

# 泌尿道腫瘤診療指引

## 一、參與討論同仁

主席	葉劭德主任	
附設醫院	劉明哲醫師 (泌尿科)	林俊宇醫師 (影像醫學部)
	林群敏個管師 (癌症中心)	
萬芳醫院	溫玉清 副院長 (泌尿科)	趙興隆醫師 (放射腫瘤科)
	殷碩韓個管師 (癌症中心)	
雙和醫院	劉家宏醫師 (泌尿科)	黃珮芳個管師 (癌症中心)

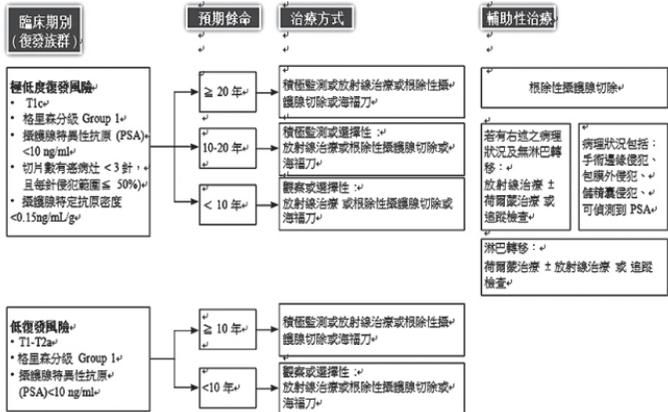
二、討論日期：110 年 11 月 11 日

三、校稿人員：劉家宏醫師 / 黃珮芳個管師

### 110 年 修訂版

#### 《泌尿道腫瘤 - 攝護腺癌 診療指引共識 - 1》修訂 - 3

##### 《泌尿道腫瘤 - 攝護腺癌 (前列腺癌) 診療指引共識 - 1》



### 111 年 修訂版

#### 《泌尿道腫瘤 - 攝護腺癌 診療指引共識 - 1》新增

##### 《泌尿道腫瘤 - 攝護腺癌 診療指引共識 - 1》



# 110 年 修訂版

## 《泌尿道腫瘤 - 攝護腺癌 診療指引共識 -2》修訂 -4

### 《泌尿道腫瘤 - 攝護腺癌 ( 前列腺癌 ) 診療指引共識 -2》

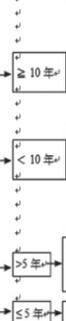


#### 臨床期別 ( 複發族群 )

- 非有利型中度復發風險**  
 中度危險因素 (IRF)  
 \*T2b-T2c  
 \* 格里森 group 2 或 3  
 \* 攝護腺特異性抗原 (PSA) 10-20 ng/ml  
**有利型中度復發風險**  
 \* 1 中度危險因素 (IRF) 和  
 \* 格里森 group 1 或 2 和  
 \* < 50% 切片量呈現陽性  
 \* 非傾向中度復發風險  
 \* 2 或 3 中度危險因素 (IRF) 和 / 或  
 \* 格里森 group 3 和 / 或 ≥ 50% 切片量  
 呈現陽性

- 高度及極高復發風險**  
 \* ≥ T3a 腺癌  
 \* 格里森分級 Group 4 或 5 或  
 \* 攝護腺特異性抗原 > 20 ng/ml

#### 預期餘命



#### 治療方式

- 積極監測 ( 限有利型中度復發風險 ) 或  
 體外放射治療 ± 荷爾蒙治療 或  
 根治性攝護腺切除併骨盆腔巴結清除
- 根治性攝護腺切除  
 或  
 體外放射治療 + 近距離放射治療 ± 荷爾蒙治療 (4-6 個月)
- 體外放射治療 ± 荷爾蒙治療 或 體外放射治療 + 近距離放射治療 ± 荷爾蒙治療 (4-6 個月) 或  
 觀察
- 放射線治療 + 荷爾蒙治療 1.5-3 年 ± docetaxel 或 根治性攝護腺切除併骨盆腔巴結清除術
- 觀察 或 放射線治療 / 或 荷爾蒙治療 1.5-3 年

#### 輔助性治療

- 根治性攝護腺切除
- 若有右述之  
 病理狀況及  
 無淋巴轉移  
 包膜外侵犯  
 ± 荷爾蒙治療  
 或  
 追蹤檢查
- 病理狀況包括  
 \* 手術邊緣侵犯  
 \* 包膜外侵犯  
 \* 神經叢侵犯  
 \* 可偵測到 PSA
- 淋巴轉移  
 \* 荷爾蒙治療 ± 放射線治療 或 追蹤檢查

\* 高度復發風險 ≥ 10 年, 中度復發風險 ≥ 10 年, 預期性的約淋巴轉移率 ≥ 2% 則根治性攝護腺切除 ± 骨盆腔巴結清除術 高度復發風險及極高危險群則根治性攝護腺切除 + 骨盆腔巴結清除術

# 111 年 修訂版

## 《泌尿道腫瘤 - 攝護腺癌 診療指引共識 -2》 新增

### 《泌尿道腫瘤 - 攝護腺癌 ( 前列腺癌 ) 診療指引共識 -2》

臨床上局限性及攝護腺癌首次診斷風險分類與分期診斷檢查

風險分類	臨床病理徵	附加評估	首次治療	
極低	完全符合以下五項: * cT1c * 格里森分級 1 * PSA < 10 ng/mL * 少於 3 個攝護腺活檢切片/切片陽性, ≤ 50% 癌細胞在每個切片/段內 * PSA 密度 < 0.15 ng/mL/g	如果在此之前未進行確診性攝護腺切片, 考慮攝護腺切片或攝護腺核磁共振檢查	見極低風險流程	
低	完全符合以下 3 項, 但不屬極低風險: * cT1a-cT1b * 格里森分級 1 * PSA < 10 ng/mL	如果在此之前未進行確診性攝護腺切片, 考慮攝護腺切片或攝護腺核磁共振檢查	見低風險流程	
中	具備以下所有條件: * 無高危險病理特徵 * 無極高危險特徵 * 具有一項以上中等風險因素 因素 1: * cT2a-cT2c * 格里森分級 Group 2 或 3 * PSA 10-20 ng/mL	具備以下所有條件: * 具有一項中等風險因素 * 格里森分級 1 或 2 * < 50% 活檢核心陽性 ( 例如, < 6 of 12 核心 ) 具有下列一項以上的條件: * 具有 2 或 3 項中等風險因素 * 格里森分級 3 * ≥ 50% 活檢核心陽性 ( 例如, ≥ 6 of 12 核心 )	如果在此之前未進行確診性攝護腺切片, 考慮攝護腺切片或攝護腺核磁共振檢查	見中風險流程
中	具備以下所有條件: * 無高危險病理特徵 * 無極高危險特徵 * 具有一項以上中等風險因素 因素 1: * cT2b-cT2c * 格里森分級 Group 2 或 3 * PSA 10-20 ng/mL	具備以下所有條件: * 具有 2 或 3 項中等風險因素 * 格里森分級 3 * ≥ 50% 活檢核心陽性 ( 例如, ≥ 6 of 12 核心 )	青和軟組織成像 * 如果發現區域或遠處轉移	見中風險流程
高	沒有非高風險的特徵, 並且只有一般風險特徵: * cT3a 或 * 格里森分級 4 級或 5 級的 > 4 個核心 * PSA > 20 ng/mL	青和軟組織成像 * 如果發現區域或遠處轉移	見高風險或極高風險流程	
非常高	至少具備以下中一項: * cT3b-cT4 * 主要格里森分級 5 * 2 或 3 高風險特徵 * 格里森分級 4 級或 5 級的 > 4 個核心	青和軟組織成像 * 如果發現區域或遠處轉移	見高風險或極高風險流程	

《泌尿道腫瘤診療指引》  
癌 症 診 療 指 引

## 110 年 修訂版

《 泌尿道腫瘤 - 攝護腺癌 ( 前列腺癌 ) 診療指引共識 -1 》

**臨床期別 ( 復發族群 ):**

極低度復發風險 : 陽性切片數有癌病灶 < 3 針 , 且每針侵犯範圍  $\leq$  50%

低復發風險

**預期餘命 :**

極低度風險 :  $\geq$  20 年

低度風險 :  $\geq$  10 年 / < 10 年

**治療方式 :**

$\geq$  20 年  $\rightarrow$  積極監測或放射線治療或根治性攝護腺切除或海福刀

**輔助治療 :**

根治性攝護腺切除

## 111 年 修訂版

《 泌尿道腫瘤 - 攝護腺癌診療指引共識 -3 》

**臨床期別 ( 復發族群 ):**

極低風險 : 陽性切片數 < 3 針 , 且每針侵犯範圍  $\leq$  50%

低風險 : 新增 ( 除了極低復發風險之外 )

**預期餘命 :**

極低風險 : > 20 年

低度險 : > 10 年 /  $\leq$  10 年

**治療方式 :**

>20 年  $\rightarrow$  積極監測或放射線治療或根治性攝護腺切除

**輔助治療 :**

攝護腺 ( 病灶 ) 切除

## 110 年 修訂版

《泌尿道腫瘤 - 攝護腺癌 (前列腺癌) 診療指引共識 -2》

臨床期別 (復發族群) :

非有利型中度復發風險

- 格里森 group 2 或 3

有利型中度復發風險

- 1 中度危險因素 (IRF)

“非傾向中度復發風險”

- 2 或 3 中度危險因素 (IRF) 和 / 或

- 格里森 group 3 呈現陽性和 / 或  $\geq 50\%$  切片量

高及極高度復發風險

治療方式 :

$\geq 10$  年 → 體外放射治療 + 近距離放射治療 ± 荷爾蒙治療 (4-6 個月)

$< 10$  年 → 體外放射治療 ± 荷爾蒙治療 或 體外放射治療 + 近距離放射治療 ± 荷爾蒙治療 (4-6 個月) 或觀察

高及極高度復發風險 :

$> 5$  年 → 放射線治療 + 荷爾蒙治療 1.5-3 年 ± docetaxel 或 根治性攝護腺切除併骨盆腔淋巴結切除術

## 111 年 修訂版

《泌尿道腫瘤 - 攝護腺癌診療指引共識 -4》

臨床期別 (復發族群) :

中風險

- 格里森分級 group 2 或 3

有利型中風險

- 只有 1 項中度危險因素 (IRF)

非有利型中風險

- 2 或 3 項中度危險因素 (IRF) 和 / 或

- 格里森 group 3 呈現陽性  $\geq 50\%$  切片量

高及極高風險

首次治療方式 :

$\geq 10$  年 → 體外放射治療 + 近距離放射治療 ± 荷爾蒙治療 (4-6 個月)

或 海福刀

$< 10$  年 → 體外放射治療 ± 荷爾蒙治療 或 體外放射治療 + 近距離放射治療 ± 荷爾蒙治療 (4-6 個月) 或海福刀或觀察

高及極高風險 :

$> 5$  年 → 放射線治療 + 荷爾蒙治療 1.5-3 年 ± docetaxel 或 ± Abiraterone (極高風險) 根治性攝護腺切除併骨盆腔淋巴結切除術

## 110 年 修訂版

《泌尿道腫瘤 - 攝護腺癌 (前列腺癌) 診療指引共識 -2》

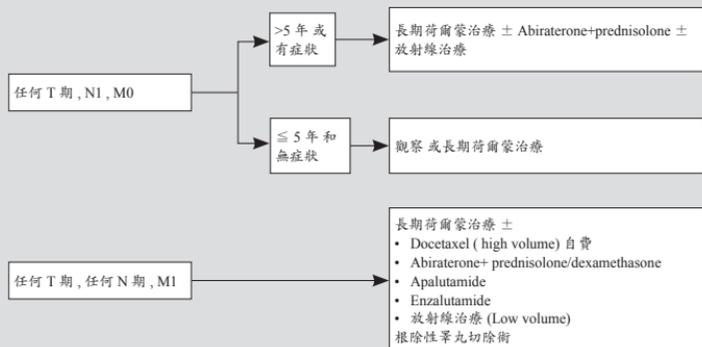
輔助性治療：

根治性攝護腺切除

\* 低復發風險 $\geq$  10 年, 中度復發風險 $\geq$  10 年, 預期性的淋巴轉移機率 $\geq$  2% 則根治性攝護腺切除  $\pm$  骨盆腔淋巴結切除術 高度復發風險及極高危險群則根治性攝護腺切除 + 骨盆腔淋巴結切除術

《泌尿道腫瘤 - 攝護腺癌 (前列腺癌) 診療指引共識 -3 》

《泌尿道腫瘤 - 攝護腺癌 (前列腺癌) 診療指引共識 -3 》



\* 註：骨轉移可選擇藥物為 denosumab 或 zoledronicacid 或 Radium-223(mCRPC)  
CRPC 藥物加入：abiraterone+prednisolone/dexamethason

## 111 年 修訂版

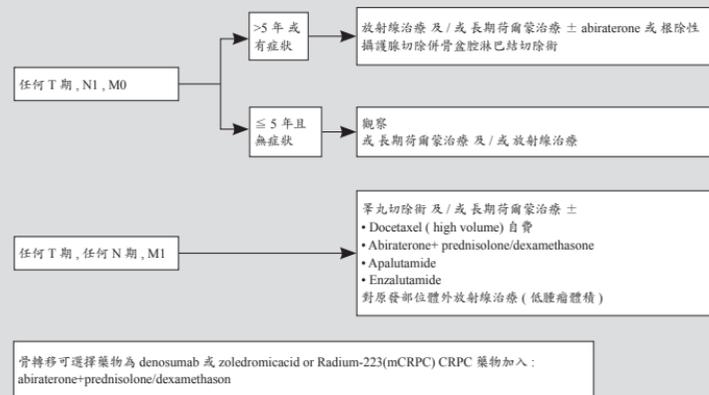
《泌尿道腫瘤 - 攝護腺癌診療指引共識 -4》

輔助性治療：

攝護腺切除

\* 低風險 $\geq$  10 年, 中度風險 $\geq$  10 年, 預期性的淋巴轉移機率 $\geq$  2% 則根治性攝護腺切除  $\pm$  骨盆腔淋巴結切除術  
高風險及極高危險群 則根治性攝護腺切除 + 骨盆腔淋巴結

《泌尿道腫瘤 - 攝護腺癌診療指引共識 -5 》



骨轉移可選擇藥物為 denosumab 或 zoledronicacid 或 Radium-223(mCRPC) CRPC 藥物加入：  
abiraterone+prednisolone/dexamethason

## 110 年 修訂版

《泌尿道腫瘤 - 膀胱癌診療指引共識 -1 》

### 臨床表現

膀胱鏡 ± 切片 或尿液細胞學檢查 或腎臟超音波 及  
腹部 / 骨盆腔 電腦斷層或核磁共振

### 初步評估及檢查

胸部影像檢查骨骼掃描 ( 視需要 )

## 111 年 修訂版

《泌尿道腫瘤 - 膀胱癌診療指引共識 -1 》

### 臨床表現

膀胱鏡 ± 切片 或 尿液細胞學檢查 或腎臟超音波 及  
腹部 / 骨盆腔電腦斷層或核磁共振  
戒菸  
上泌尿道影像檢查

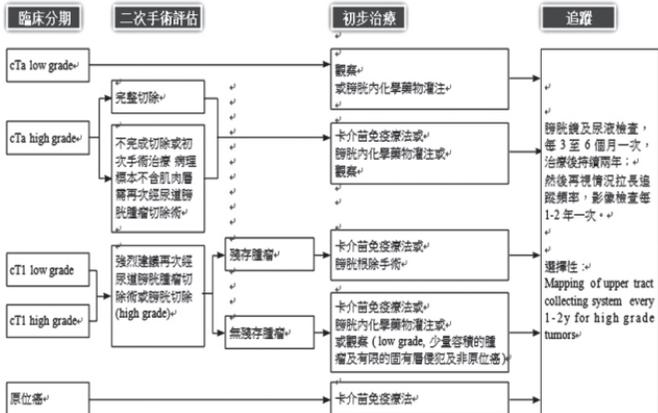
### 首次評估及檢查 / 手術治療

全套血液檢查 (CBC)  
鹼性磷酸 (ALP)  
胸部影像檢查  
骨骼掃描 ( 視需要 )

## 110年修訂版

### 《泌尿道腫瘤 - 膀胱癌診療指引共識 -2》刪除

#### 《泌尿道腫瘤 - 膀胱癌診療指引共識 -2》



## 111年修訂版

### 《泌尿道腫瘤 - 膀胱癌診療指引共識 -2》新增

#### 《泌尿道腫瘤 - 攝護腺癌診療指引共識 -2》

##### 臨床上局限性攝護腺癌首次診斷風險分類與分期診斷檢查

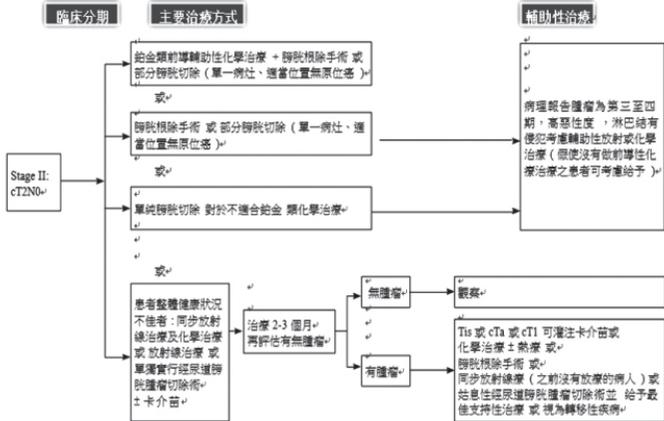
風險分類	臨床病理特徵	附加評估	首次治療
極低	完全符合以下三項： • cT1c • 格里森分級 1-2 • PSA <10 ng/mL • 少於 3 個組織塊透切片/切片陽性，≤50%癌細胞在每個片段/核心。 • PSA 密度 <0.15 ng/mL/g.	如果在在此之前未進行過任何性攝護腺切片，考慮攝護腺切片或攝護腺根治性切除。	見極低風險治療。
低	完全符合以下 3 項，但不屬極低風險。 • cT1 - cT2a • 格里森分級 1-2 • PSA <10 ng/mL.	如果在在此之前未進行過任何性攝護腺切片，考慮攝護腺切片或攝護腺根治性切除。	見低風險治療。
中	具備以下所有條件： • 最高危險風險特徵： • 無極低風險特徵。 • 具有一項以上中等風險因素： • cT2b - cT2e • 格里森分級 Group 2, 或 3-4 • PSA 10 - 20 ng/mL.	具備以下所有條件： • 具有一項中等風險因素。 • 格里森分級 1 or 2-4 • <50% 癌細胞陽性。 (例如: 5 of 12 核心) • 具有下列一項以上附加條件： • 具有 2 或 3 項中等風險因素。 • 格里森分級 3-4 • ≥ 50% 癌細胞陽性。 (例如: ≥ 6 of 12 核心)	如果在在此之前未進行過任何性攝護腺切片，考慮攝護腺切片或攝護腺根治性切除。
			• 具有 2 或 3 項中等風險因素。 • 格里森分級 3-4 • ≥ 50% 癌細胞陽性。 (例如: ≥ 6 of 12 核心)
高	沒有中等風險的特徵，並且只有一個高風險特徵： • cT3a 或 4 • 格里森分級 4 級或 5 級的 >4 個核心 • PSA >20 ng/mL.		• 骨和軟組織成癥 • 如果發現區域或遠處轉移。
非常高	至少具有以下其中一項： • cT3b - cT4 • 主要格里森分級 5-6 • 2 或 3 個風險特徵 • 格里森分級 4 級或 5 級的 >4 個核心。		• 骨和軟組織成癥 • 如果發現區域或遠處轉移。



## 110年修訂版

### 《泌尿道腫瘤 - 膀胱癌診療指引共識 -4》修定 -5

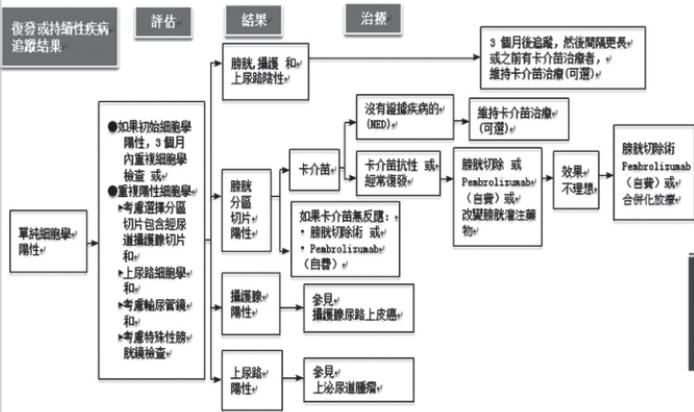
#### 《泌尿道腫瘤 - 膀胱癌診療指引共識 -4》



## 111年修訂版

### 《泌尿道腫瘤 - 膀胱癌診療指引共識 -4》新增

#### 《泌尿道腫瘤 - 膀胱癌診療指引共識 -4》 尿液細胞學陽性的處理

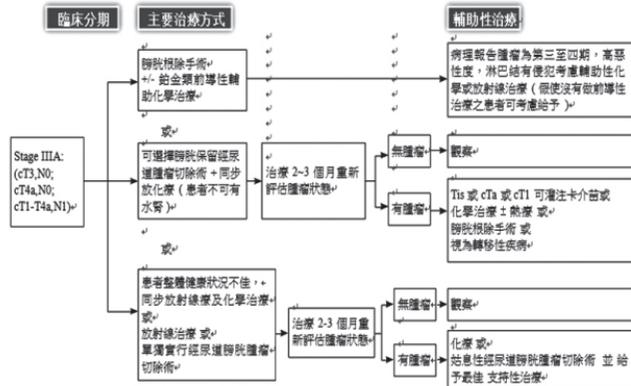


## 110 年 修訂版

### 《泌尿道腫瘤 - 膀胱癌診療指引共識 -5》修定 -6

臺北癌症中心  
Taipei Cancer Center

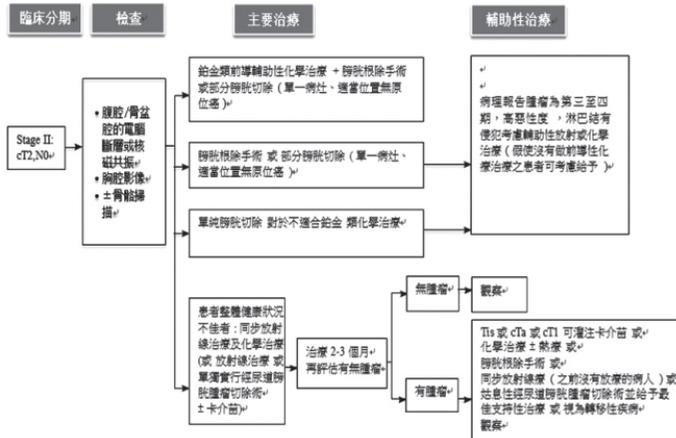
#### 《泌尿道腫瘤 - 膀胱癌診療指引共識 -5》



## 111 年 修訂版

### 《泌尿道腫瘤 - 膀胱癌診療指引共識 -5》修改

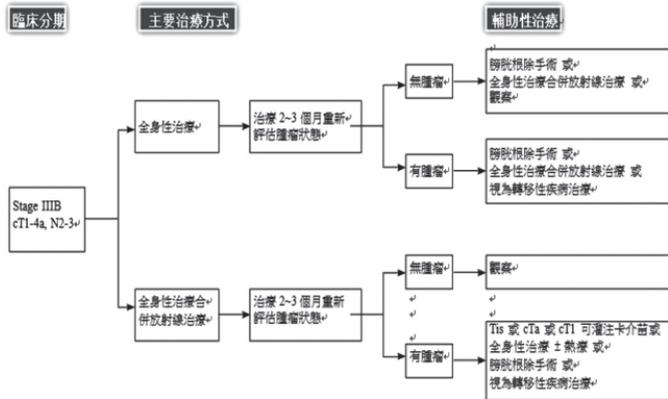
#### 《泌尿道腫瘤 - 膀胱癌診療指引共識 -5》



## 110 年 修訂版

### 《泌尿道腫瘤 - 膀胱癌診療指引共識 -6》修定 -7

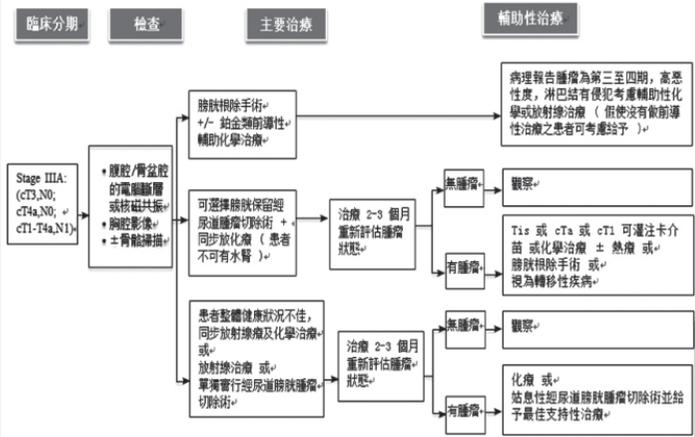
#### 《泌尿道腫瘤 - 膀胱癌診療指引共識 -6》



## 111 年 修訂版

### 《泌尿道腫瘤 - 膀胱癌診療指引共識 -6》修改

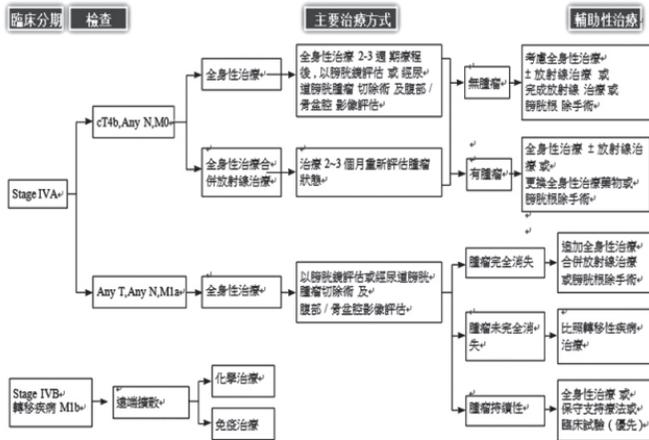
#### 《泌尿道腫瘤 - 膀胱癌診療指引共識 -6》



# 110 年 修訂版

## 《泌尿道腫瘤 - 膀胱癌診療指引共識 -7》修定 -8

《泌尿道腫瘤 - 膀胱癌診療指引共識 -7》

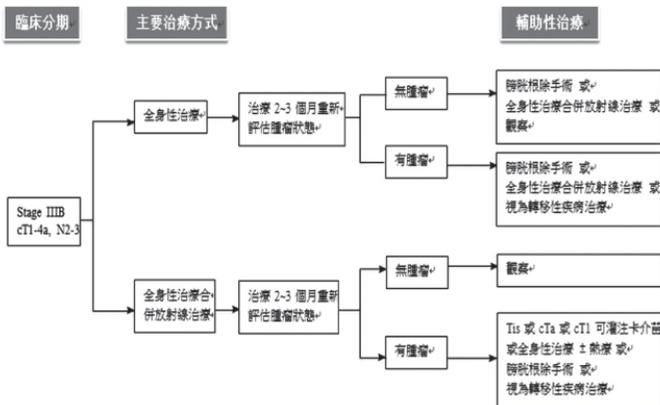


泌尿道腫瘤診療指引共識  
7.3  
298

# 111 年 修訂版

## 《泌尿道腫瘤 - 膀胱癌診療指引共識 -7》

《泌尿道腫瘤 - 膀胱癌診療指引共識 -7》

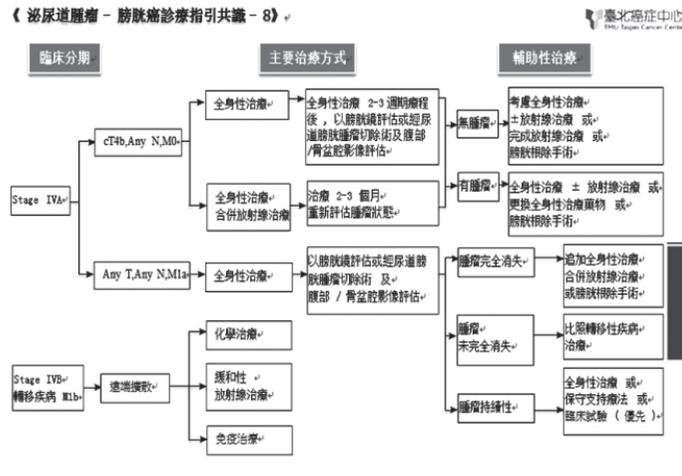


## 110 年 修訂版

《泌尿道腫瘤 - 膀胱癌診療指引共識 -8》無

## 111 年 修訂版

《泌尿道腫瘤 - 膀胱癌診療指引共識 -8》修改



## 《泌尿道腫瘤 - 攝護腺癌 診療指引共識 -1 》

### 首次攝護腺癌診斷

### 診斷檢查

#### 臨床上局限性攝護腺癌

(Any T, N0, M0 or  
Any T, NX, MX)

1. 身體檢查
2. 肛門指診
3. PSA、PSA 密度、PSA 倍增時間
4. 病理診斷切片
5. 預估平均餘命
6. 高危險生殖細胞系突變
7. 詢問相關家族史

參見  
《臨床上局限性攝護腺癌首次診斷  
風險分類與分期診斷檢查》

#### 區域性攝護腺癌

(Any T, N1, M0)

1. 身體檢查
2. 肛門指診
3. PSA、PSA 密度、PSA 倍增時間
4. 預估平均餘命
5. 高危險生殖細胞系突變
6. 詢問相關家族史

參見  
《區域性攝護腺癌》

#### 轉移性攝護腺癌

(Any T, N1, M0)

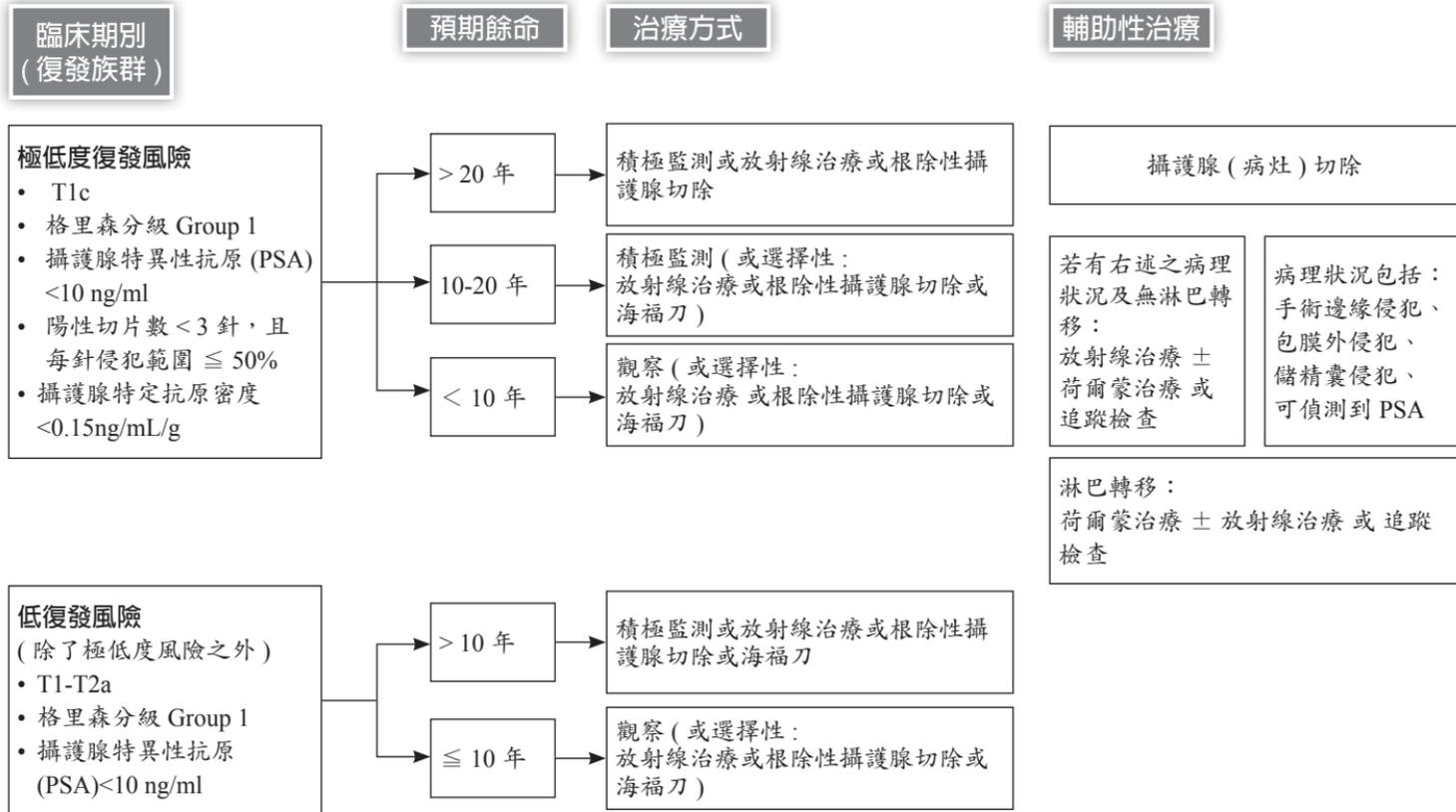
參見  
《轉移性攝護腺癌》

## 《泌尿道腫瘤 - 攝護腺癌診療指引共識 -2》

### 臨床上局限性攝護腺癌首次診斷風險分類與分期診斷檢查

風險分類	臨床病理徵		附加評估	首次治療	
極低	完全符合以下五項： • cT1c • 格里森分級 1 • PSA <10 ng/mL • 少於 3 個攝護腺活檢切片 / 切片陽性，≤ 50% 癌細胞在每個片段 / 核心 • PSA 密度 <0.15 ng/mL/g		如果在此之前未進行確認性攝護腺切片，考慮攝護腺切片或攝護腺核磁共振檢查	見極低風險流程	
低	完全符合以下 3 項，但不是極低風險 • cT1-cT2a • 格里森分級 1 • PSA <10 ng/mL		如果在此之前未進行確認性攝護腺切片，考慮攝護腺切片或攝護腺核磁共振檢查	見低風險流程	
中	具備以下所有條件： • 無高危險風險特徵 • 無極高風險群特徵 • 具有一項以上中等風險因素： cT2b-cT2c 格里森分級 Group 2 或 3 PSA 10-20 ng/mL	中度 有利型	具備以下所有條件： • 具有一項中等風險因素 • 格里森分級 1 or 2 • <50% 活檢核心陽性（例如，<6 of 12 核心）	如果在此之前未進行確認性攝護腺切片，考慮攝護腺切片或攝護腺核磁共振檢查	見中風險流程
		中度 非有利型	具有下列一項以上的條件： • 具有 2 或 3 項中等風險因素 • 格里森分級 3 • ≥ 50% 活檢核心陽性（例如，≥ 6 of 12 核心）	骨和軟組織成像 • 如果發現區域或遠處轉移	見中風險流程
高	沒有非常高風險的特徵，並且只有一個高風險特徵： • cT3a 或 • 格里森分級 4 級或 5 級的 >4 個核心 • PSA >20 ng/mL		骨和軟組織成像 • 如果發現區域或遠處轉移	見高風險或極高流程	
非常高	至少具有以下其中一項： • cT3b-cT4 • 主要格里森分級 5 • 2 或 3 高風險特徵 • 格里森分級 4 級或 5 級的 >4 個核心		骨和軟組織成像 • 如果發現區域或遠處轉移	見高風險或極高流程	

## 《泌尿道腫瘤 - 攝護腺癌診療指引共識 -3》



## 臨床期別 (復發族群)

## 預期餘命

## 治療方式

## 輔助性治療

**中風險**  
中度危險因素 (IRF)  
\* T2b-T2c  
\* 格里森分級 group 2 或 3  
\* 攝護腺特異性抗原 (PSA) 10-20ng/ml  
**有利型中風險**  
• 只有 1 項中度危險因素 (IRF) 和  
• 格里森 group 1 或 2 和  
• < 50% 切片量呈現陽性  
**非有利型傾向中復險**  
• 2 或 3 項中度危險因素 (IRF) 和 / 或  
• 格里森 group 3 呈現陽性—  
≥ 50% 切片量

**高及極高風險**  
• ≥ T3a 期或  
• 格里森分級 Group 4 或 5 或  
• 攝護腺特異性抗原 >20 ng/ml

≥ 10 年

< 10 年

積極監測 (限有利型中度風險) 或  
體外放射治療 ± 荷爾蒙治療 或  
根治性攝護腺切除併骨盆腔淋巴結清除  
或 體外放射治療 + 近距離放射治療  
± 荷爾蒙治療 (4-6 個月) 或 海福刀

體外放射治療 ± 荷爾蒙治療 或 體外  
放射治療 + 近距離放射治療 ± 荷爾蒙  
治療 (4-6 個月) 或 海福刀 或 觀察

放射線治療 + 荷爾蒙治療 1.5-3 年 ±  
docetaxel 或 ± Abiraterone (極高風險)  
根治性攝護腺切除併骨盆腔淋巴結切除術

觀察 或 放射線治療 及 / 或 荷爾蒙治療

攝護腺切除

若有右述之  
病理狀況及  
無淋巴轉移:  
放射線治療  
± 荷爾蒙治  
療  
或追蹤檢查

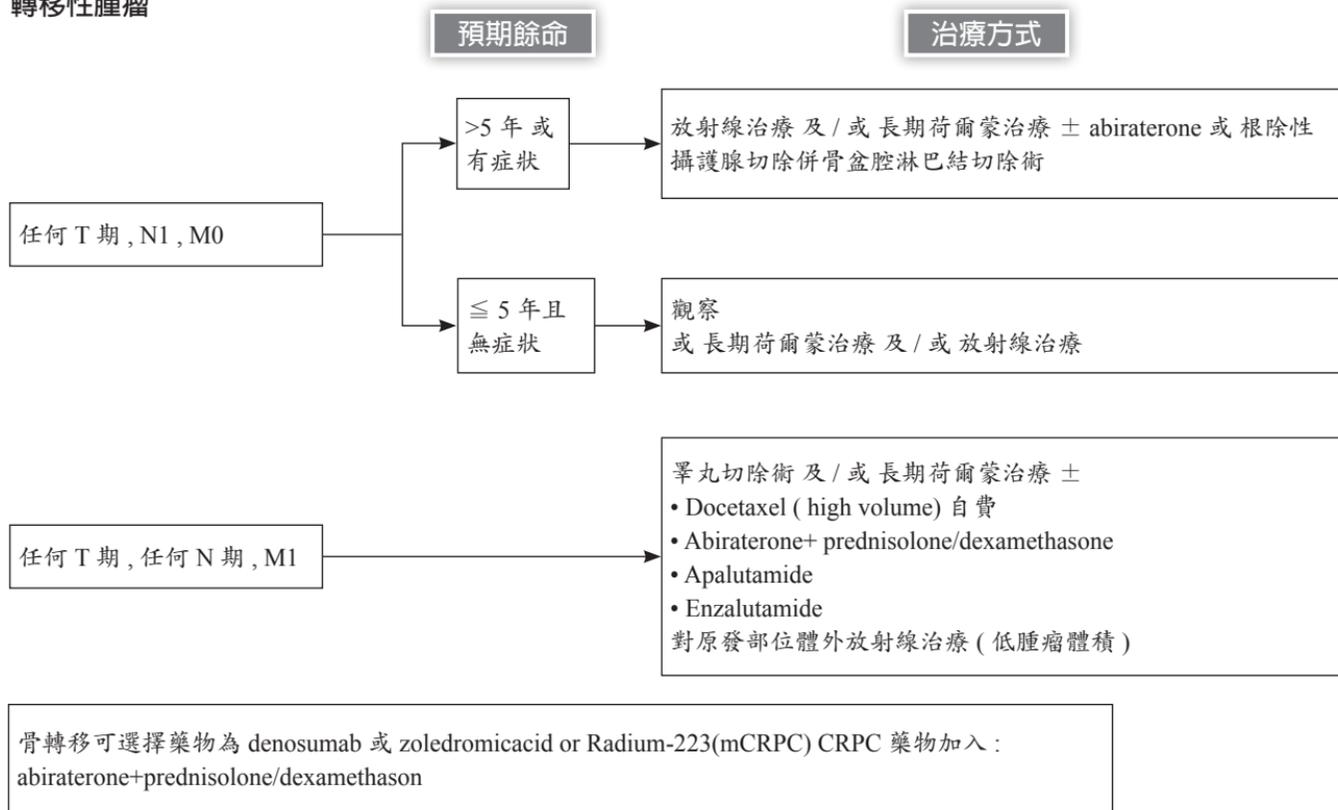
病理狀況包括:  
手術邊緣侵犯、  
包膜外侵犯、  
儲精囊侵犯、  
可偵測到 PSA

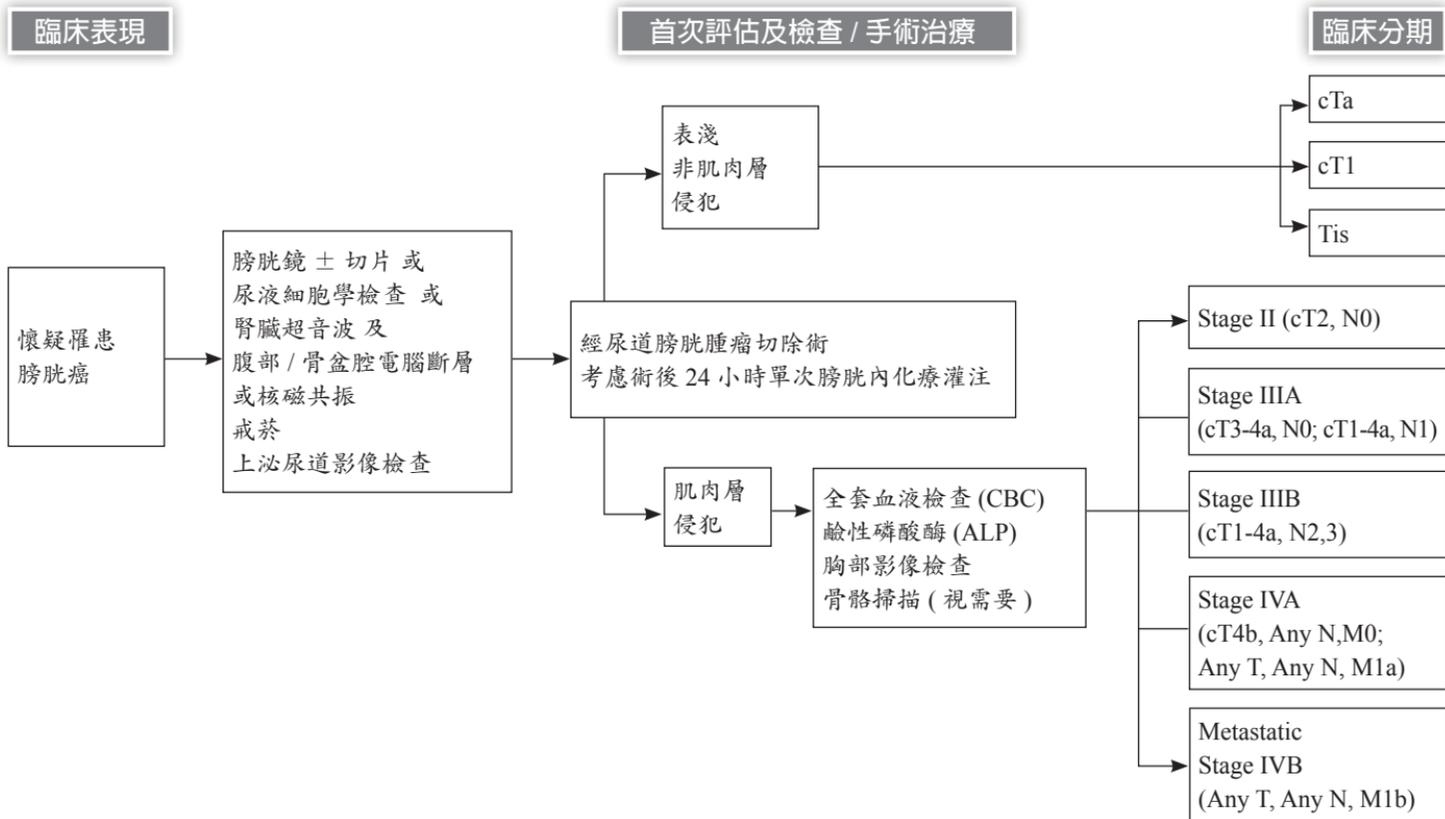
淋巴轉移:  
荷爾蒙治療 ± 放射線治療 或 追  
蹤檢查

低風險 ≥ 10 年, 中風險 ≥ 10 年, 預期性的淋巴轉移機率 ≥ 2% 則根治性攝護腺切除 ± 骨盆腔淋巴結切除術  
高風險及極高危險群 則根治性攝護腺切除 + 骨盆腔淋巴結

## 《泌尿道腫瘤 - 攝護腺癌診療指引共識 -5》

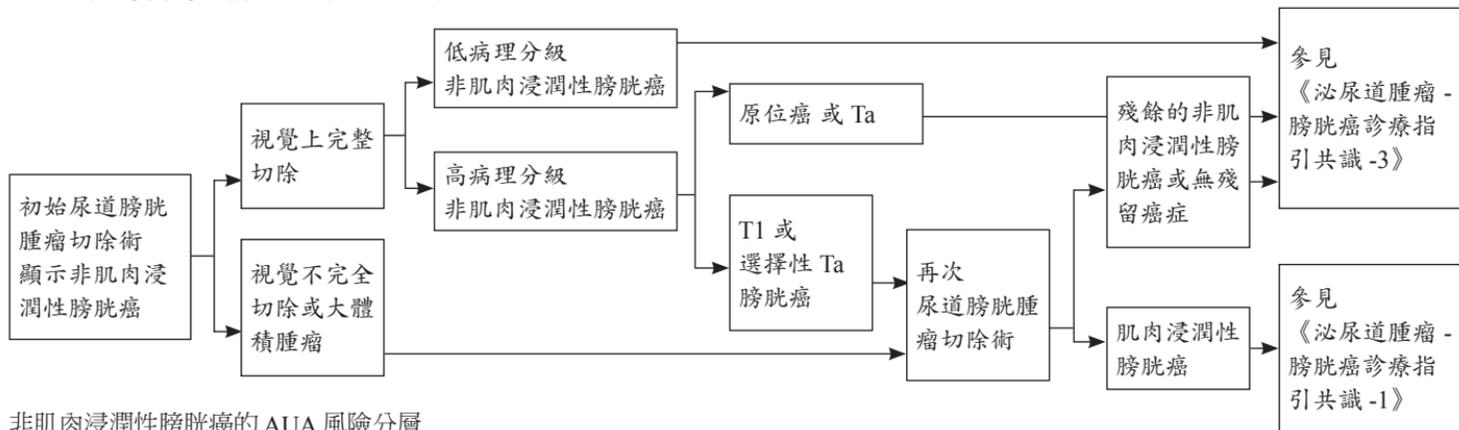
### 轉移性腫瘤





## 《泌尿道腫瘤 - 膀胱癌診療指引共識 -2》

### 非肌肉浸潤性膀胱癌的風險共識

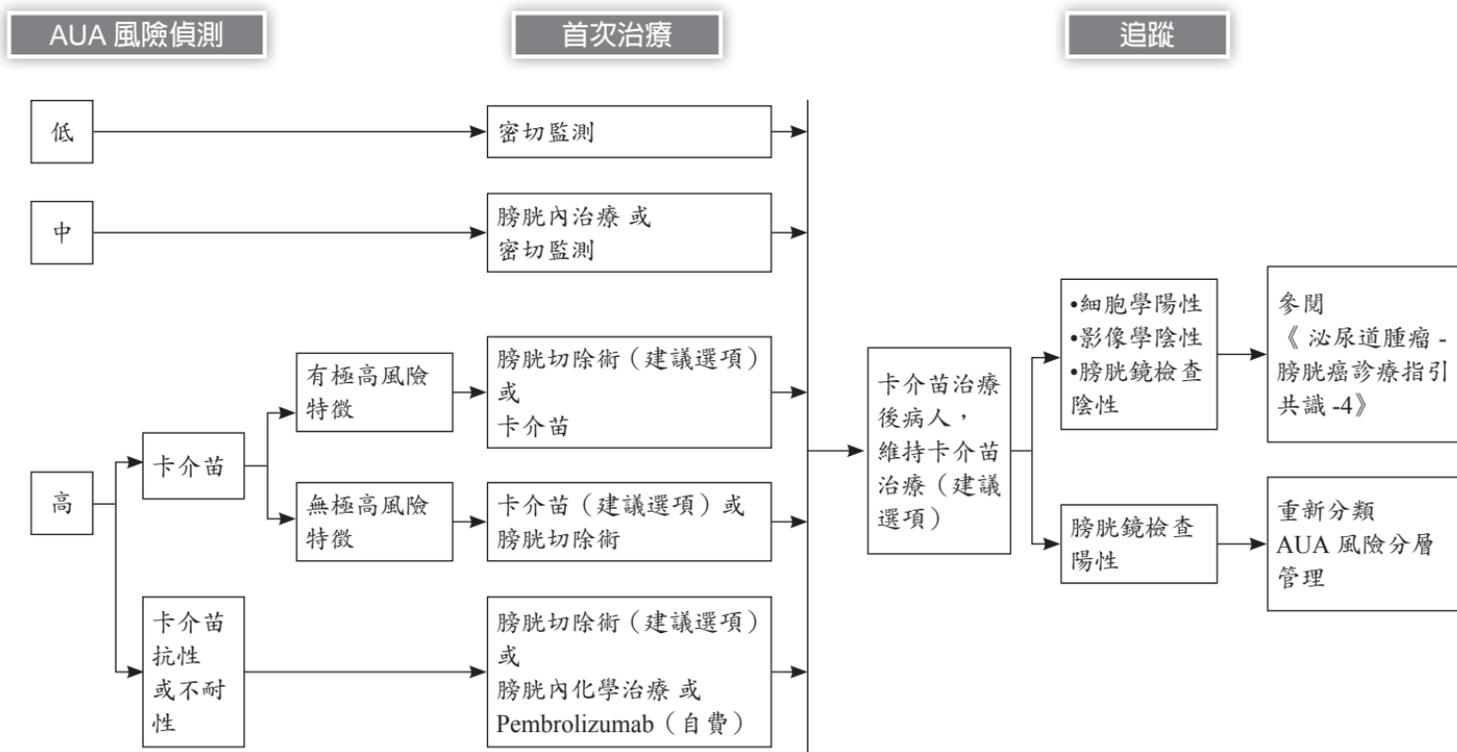


### 非肌肉浸潤性膀胱癌的 AUA 風險分層

低風險	中風險	高風險
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 低病理分級乳頭狀尿路上皮腫瘤惡性潛能</li> <li>● 低病理分級尿路上皮癌               <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Ta 和</li> <li>▶ ≤3 公分 和</li> <li>▶ Solitary</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 低病理分級尿路上皮癌               <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ T1 或</li> <li>▶ &gt;3 公分 或</li> <li>▶ Multifocal 或</li> <li>▶ 1 年內復發</li> </ul> </li> <li>● 高病理分級尿路上皮癌               <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Ta 和</li> <li>▶ ≤3 公分 和</li> <li>▶ Solitary</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 高病理分級尿路上皮癌               <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 原位癌 或</li> <li>▶ T1 或</li> <li>▶ &gt;3 公分 或</li> <li>▶ Multifocal</li> </ul> </li> <li>● 極高風險特徵（任何）：               <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ BCG 抗性沒有反應</li> <li>▶ 變異型組織學</li> <li>▶ 淋巴血管侵犯</li> <li>▶ 攝護腺尿道侵犯</li> </ul> </li> </ul>

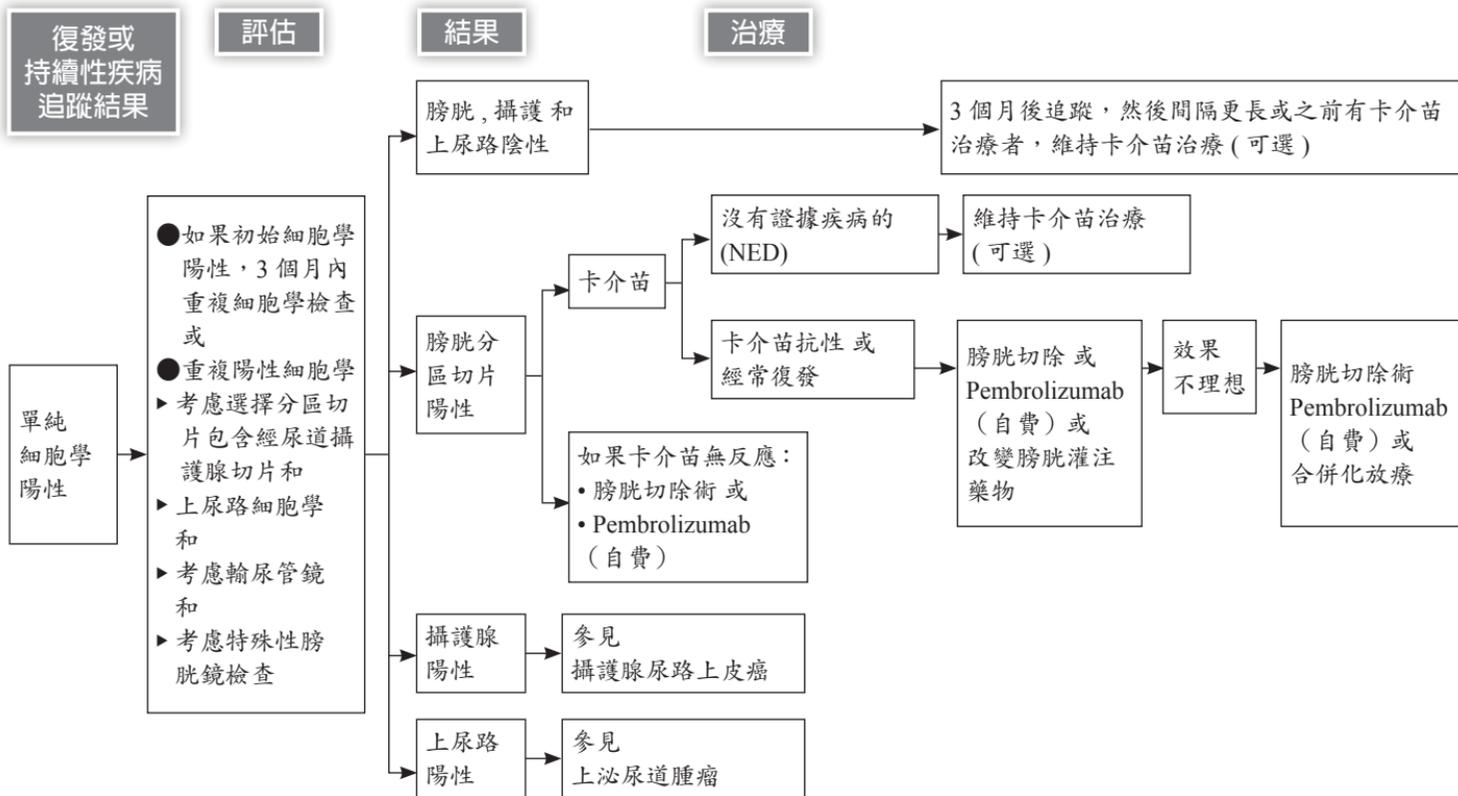
# 《泌尿道腫瘤 - 膀胱癌診療指引共識 -3》

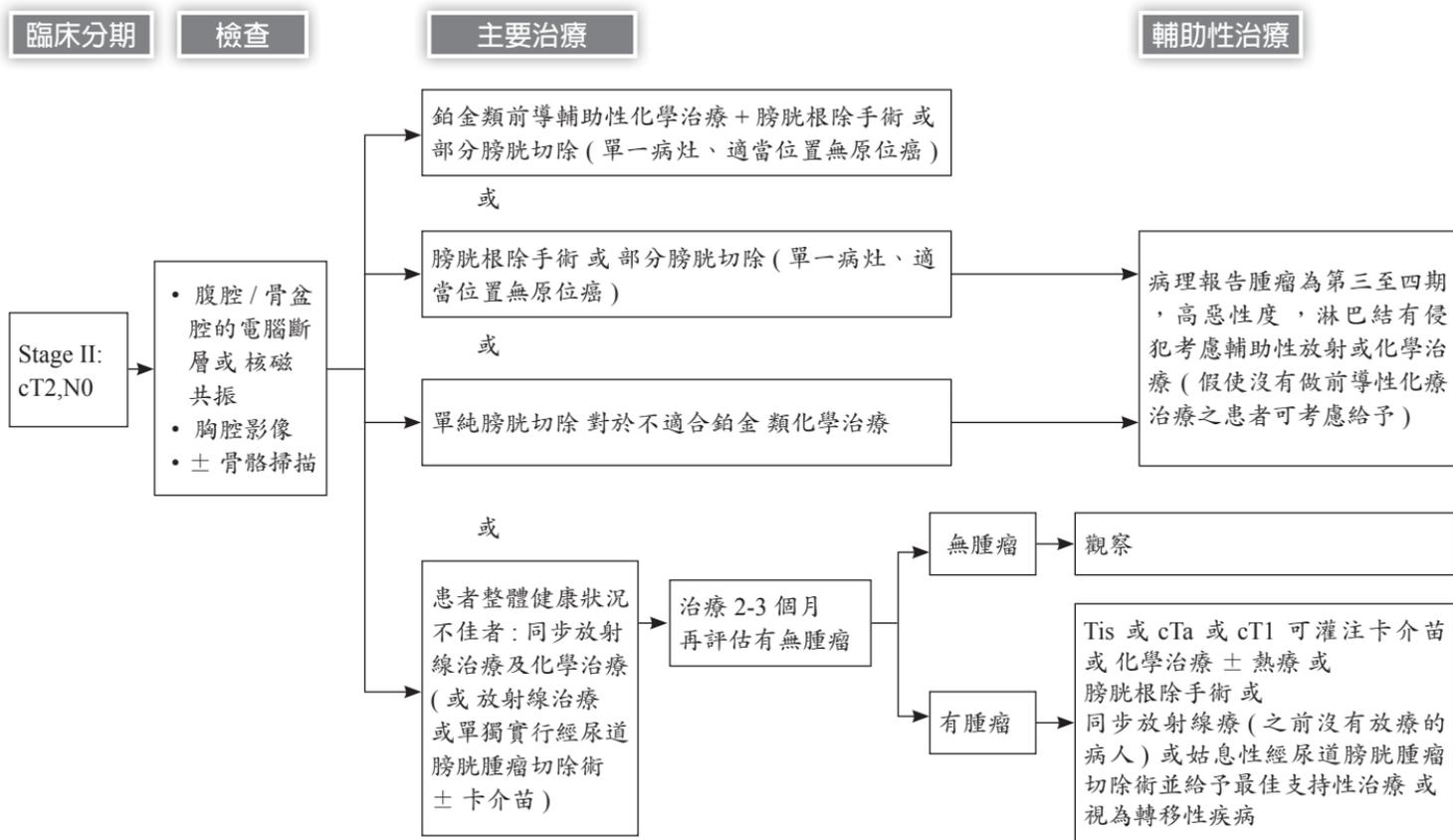
## 非肌肉浸潤性膀胱癌的風險分層管理共識



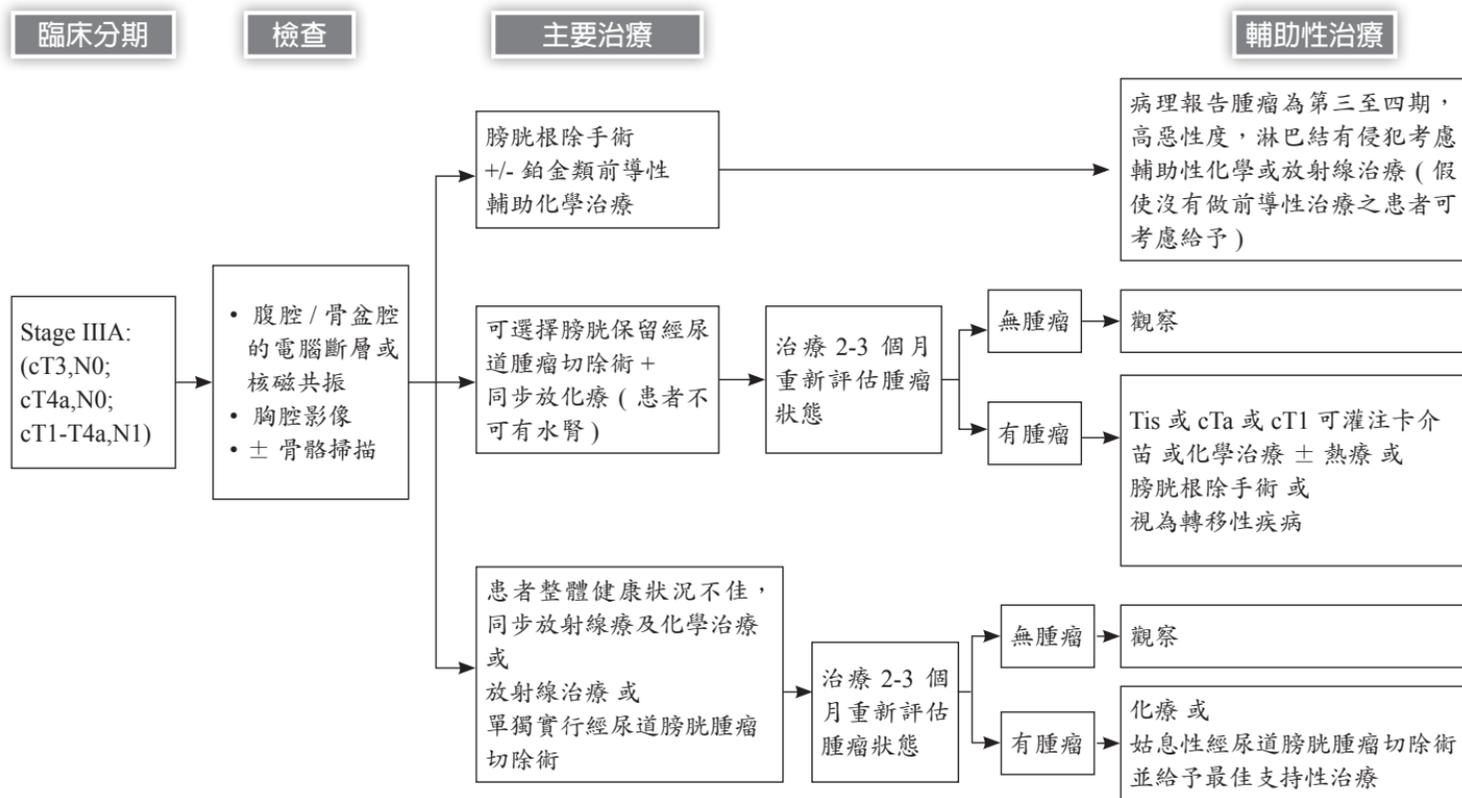
# 《泌尿道腫瘤 - 膀胱癌診療指引共識 -4》

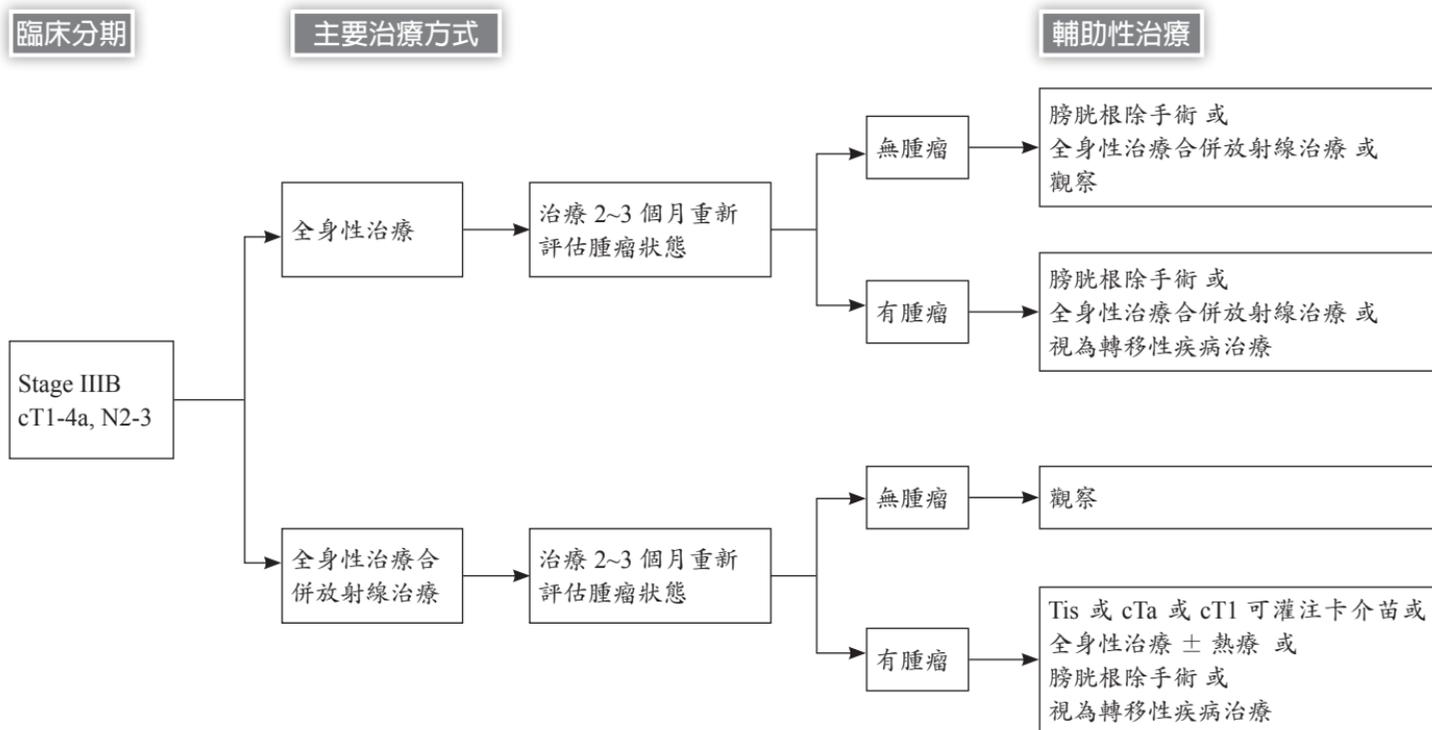
## 尿液細胞學陽性的處理





# 《泌尿道腫瘤 - 膀胱癌診療指引共識 -6》



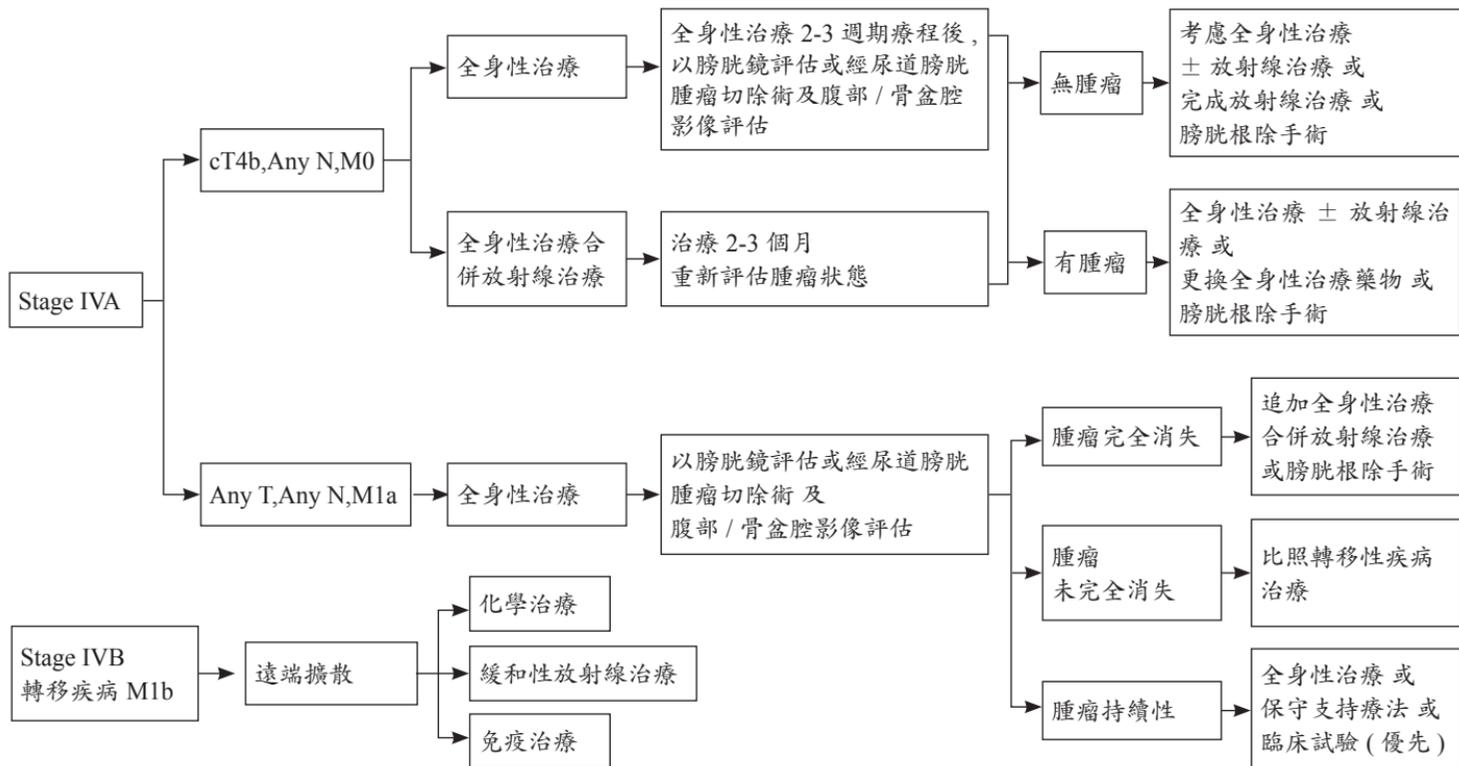


# 《泌尿道腫瘤 - 膀胱癌診療指引共識 - 8》

## 臨床分期

## 主要治療方式

## 輔助性治療



## 質子治療指引：

質子束療法應用於攝護腺癌的治療逐漸成熟，目前適用於臨床試驗或嚴謹的前瞻性登錄治療。

The use of proton beam therapy is evolving in the treatment of primary prostate cancer and should be performed within the context of prospective registries or clinical trials.

### 《參考文獻》

1. NCCN clinical practice guidelines in oncology for prostate cancer. Version 1.2022.
2. NCCN clinical practice guidelines in oncology-Bladder cancer. version 5.2021.
3. RTOG 0712 Protocol Information A Phase II Randomized Study for Patients with Muscle-Invasive Bladder Cancer Evaluating Transurethral Surgery and Concomitant Chemoradiation by Either BID Irradiation plus 5-Fluorouracil and Cisplatin or QD Irradiation plus Gemcitabine Followed by Selective Bladder Preservation and Gemcitabine/Cisplatin Adjuvant Chemotherapy 3.2012
4. Efstathiou JA, et al. Late Pelvic Toxicity After Bladder-Sparing Therapy in Patients With Invasive Bladder Cancer: RTOG 89-03, 95-06, 97-06, 99-06. J Clin Oncol 2009; 27: 4055-4061
5. Lorusso V, Manzione L, De Vita F, et al. Gemcitabine plus cisplatin for advanced transitional cell carcinoma of the urinary tract: a phase II multicenter trial. J Urol 2000;164:53-56.
6. Cohen MS, Triaca V, Billmeyer B, et al. Coordinated chemoradiation therapy with genital preservation for the treatment of primary invasive carcinoma of the male urethra. J Urol 2008;179:536-541; discussion 541
7. Bianchini D, Lorente D, Rodriguez-Vida A, et al. Antitumour activity of enzalutamide (MDV3100) in patients with metastatic castration-resistant prostate cancer (CRPC) pre-treated with docetaxel and abiraterone. Eur J Cancer 2014;50:78-84.
8. Noonan KL, North S, Bitting RL, et al. Clinical activity of abiraterone acetate in patients with metastatic castration-resistant prostate cancer progressing after enzalutamide. Ann Oncol 2013;24:1802-1807.
9. EAU Guidelines on Non-muscle-invasive Bladder cancer (cTa, T1 and CIS).2015

10. Radiotherapy to the primary tumor for newly diagnosed,metastatic prostate cancer (STAMPEDE): a randomized controlled phase 3 trial([https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)32486-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)32486-3/fulltext))
11. Proton Beam Therapy for Prostate Cancer Position Statement. American Society for Radiation Oncology Web site. [https://www.astro.org/ Practice-Management/Reimbursement/Proton-Beam-Therapy.aspx](https://www.astro.org/Practice-Management/Reimbursement/Proton-Beam-Therapy.aspx). Published November 15, 2013. Accessed April 9, 2014

## 《攝護腺癌抗癌藥物治療指引》

### Men with High-Volume, ADT-naïve, Metastatic Disease

#### Docetaxel without Prednisolone with ADT

藥品名	劑量 mg/m <sup>2</sup>	給藥日	頻率	週期	參考文獻
Docetaxel	75	1	Q3W	6	1

藥品名	劑量 mg/m <sup>2</sup>	給藥日	頻率	週期	參考文獻
Docetaxel	30	1	QW		3

### Men with Symptomatic mCRPC

#### First-line Therapy

#### Docetaxel with/without prednisolone

藥品名	劑量 mg/m <sup>2</sup>	給藥日	頻率	週期	參考文獻
Docetaxel	75	1	Q3W	6	1
Prednisolone	5 mg PO BID				

藥品名	劑量 mg/m <sup>2</sup>	給藥日	頻率	週期	參考文獻
Docetaxel	30	1	QW		3
Prednisolone	5 mg PO BID				

## Alternative chemotherapy

### Cabazitaxel + Prednisolone

藥品名	劑量 mg/m <sup>2</sup>	給藥日	頻率	週期	參考文獻
Cabazitaxel	20-25	1	Q3W	10	4, 5
Prednisolone	10 mg PO QD				

### Enzalutamide

藥品名	劑量 mg/m <sup>2</sup>	給藥日	頻率	週期	參考文獻
Enzalutamide	160 mg PO QD				9

### Abiraterone + Prednisolone

藥品名	劑量 mg/m <sup>2</sup>	給藥日	頻率	週期	參考文獻
Abiraterone	1000 mg PO QD	1			7, 8
Prednisolone	5 mg PO BID	1			

### Mitoxantrone + Prednisolone

藥品名	劑量 mg/m <sup>2</sup>	給藥日	頻率	週期	參考文獻
Mitoxantrone	12	1	Q3W	10	2
Prednisolone	5 mg PO BID				

### Pembrolizumab

藥品名	劑量 mg/m <sup>2</sup>	給藥日	頻率	週期	參考文獻
Pembrolizumab	200 mg	1	Q3W		6

### Olaparib (For HRRm)

藥品名	劑量 mg/m <sup>2</sup>	給藥日	頻率	週期	參考文獻
Olaparib	400 (150-300) mg PO BID				10, 12

### Rucaparib (For BCRAm)

藥品名*	劑量 mg/m <sup>2</sup>	給藥日	頻率	週期	參考文獻
Rucaparib	600 mg PO BID				11

★三院有個別版本

### 參考文獻

1. Jae Ho Jeong , Hyejung Hyun , In Gab Jeong, et al. Randomized phase II trial of docetaxel plus prednisolone with or without androgen deprivation treatment in castration-resistant prostate cancer. Journal of Clinical Oncology 2016; 34(2): 217-217.
2. Tannock IF, 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.
3. Kojima T, Shimazui T, Onozawa M. et al. Weekly Administration of Docetaxel in Patients with Hormone refractory Prostate Cancer: a Pilot Study on Japanese Patients. Jpn J Clin Oncol. 2004; 34(3): 137-41.

4. de Bono JS, Oudard S, Ozguroglu M, et al. Prednisone plus cabazitaxel or mitoxantrone for metastatic castration-resistant prostate cancer progressing after docetaxel treatment: a randomised open-label trial. *Lancet* 2010;376:1147-1154.
5. Eisenberger M, Hardy-Bessard AC1, Kim CS, et al. Phase III Study Comparing a Reduced Dose of Cabazitaxel (20 mg/m<sup>2</sup>) and the Currently Approved Dose (25 mg/m<sup>2</sup>) in Postdocetaxel Patients With Metastatic Castration-Resistant Prostate Cancer-PROSELICA. *J Clin Oncol.* 2017;35(28):3198-3206.
6. De Bono JS, Goh JC, et al. KEYNOTE-199: Pembrolizumab (pembro) for docetaxel-refractory metastatic castration-resistant prostate cancer (mCRPC). *Journal of Clinical Oncology* 2018; 36(15): 5007-5007.
7. Fizazi, K., et al., Abiraterone acetate for treatment of metastatic castration-resistant prostate cancer: final overall survival analysis of the COU-AA-301 randomised, double-blind, placebo-controlled phase 3 study. *Lancet Oncol*, 2012. 13(10): p. 983-92.
8. Ryan, C.J., et al., Abiraterone in metastatic prostate cancer without previous chemotherapy. *N Engl J Med*, 2013. 368(2): p. 138-48.
9. Davis ID, Martin AJ, Stockler MR, et al. Enzalutamide with standard first-line therapy in metastatic prostate cancer. *N Engl J Med* 2019;381:121-131.
10. Mateo J, Carreira S, Sandhu S, et al. DNA-repair defects and olaparib in metastatic prostate cancer. *N Engl J Med* 2015;373:1697-1708.
11. Abida W, Patnaik A, Campbell D, et al. Rucaparib in Men With Metastatic Castration-Resistant Prostate Cancer Harboring a BRCA1 or BRCA2 Gene Alteration. *J Clin Oncol.* 2020 Nov 10;38(32):3763-3772.
12. de Bono J, Mateo J, Fizazi K, Saad F, et al. Olaparib for Metastatic Castration-Resistant Prostate Cancer. *N Engl J Med.* 2020 May 28;382(22):2091-2102.

## 《膀胱癌抗癌藥物治療指引》

### Perioperative Chemotherapy of Bladder Cancer

#### Adjuvant Therapy

##### Gemcitabine + Cisplatin

藥品名	劑量 mg/m <sup>2</sup>	給藥日	頻率	週期	參考文獻
Gemcitabine	1000	1, 8	Q3W	4	1
Cisplatin	70	1	Q3W	4	

藥品名	劑量 mg/m <sup>2</sup>	給藥日	頻率	週期	參考文獻
Gemcitabine	1000	1, 8	Q3W	4	1
Cisplatin	35	1, 8	Q3W	4	

藥品名	劑量 mg/m <sup>2</sup>	給藥日	頻率	週期	參考文獻
Gemcitabine	1000	1, 8, 15	Q4W	Max 6	2
Cisplatin	70	1	Q4W	Max 6	

## Adjuvant Intravesical Treatment

藥品名	劑量 mg/m <sup>2</sup>	給藥日	頻率	週期	參考文獻
BCG	81 mg	1	QW	6	3

藥品名	劑量 mg/m <sup>2</sup>	給藥日	頻率	週期	參考文獻
Mitomycin	30-40 mg	1	QW	6	4-6

藥品名	劑量 mg/m <sup>2</sup>	給藥日	頻率	週期	參考文獻
Doxorubicin	40 mg	1	QW	6	7

## Intravesical MDP regimen

藥品名	劑量 mg/m <sup>2</sup>	給藥日	頻率	週期	參考文獻
Mitomycin	30 mg	1	Q3W	2	7
Doxorubicin	30 mg	8	Q3W	2	
Cisplatin	30 mg	15	Q3W	2	

藥品名	劑量 mg/m <sup>2</sup>	給藥日	頻率	週期	參考文獻
Nivolumab	240 mg	1	Q2W	26*	18

\*Up to 1 year

## Neoadjuvant Therapy

藥品名	劑量 mg/m <sup>2</sup>	給藥日	頻率	週期	參考文獻
Gemcitabine	1000	1, 8	Q3W	4	1, 2
Cisplatin	70	1	Q3W	4	

藥品名	劑量 mg/m <sup>2</sup>	給藥日	頻率	週期	參考文獻
Gemcitabine	1000	1, 8	Q3W	4	1, 2
Cisplatin	35	1, 8	Q3W	4	

藥品名	劑量 mg/m <sup>2</sup>	給藥日	頻率	週期	參考文獻
Gemcitabine	1000	1, 8	Q3W	4	1, 2
Cisplatin	35	1, 2	Q3W	4	

藥品名	劑量 mg/m <sup>2</sup>	給藥日	頻率	週期	參考文獻
Gemcitabine	1000	1, 8, 15	Q4W	4	1, 2
Cisplatin	70	1	Q4W	4	

## Chemotherapy for Metastatic Disease

### First-line Therapy

#### Gemcitabine + Cisplatin

藥品名	劑量 mg/m <sup>2</sup>	給藥日	頻率	週期	參考文獻
Gemcitabine	1000	1, 8, 15	Q4W	6	2, 9
Cisplatin	70	2	Q4W		

### Gemcitabine + Carboplatin

藥品名	劑量 mg/m <sup>2</sup>	給藥日	頻率	週期	參考文獻
Gemcitabine	1000	1, 8	Q3W	4	15
Carboplatin	AUC 4.5	1	Q3W		

### DDMVAC

藥品名	劑量 mg/m <sup>2</sup>	給藥日	頻率	週期	參考文獻
Methotrexate	30	1	Q2W	6	9, 10
Vinblastine	3	2	Q2W	6	
Doxorubicin	30	2	Q2W	6	
Cisplatin	70	2	Q2W	6	

### Gemcitabine + Cisplatin followed by Avelumab

藥品名*	劑量 mg/m <sup>2</sup>	給藥日	頻率	週期	參考文獻
Gemcitabine	1000	1, 8, 15	Q4W	6	2, 8
Cisplatin	70	2	Q4W		
followed by Avelumab	10 mg/kg	1	Q2W		17

### Gemcitabine + Cisplatin followed by Avelumab

藥品名*	劑量 mg/m <sup>2</sup>	給藥日	頻率	週期	參考文獻
Gemcitabine	1000	1, 8	Q3W	4	15
Carboplatin	AUC 4.5	1	Q3W		
followed by Avelumab	10 mg/kg	1	Q2W		17

**DDMVC followed by Avelumab**

藥品名*	劑量 mg/m <sup>2</sup>	給藥日	頻率	週期	參考文獻
Methotrexate	30	1	Q2W	6	9, 10
Vinblastine	3	2	Q2W	6	
Doxorubicin	30	2	Q2W	6	
Cisplatin	70	2	Q2W	6	
followed by					
Avelumab	10 mg/kg	1	Q2W		17

藥品名*	劑量 mg/m <sup>2</sup>	給藥日	頻率	週期	參考文獻
Methotrexate	30	1 or 2	Q2W	3-4	9, 10
Vinblastine	3	1 or 2	Q2W	3-4	
Doxorubicin	20-30	1 or 2	Q2W	3-4	
Carboplatin*	AUC 4-5	1	Q2W	3-4	

\*For Ccr&lt;60 mL/hr only

**PD-1 inhibitor (cisplatin ineligible)**

藥品名	劑量 mg/m <sup>2</sup>	給藥日	頻率	週期	參考文獻
Atezolizumab	1200 mg	1	Q3W		11

藥品名	劑量 mg/m <sup>2</sup>	給藥日	頻率	週期	參考文獻
Pembrolizumab	200 mg	1	Q3W		12

## Radiosensitizing Chemotherapy Regimens for Bladder-Preserving Chemoradiation Following A Maximal TURBT

### First-line Therapy

#### Cisplatin + 5-FU

藥品名	劑量 mg/m <sup>2</sup>	給藥日	頻率	週期	參考文獻
Cisplatin	15	1-3	QW	3	14
5-FU	400	1-3	QW	3	

#### 5-FU + Mitomycin C

藥品名	劑量 mg/m <sup>2</sup>	給藥日	頻率	週期	參考文獻
Mitomycin C	12	1			13
5-FU	500	1-5, 16-20			

#### Cisplatin + Paclitaxel

藥品名	劑量 mg/m <sup>2</sup>	給藥日	頻率	週期	參考文獻
Cisplatin	15	1-3	QW	3	14
Paclitaxel	50	1	QW	3	

#### PFL

藥品名	劑量 mg/m <sup>2</sup>	給藥日	頻率	週期	參考文獻
Cisplatin	50	1	Q3W	Min 3	16
Leucovorin	50	1-3	Q3W	Min 3	
5-FU	500	1-3	Q3W	Min 3	

\*三院有個別版本

## 參考文獻

1. Dash A, Pettus JA, Herr HW, et al. A role for neoadjuvant gemcitabine plus cisplatin in muscle-invasive urothelial carcinoma of the bladder: a retrospective experience. *Cancer* 2008;113:2471-2477.
2. Von der Maase H, Hansen SW, Roberts JT, et al. Gemcitabine and cisplatin versus methotrexate, vinblastine, doxorubicin, and cisplatin in advanced or metastatic bladder cancer: results of a large, randomized, multinational, multicenter, phase III study. *J Clin Oncol* 2000;18:3068-3077.
3. Lamm DL, Blumenstein BA, Crissman JD, et al. Maintenance bacillus Calmette-Guerin immunotherapy for recurrent TA, T1 and carcinoma in situ transitional cell carcinoma of the bladder: a randomized Southwest Oncology Group Study. *J Urol.* 2000; 163: 1124-9
4. Lundholm C1, Norlén BJ, Ekman P, et al. A randomized prospective study comparing long-term intravesical instillations of mitomycin C and bacillus Calmette-Guerin in patients with superficial bladder carcinoma. *J Urol.* 1996; 156: 372-6
5. Solsona E, Iborra I, Ricos JV, et al: Effectiveness of a single immediate mitomycin C instillation in patients with low risk superficial bladder cancer: short and long-term followup. *J Urol* 1999; 161:1120-1123.
6. Witjes JA1, v d Meijden AP, Collette L, et al. Long-term follow-up of an EORTC randomized prospective trial comparing intravesical bacille Calmette-Guérin-RIVM and mitomycin C in superficial bladder cancer. EORTC GU Group and the Dutch South East Cooperative Urological Group. European Organisation for Research and Treatment of Cancer Genito-Urinary Tract Cancer Collaborative Group. *Urology.* 1998 ; 52: 403-10
7. Chung-Hsin Chen, Hung-Ju Yang, Chia-Tung Shun, et al. A cocktail regimen of intravesical mitomycin-C, doxorubicin, and cisplatin (MDP) for non-muscle-invasive bladder cancer.
8. Von der Maase H, Sengelov L, Roberts JT, et al. Long-term survival results of a randomized trial comparing gemcitabine plus cisplatin, with methotrexate, vinblastine, doxorubicin, plus cisplatin in patients with bladder cancer. *J Clin Oncol* 2005;23:4602-4608.
9. Sternberg CN, de Mulder PH, Schornagel JH, et al. Randomized phase III trial of high-dose-intensity methotrexate, vinblastine, doxorubicin, and cisplatin (MVAC) chemotherapy and recombinant human granulocyte colony-stimulating factor versus classic

- MVAC in advanced urothelial tract tumors: European Organization for Research and Treatment of Cancer Protocol no. 30924. *J Clin Oncol* 2001;19:2638-2646.
10. Sternberg CN, de Mulder P, Schornagel JH, et al. Seven year update of an EORTC phase III trial of high-dose intensity M-VAC chemotherapy and G-CSF versus classic M-VAC in advanced urothelial tract tumours. *Eur J Cancer* 2006;42:50-54.
  11. Balar AV, Galsky MD, Rosenberg JE, et al. Atezolizumab as first-line treatment in cisplatin-ineligible patients with locally advanced and metastatic urothelial carcinoma: a single-arm, multicentre, phase 2 trial. *Lancet* 2017;389:67-76.
  12. Balar AV, Castellano DE, O'Donnell PH, et al. Pembrolizumab as first-line therapy in cisplatin-ineligible advanced urothelial cancer: Results from the total KEYNOTE-052 study population. *Clin Oncol* 2017;6S:Abstract 284.
  13. James ND, Hussain SA, Hall E, et al; BC2001 Investigators. Radiotherapy with or without chemotherapy in muscle-invasive bladder cancer. *N Engl J Med* 2012;366:1477-1488
  14. Mitin T, Hunt D, Shipley W, et al. Transurethral surgery and twice-daily radiation plus paclitaxel-cisplatin or fluorouracil-cisplatin with selective bladder preservation and adjuvant chemotherapy for patients with muscle invasive bladder cancer (RTOG 0233): a randomized multicentre phase 2 trial. *Lancet Oncol* 2013;14:863-872.
  15. Pritchard ER, Waddell JA, et al. Gemcitabine and Carboplatin (Renally Dosed) Regimen for Bladder Cancer. *Hosp Pharm.* 2015; 50(2): 103–107.
  16. Chen WC, Liaw CC. Concurrent cisplatin, 5-fluorouracil, leucovorin, and radiotherapy for invasive bladder cancer. *Int. J. Radiation Oncology Biol. Phys* 2003; 56(3): 726–733.
  17. Thomas Powles, Se Hoon Park, Eric Voog, et al. Maintenance avelumab + best supportive care (BSC) versus BSC alone after platinum-based first-line (1L) chemotherapy in advanced urothelial carcinoma (UC): JAVELIN Bladder 100 phase III interim analysis. *Journal of Clinical Oncology* 2020.38.18.
  18. Bajorin DF, Witjes JA, Gschwend JE, et al. Adjuvant nivolumab versus placebo in muscle-invasive urothelial carcinoma. *N Engl J Med* 2021;384:2102-2114.

## 一、治療範圍

1. 攝護腺腫瘤
2. 淋巴結轉移病灶
3. 骨盆腔高風險淋巴轉移範圍

## 二、治療劑量 / 次數

1. 攝護腺總劑量 75.6~81.0Gy / 38~45 次
2. 淋巴結轉移總劑量 54~66Gy / 25~33 次
3. 骨盆腔總劑量 45~54Gy / 25~30 次
4. 分次劑量 1.8~2.0Gy
5. 立體定位高劑量分次治療：攝護腺總劑量 36.25~40Gy / 5 次

## 三、治療方式：

使用強度調控放射治療技術，包含弧形及螺旋放射規劃，可考慮搭配影像導引治療，治療選擇可使用同步照射高與低風險部位的方式，或先給予整個照射部位部份劑量後，再針對高風險部位加強劑量。

## 四、參考文獻：

1. Michalski J.M, Moughan J, Purdy J.A, et al. Initial Results of a Phase 3 Randomized Study of High Dose 3DCRT/IMRT versus Standard Dose 3D-CRT/IMRT in Patients Treated for Localized Prostate Cancer (RTOG 0126)
2. Willett CG, et al. Principles and Practice of Radiation Oncology. 5th edition : Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins;2007. pp. 1439-1502.
3. Kuban DA, Tucker SL, Dong L, et al. Long-term results of the M.D. Anderson randomized dose-escalation trial for prostate cancer Int J Radiat Oncol Biol Phys 2008;70:67-74
4. NCCN clinical practice guidelines in oncology for prostate cancer. Version 2, 2022.

## 《膀胱癌放射治療共識》

### 一、治療範圍

1. 膀胱腫瘤
2. 淋巴結轉移病灶
3. 骨盆腔高風險範圍 (全膀胱 +/- 高風險淋巴轉移範圍)

### 二、治療劑量 / 次數

1. 膀胱腫瘤總劑量 60.0~66.0Gy / 30~33 次 或 55Gy/20 次
2. 淋巴結轉移病灶總劑量 54.0~66.0Gy / 27~33 次
3. 骨盆腔高風險範圍總劑量 39.6~50.4Gy / 20~28 次
4. 分次劑量每日一次 1.8~2.0Gy

### 三、治療方式：

使用 3D 順型或強度調控放射治療技術，包含弧形及螺旋放射規劃，可考慮搭配影像導引治療，治療選擇可使用同步照射高與低風險部位的方式，或先給予整個照射部位部份劑量後，再針對高風險部位加強劑量。

### 四、參考文獻：

1. NCCN clinical practice guidelines in oncology-Bladder cancer. version 5.2021.
2. RTOG 0712 Protocol Information A Phase II Randomized Study for Patients with Muscle-Invasive Bladder Cancer Evaluating Transurethral Surgery and Concomitant Chemoradiation by Either BID Irradiation plus 5-Fluorouracil and Cisplatin or QD Irradiation plus Gemcitabine Followed by Selective Bladder Preservation and Gemcitabine/Cisplatin Adjuvant Chemotherapy 3.2012
3. Radiation Therapy Oncology Group, Protocol 0926, A Phase II Protocol For Patients With Stage T1 Bladder Cancer To Evaluate Selective Bladder Preserving Treatment By Radiation Therapy Concurrent With Cisplatin Chemotherapy

Following a Thorough Transurethral Surgical Re-Staging.

4. Efstathiou JA, et al. Late Pelvic Toxicity After Bladder-Sparing Therapy in Patients With Invasive Bladder Cancer: RTOG 89-03, 95-06, 97-06, 99-06. J Clin Oncol 2009; 27: 4055-4061