

攝護腺癌的放射治療

隨著國人平均壽命延長，人口結構的老化，台灣攝護腺癌的發生率不斷上升，已成為最重要的男性腫瘤之一。相對於其他惡性腫瘤，攝護腺癌的進行緩慢，病患有相當好的治癒率及存活率。因此請得到此病的患者，盡量放鬆心情，不要過度擔憂。

放射治療在攝護腺癌的治療上扮演非常重要的角色。初期的攝護腺癌，採用放射治療其治癒率和根治性的攝護腺切除相同。而末期的攝護腺癌則以放射和荷爾蒙治療為主。對於手術後仍有危險因素或手術後PSA再增高而懷疑局部復發之病患，放射治療亦是必要的選擇。縱使有骨頭轉移而荷爾蒙治療效果不佳之病患，使用放射治療亦能有效的減輕其痛苦。

以下我們介紹攝護腺癌疾病及放射治療的基本概念。供患者了解放射治療所帶來的好處，遠大於所可能造成的少數副作用。

□ 分期

按照美國1997 AICC 分期標準攝護腺癌分期如下：

T1：腫瘤不明顯或無法以影像方法偵測。

T2：腫瘤局限在攝護腺體內

T2a：腫瘤只在單側

T2b: 腫瘤在雙側

T3: 腫瘤侵犯至包膜外或儲精囊

T3a: 腫瘤侵犯至包膜外

T3b: 腫瘤侵犯至儲精囊

T4: 腫瘤侵犯至儲精囊以外的骨盆腔器官或組織。

□ 預後因素

攝護腺癌的預後和下列三個因素最有關：

1. 分期: T1 , T2 預後較佳，T3 , T4則較差。
2. PSA: 一般大於20ng/ml 者預後較差。
3. 病理細胞分級: 病理依細胞型態分成2-10分， 6 分以下者預後較佳，
7 分以上者較差。

□ 放射治療

一般而言，手術治療有較高比例有性無能及尿失禁之後遺症，對於年紀大的病患亦需考慮手術本身之危險性。而放射治療則有較高機會傷害到直腸。近年來由於放射治療技術的大幅進步及新方法的引進，已能有效降低直腸傷害之機會，治療後需手術矯正的直腸傷害為1-2%。

□ 攝護腺癌的放射治療大體可分為二大類

1. 體外照射

2. 近接療法。

二者可以單獨使用或合併使用。

1. 體外放射治療：

使用直線加速器所發出的X射線進行治療，不會接觸病人身體，病人亦無感覺。其優點是不會產生疼痛或有任何立即危險，缺點是療程較長，每週需到院5天，每天治療約10~15分鐘，為期約8週。

當治療攝護腺時，必需使用電腦斷層才能準確的將攝護腺及直腸、膀胱定位，以減少正常組織傷害。醫師及醫學物理師會依攝護腺形狀及預定照射給的劑量，設計出適當的三度空間順形治療，或更進一步使用最新的強度調控放射治療(IMRT)來定出最適當的照野。這可大幅減少直腸接受高劑量照射的體積，減少副作用。

若在開始治療即有包含淋巴腺，則較易有食慾不振、疲倦感等現象。只治療攝護腺之病患，其治療中最常見的副作用是在治療3-4週時，小便頻率增加，有時小便會有疼痛感。另外大便頻率亦可能增加，有裡急後重，甚至腹瀉的現象。這些反應可以用藥物減緩，並多在治療數週後會逐漸消退。約有小於10%的病患在照射半年至一年後，產生長期輕微之血便之副作用，而大多會自然恢復。

約有五成病患在治療兩年後仍保存原有的性功能。年紀較輕而且

治療前性能力正常之病患，其保存率可達七至八成。但年紀較大或性能力已較差者，則只有二至三成可以保留。在治療後若性能力減弱但仍能勃起者，可以用適當的藥物來幫助。

2. 高劑量率近接治療：

近接治療是使用具有放射性的射源，直接置放在攝護腺體內，其優點是高劑量集中於攝護腺內，而對於直腸及膀胱的照射劑量及體積可大幅下降。缺點則是病患需住院4-5天，其中約有30小時需處於半身麻醉，不能轉動身體的狀態。

近接治療當天上上午，泌尿科醫師和放射治療科醫師、物理師合作，在手術室中利用超音波之導引，先將射源導管插入攝護腺之適當位置，再經過電腦斷層定位及精密的劑量計算及分佈後，再將射源經由遙控的射源機器置入正確的位置。通常會在24小時內給予三次治療，每次間隔至少6小時。在第三次治療後，針即拔出，病患在隔天即可出院。

近接治療後，仍需做五週半的體外治療。根據國外及本院之經驗，近接治療可降低直腸傷害的發生率。而其療效，則和手術或單純體外照射相當。對於初期的癌病患者，是一個可考慮的選擇。

國外盛行之低劑量率、永久性近接治療，只適用於非常早期的患者。台灣由於射源進口管制、價錢等問題，尚未引進此種療法。

□ 合併荷爾蒙治療

對於某些高危險群的攝護腺癌，我們會建議病人在治療前及治療中使用荷爾蒙治療，如此可以增加放射治療的效果並縮小放射線的照射範圍。而對於較嚴重或復發的病患，長期荷爾蒙治療亦是常被使用的方法。但單獨使用荷爾蒙，只能暫時抑制攝護腺癌，不能根治，因此對於身體健康良好而又未轉移之病患，並不適用這種治療法。