>t</sup> (category 1)</li> </ul> </li> <li>• Useful in certain circumstances             <ul style="list-style-type: none"> <li>‣ Sipuleucel-T<sup>aaa,jjj</sup> (category 1)</li> <li>‣ Radium-223<sup>kkk</sup> for symptomatic bone metastases (category 1)</li> </ul> </li> <li>• Other recommended regimens             <ul style="list-style-type: none"> <li>‣ Other secondary hormone therapy<sup>t</sup></li> </ul> </li> </ul>	<p><b><u>Prior novel hormone therapy/No prior docetaxel<sup>fff,iii</sup></u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preferred regimens             <ul style="list-style-type: none"> <li>‣ Docetaxel (category 1)<sup>aaa</sup></li> <li>‣ Sipuleucel-T<sup>aaa,jjj</sup></li> </ul> </li> <li>• Useful in certain circumstances             <ul style="list-style-type: none"> <li>‣ Olaparib for HRRm (category 1)<sup>mmm</sup></li> <li>‣ Cabazitaxel/carboplatin<sup>aaa,nnn</sup></li> <li>‣ Pembrolizumab for MSI-H or dMMR<sup>aaa</sup></li> <li>‣ Radium-223<sup>kkk</sup> for symptomatic bone metastases (category 1)</li> <li>‣ Rucaparib for BRCAm<sup>ooo</sup></li> </ul> </li> <li>• Other recommended regimens             <ul style="list-style-type: none"> <li>‣ Abiraterone<sup>t,ggg</sup></li> <li>‣ Abiraterone + dexamethasone<sup>ggg,ppp</sup></li> <li>‣ Enzalutamide<sup>t</sup></li> <li>‣ Other secondary hormone therapy<sup>t</sup></li> </ul> </li> </ul>
<p><b><u>Prior docetaxel/no prior novel hormone therapy<sup>fff</sup></u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preferred regimens             <ul style="list-style-type: none"> <li>‣ Abiraterone<sup>t,ggg</sup> (category 1)</li> <li>‣ Cabazitaxel<sup>aaa</sup></li> <li>‣ Enzalutamide<sup>t</sup> (category 1)</li> </ul> </li> <li>• Useful in certain circumstances             <ul style="list-style-type: none"> <li>‣ Mitoxantrone for palliation in symptomatic patients who cannot tolerate other therapies<sup>aaa</sup></li> <li>‣ Cabazitaxel/carboplatin<sup>aaa,nnn</sup></li> <li>‣ Pembrolizumab for MSI-H or dMMR<sup>aaa</sup></li> <li>‣ Radium-223<sup>kkk</sup> for symptomatic bone metastases (category 1)</li> </ul> </li> <li>• Other recommended regimens             <ul style="list-style-type: none"> <li>‣ Sipuleucel-T<sup>aaa,jjj</sup></li> <li>‣ Other secondary hormone therapy<sup>t</sup></li> </ul> </li> </ul>	<p><b><u>Prior docetaxel and prior novel hormone therapy<sup>fff,iii</sup></u></b> (All systemic therapies are category 2B if visceral metastases are present)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preferred regimens             <ul style="list-style-type: none"> <li>‣ Cabazitaxel<sup>aaa</sup> (category 1<sup>hhh</sup>)</li> <li>‣ Docetaxel rechallenge<sup>aaa,eee</sup></li> </ul> </li> <li>• Useful in certain circumstances             <ul style="list-style-type: none"> <li>‣ Olaparib for HRRm (category 1)<sup>hhh,mmm</sup></li> <li>‣ Cabazitaxel/carboplatin<sup>aaa,nnn</sup></li> <li>‣ Pembrolizumab for MSI-H or dMMR<sup>aaa</sup></li> <li>‣ Mitoxantrone for palliation in symptomatic patients who cannot tolerate other therapies<sup>aaa</sup></li> <li>‣ Radium-223<sup>kkk</sup> for symptomatic bone metastases (category 1<sup>hhh</sup>)</li> <li>‣ Rucaparib for BRCAm<sup>ooo</sup></li> </ul> </li> <li>• Other recommended regimens             <ul style="list-style-type: none"> <li>‣ Abiraterone<sup>t,ggg</sup></li> <li>‣ Enzalutamide<sup>t</sup></li> <li>‣ Other secondary hormone therapy<sup>t</sup></li> </ul> </li> </ul>

初步治療 或 癌症期別		追蹤檢查
追蹤觀察 (暫不治療)後， 若預期餘命<10年		每 6 -12個月PSA及肛門指診檢查
		攝護腺切片檢查 (視需要而做)
追蹤觀察 (暫不治療)後， 若預期餘命≥10年		每 3 - 6個月PSA及每6 - 12個月肛門指診
		攝護腺切片檢查 (視需要而做)
確定性治療後 (根除性攝護腺切除手術 或放射治療)		每 3 - 6個月PSA及每6 - 12個月肛門指診檢查持續5年，然後每年PSA及肛門指診檢查
N1期 或M1 期		每3個月PSA及/或身體檢查(含肛門指診)
		若服用抗男性荷爾蒙藥物，前3個月每月接受肝功能檢查，以後每3 ~ 6個月檢查一次
		若持續兩次PSA升高 或出現骨痛之症狀，追蹤骨骼掃描檢查

## 參考資料

- NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines<sup>®</sup>) Prostate Cancer Version 1.2020
- 國家衛生研究院攝護腺（前列腺）癌臨床診療指引 第三版，2010
- 台灣泌尿科醫學會TUA治療指引2018