

膀胱癌的診斷、治療與追蹤

譯者：楊慕華

發生率：

根據衛生署統計資料，台灣地區民國 87 年膀胱癌粗發生率在男性為，79/100,000，排名第七位，在女性為 3.74/100,000，排名第十一位；死亡率在男性為 3.42/100,000，排名第十二位，在女性為 1.54/100,000，排名第十三位。台灣雲、嘉、南地區以及宜蘭蘭陽地區因飲用水遭砷污染之故，膀胱癌比率明顯較其他縣市為高。

診斷：

尿液細胞學檢查對診斷有助益，但確定之病理診斷需藉由膀胱鏡檢及經尿道腫瘤切除術（TURBT）才可達成。90%的膀胱癌是移行上皮癌，鱗狀上皮癌約 5~10%，腺癌約 1~2%。70%的膀胱癌發生於輸尿管開口附近之後上壁，20%於膀胱三角(trigone)，10%於膀胱頂 (dome)。

分期：

1. 膀胱鏡檢及經尿道腫瘤切除術（TURBT）以決定腫瘤大小及侵犯深度是必行的檢查。病史及理學檢查，全血球計數，血清肌酸酐，胸部 X 光及腹部電腦斷層在侵襲性膀胱癌是必要的檢查。
2. 1997 AJCC TNM 分期：
 - A. T：癌細胞侷限於上皮內為 Tis，侵犯至上皮下之結締組織 (subepithelial connective tissue) 為 T1，侵犯至肌肉層為 T2，侵犯至膀胱旁之脂肪組織為 T3，侵犯至週邊器官為 T4（4a：攝護腺、子宮或陰道；4b：骨盆腔壁或腹壁）。
 - B. N：轉移淋巴結為單一且 ≤ 2 cm 為 N1，單一或多個淋巴結且 2-5cm 為 N2，單一或多個淋巴結且 > 5 cm 為 N3。
 - C. Stage I：T1N0M0；Stage II：T2N0M0；Stage III：T3~T4aN0M0；Stage IV：T4bN0M0，or any T N1-3 M0，or any T any N M1。

治療：

1. Stage I 之治療

經尿道腫瘤切除術（TURBT）是標準治療，但一年內約有半數病患會復發。術後輔以膀胱內 BCG 或化藥灌注在已復發或高復發危險患者（高組織惡性度、多發性腫瘤、併有原位癌 CIS）有助益。高危險病患也可考慮根除性膀胱切除術或是治癒性放射治療。

2. Stage II， III 之治療

根治性膀胱切除術為標準療法，是否要進行淋巴根除術則無定論。不適合手術之病患可考慮治癒性之體外放射治療。經尿道腫瘤切除術（TURBT）只可用於少數經選擇之特定患者，一般不建議採用。術前輔助化療或同步化學放射治療有可能可以增加膀胱保留手術之機會，目前仍在評估中。術後輔助化療對於存活無明顯助益，是否採用目前無定論

3. Stage IV 之治療

以鉑為基礎之合併化療(M-VAC 或是 CMV)可有效延長病患存活期。紫杉醇類化學藥物 (taxane) 以及 gemcitabine 可達到與傳統化療相當之療效但副作用較小，是可考慮的新一代療法。Stage IV 中 T4b 或是 N1 之病患在選擇之病人中可考慮進行根治性膀胱切除術及淋巴根除術或是放射治療。

追蹤:

接受經尿道腫瘤切除術或放射治療之病患應於前兩年每三個月接受膀胱鏡檢及尿液細胞學檢查，之後兩年每半年檢查一次，之後每年檢查一次。接受膀胱保留術之病患應於前兩年每三個月接受膀胱鏡檢及尿液細胞學檢查，之後每半年檢查一次。接受根治性膀胱切除術之病患應至少每半年檢查一次尿液細胞學，必要時加作尿道沖洗細胞學檢查。

參考資料:

1. ESMO minimal clinical recommendation for diagnosis, treatment and follow-up of testicular seminoma
2. NCCN, practical guideline in oncology: testicular cancer.
3. Hainsworth JD, Greco FA. Testis. In: Haskell CM, Berek JS, eds. Cancer Treatment, 5th edition. Philadelphia, Pennsylvania: W.B. Saunders Company, 2001: 881-897.