

泌尿道腫瘤診療指引

一、參與討論同仁

主席	彭汪嘉康院長	
附設醫院	葉劭德醫師 (泌尿科)	李欣倫醫師 (放射腫瘤科)
	郭嘉駿醫師 (放射腫瘤科)	李冠德副醫師 (血液腫瘤科)
	李婉玫副主任 (癌症中心)	蔡宜芳個管師 (癌症中心)
萬芳醫院	賴基銘 醫師 (癌症中心)	林克勳醫師 (泌尿科)
	林雍偉 醫師 (泌尿科)	顏上惠 醫師 (放射腫瘤科)
	吳思遠 醫師 (放射腫瘤科)	陳俊佑 醫師 (放射腫瘤科)
	張家崙醫師 (血液腫瘤科)	鍾婉余個管師 (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)
臺北癌症中心	高瑞和醫師 (血液腫瘤科)	廖裕民醫師 (血液腫瘤科)
	曾慧恩醫師 (血液腫瘤科)	郭碧蓮領航護理師

二、討論日期：106 年 10 月 18 日

三、校稿人員：林克勳醫師、林雍偉醫師 / 鍾婉余個管師

106 年版與上一版差異：

105 年版

106 年泌尿道腫瘤 - 攝護腺癌 (前列腺癌) 診療指引共識 -1

修訂 1

中度及高度復發風險患者無特別備註。

修訂 2

臨床分期之分期檢查

修訂 3 復發族群

低度復發風險

格里森 2-6 分

中度復發風險

格里森 7

高度復發風險

格里森 8-10 分

極高危險群

主要格里森 5 或 >4 分及格里森 8-10 分

106 年修訂版

詳見 107 年泌尿道腫瘤 - 攝護腺癌 (前列腺癌) 診療指引共識 -1

修訂 1

新增備註：中度及高度復發風險患者

病患若有多項不利因子因納入下一級復發風險群

修訂 2

刪除「骨盆腔電腦斷層」統一為「骨盆腔核磁共振」

修訂 3

極低度復發風險

增加 格里森分級 Group 1

增加 攝護腺特定抗原密度 <0.15ng/mL/g

低度復發風險

增加 格里森分級 Group 1

改為 格里森 ≤ 6 分

中度復發風險

改為 格里森 3+4=7 分 / 格里森分級 Group 2

改為 格里森 4+3=7 分 / 格里森分級 Group 3

高度復發風險

格里森 8 分 / 格里森分級 Group 4 或

格里森 9-10 分 / 格里森分級 Group 5

極高危險群

改為

主要 格里森 5 分 / 格里森分級 Group 5 或 > 4 針切片數其 格里森 8- 10 分 /

格里森分級 Group 4 或 格里森分級 Group 5

105 年版

106 年泌尿道腫瘤 - 攝護腺癌 (前列腺癌) 診療指引共識 -2

修訂 1

極低度復發風險 ≥ 20 年處皆增加

修訂 2

低度復發風險 <10 年處增加

修訂 3

若有右述之病理狀況：追蹤檢查 或 放射線治療

修訂 4

淋巴轉移：追蹤檢查或荷爾蒙治療或放射線治療

106 年泌尿道腫瘤 - 攝護腺癌 (前列腺癌) 診療指引共識 -3

修訂 1

若有右述之病理狀況：追蹤檢查 或 放射線治療

修訂 2

淋巴轉移：追蹤檢查或荷爾蒙治療或放射線治療

修訂 3

根除性攝護腺切除 + 骨盆腔淋巴結切除術

106 年泌尿道腫瘤 - 攝護腺癌 (前列腺癌) 診療指引共識 -4

修訂 1

根除性攝護腺切除

修訂 2

極高危險群不適合手術及放射線治療治療者治療方式

修訂 3

CRPC treatment : abiraterone

106 年修訂版

詳見 107 年泌尿道腫瘤 - 攝護腺癌 (前列腺癌) 診療指引共識 -2

修訂 1

選擇性：氫氦刀 或 海福刀

修訂 2

根除性攝護腺切除

修訂 3

若有右述之病理狀況及無淋巴轉移：追蹤檢查 或 放射線治療

修訂 4

淋巴轉移：追蹤檢查或荷爾蒙治療 \pm 放射線治療

詳見 107 年泌尿道腫瘤 - 攝護腺癌 (前列腺癌) 診療指引共識 -3

修訂 1

若有右述之病理狀況及無淋巴轉移：追蹤檢查 或 放射線治療

修訂 2

淋巴轉移：追蹤檢查或荷爾蒙治療 \pm 放射線治療

修訂 3

改為 根除性攝護腺切除合併骨盆腔淋巴結切除術

詳見 107 年泌尿道腫瘤 - 攝護腺癌 (前列腺癌) 診療指引共識 -4

修訂 1

改為 根除性攝護腺切除合併骨盆腔淋巴結切除術 \pm 輔助性放射線治療

修訂 2

新增「觀察」

修訂 3

改為 CRPC treatment : abiraterone, Enzalutamide

105 年版

泌尿道腫瘤 - 膀胱癌診療指引共識 -1

修訂 1

初步評估 腹部放射線治療

修訂 2

經尿道膀胱腫瘤切除術

修訂 3

初步評估及檢查

泌尿道腫瘤 - 膀胱癌診療指引共識 -2

修訂 1

不完成切除或初次手術治療病理標本不含肌肉層需再次手術

修訂 2

cT1 low grade 跟 high grade

再次經尿道膀胱腫瘤切除術或膀胱切除若有殘存腫瘤治療方式：

膀胱內化學藥物灌注 或 卡介苗免疫療法或根治性膀胱切除

修訂 3

原位癌 治療方法：膀胱內卡介苗或化學藥物灌注

106 年修訂版

詳見泌尿道腫瘤 - 膀胱癌診療指引共識 -1

修訂 1

改為 腹部 / 骨盆腔 電腦斷層或核磁共振

修訂 2

改為 經尿道膀胱腫瘤切除術 考慮術後 24 小時單次膀胱內化療灌注 (非免疫治療)

修訂 3

重新排版

詳見泌尿道腫瘤 - 膀胱癌診療指引共識 -2

修訂 1

不完成切除或初次手術治療 病理標本不含肌肉層需再次經尿道膀胱腫瘤切除術

修訂 2

cT1 low grade 跟 high grade

再次經尿道膀胱腫瘤切除術或膀胱切除若有殘存腫瘤治療方式：

卡介苗免疫療法或膀胱根除手術

修訂 3

原位癌 治療方法：卡介苗免疫療法

105 年版

泌尿道腫瘤 - 膀胱癌診療指引共識 -3

修訂 1

膀胱切除

修訂 2

原為 每 3 個月追蹤一次，之後再視情況拉長追蹤頻率或持續性膀胱內卡介苗藥物灌注

修訂 3

原為 持續性膀胱內卡介苗藥物灌注 (選擇性)

修訂 4

Tis 或 cTa 治療方式：

更換膀胱內化療灌注藥物或膀胱切除

修訂 5

cT1, high grade 治療方式：

膀胱切除

泌尿道腫瘤 - 膀胱癌診療指引共識 -4

修訂 1

膀胱根除手術並含鉑金類輔助性化學治療

修訂 2

患者整體健康狀況不佳 路徑修訂

修訂 3

放射線治療累積達到 40-50 Gy 或療程結束後第 3 個月

修訂 4

原為 膀胱根除手術

106 年修訂版

詳見泌尿道腫瘤 - 膀胱癌診療指引共識 -3

修訂 1

統一為 膀胱根除手術

修訂 2

改為 每 3 個月追蹤一次，之後再視情況拉長追蹤頻率或先前給過卡介苗持續性膀胱內卡介苗藥物灌注

修訂 3

改為 先前給過卡介苗，則持續性膀胱內卡介苗藥物灌注 (preferred)

修訂 4

Tis 或 cTa 治療方式：

更換膀胱內化療灌注藥物 ± 熱療 或 膀胱根除手術

修訂 5

cT1, high grade 治療方式：

膀胱根除手術 或 化療 + 熱療

詳見泌尿道腫瘤 - 膀胱癌診療指引共識 -4

修訂 1

膀胱根除手術 +/- 前導鉑金類輔助性化學治療

修訂 2

參閱泌尿道腫瘤 - 膀胱癌診療指引共識 -4 路徑

修訂 3

放射線治療累積達到 40-45 Gy 三週後或療程結束後第 2-3 個月

修訂 4

改為 膀胱根除手術 (preferred)

105 年版

泌尿道腫瘤 - 膀胱癌診療指引共識 -5

修訂 1

膀胱根除手術並強烈建議含鉑金類前導性化學藥物治療

修訂 2

膀胱免除經尿道腫瘤切除術

修訂 3

患者整體健康狀況不佳 路徑修訂

修訂 4

放射線治療累積達到 40-50 Gy 或
療程結束後第 3 個月

泌尿道腫瘤 - 膀胱癌診療指引共識 -6

修訂 1

電腦斷層 / 核磁共振 / 切片

修訂 2

遠端擴散治療方式：

化學治療

修訂 3

無淋巴轉移路徑 修訂

106 年修訂版

詳見泌尿道腫瘤 - 膀胱癌診療指引共識 -5

修訂 1

膀胱根除手術 +/- 前導鉑金類輔助性化學治療

修訂 2

膀胱保留經尿道腫瘤切除術

修訂 3

參閱泌尿道腫瘤 - 膀胱癌診療指引共識 -4 路徑

修訂 4

放射線治療累積達到 40-45 Gy 三週後 或
療程結束後第 2-3 個月

詳見泌尿道腫瘤 - 膀胱癌診療指引共識 -6

修訂 1

腹部 / 骨盆腔 電腦斷層 或 核磁共振 及 淋巴切片

修訂 2

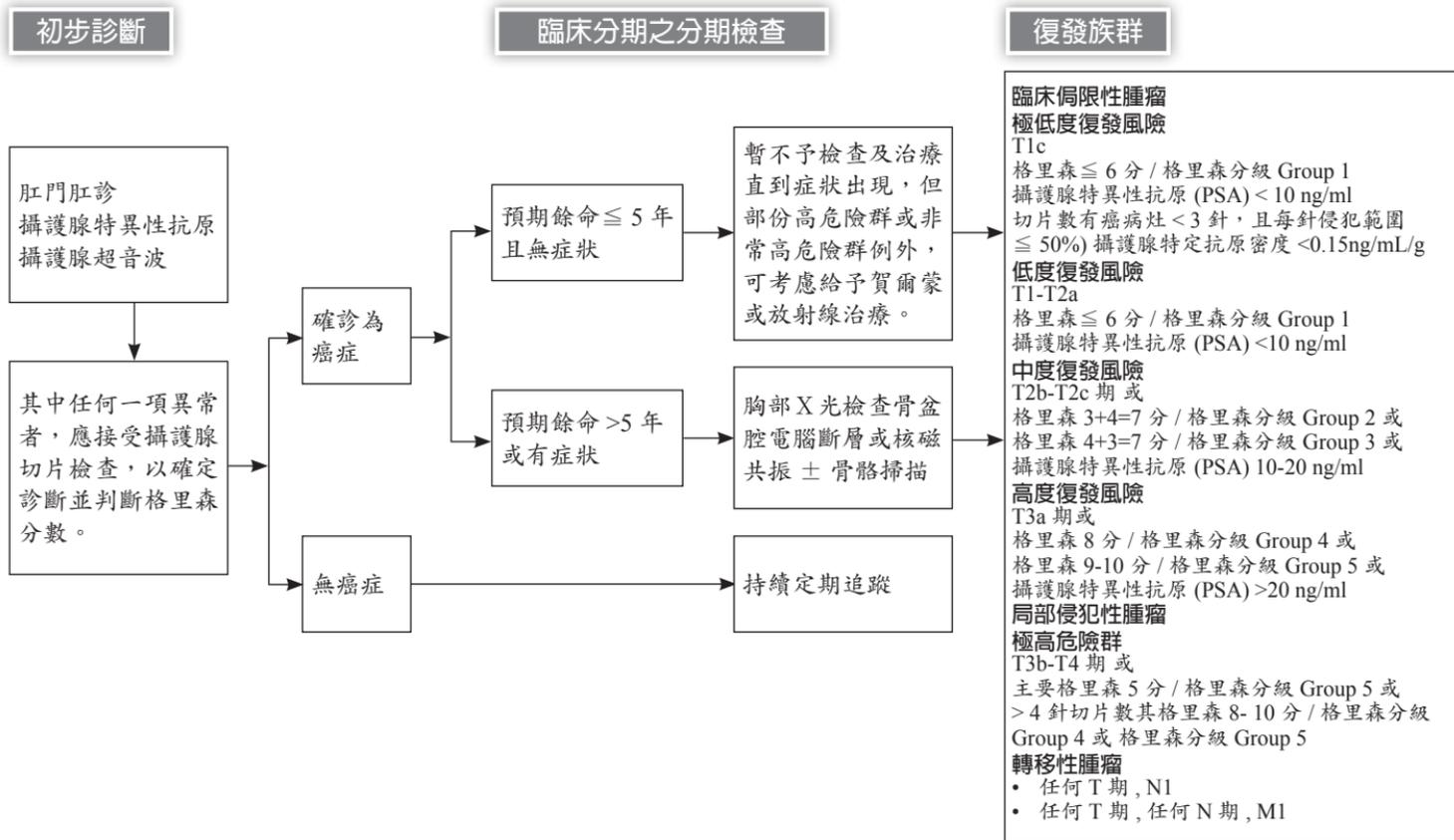
遠端擴散治療方式：

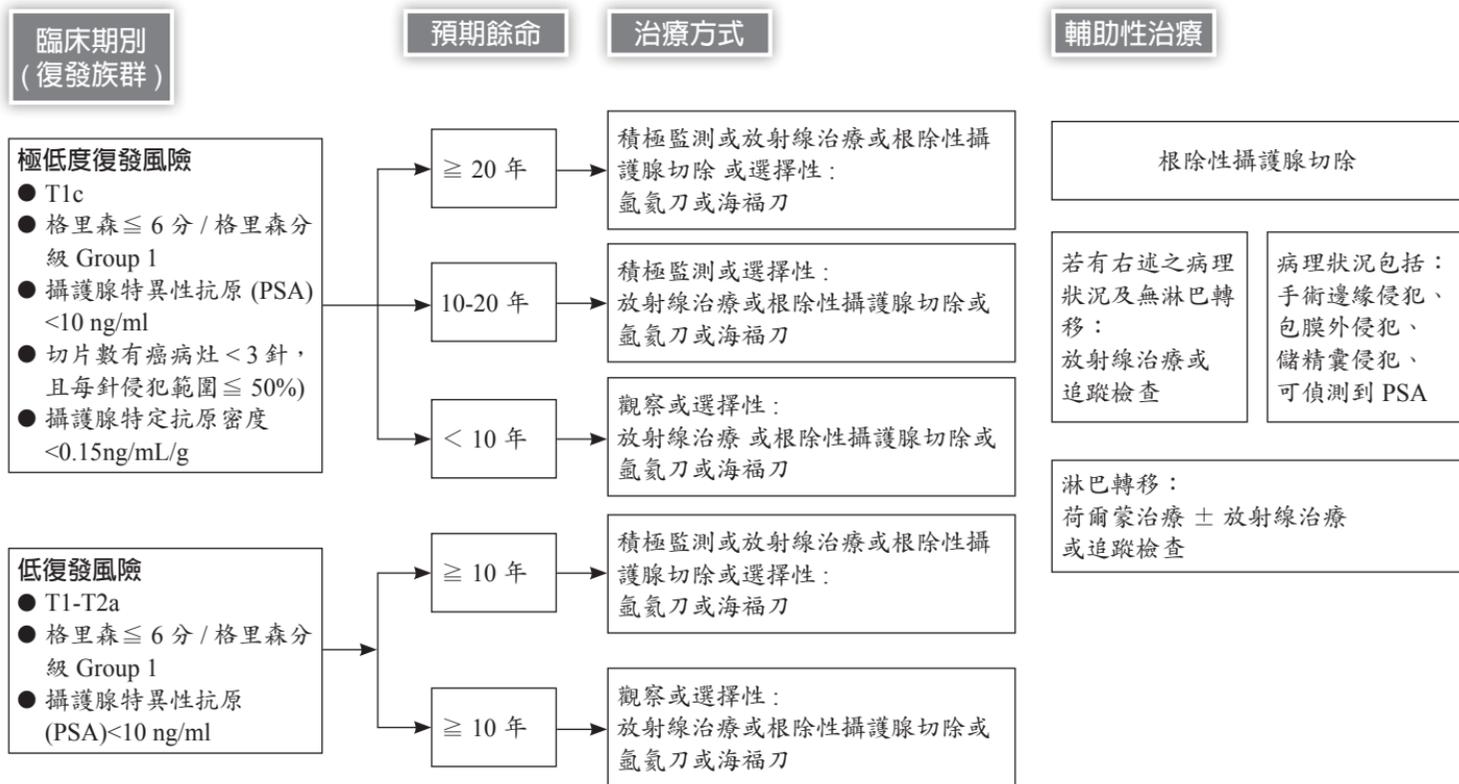
化學治療 / 免疫治療

修訂 3

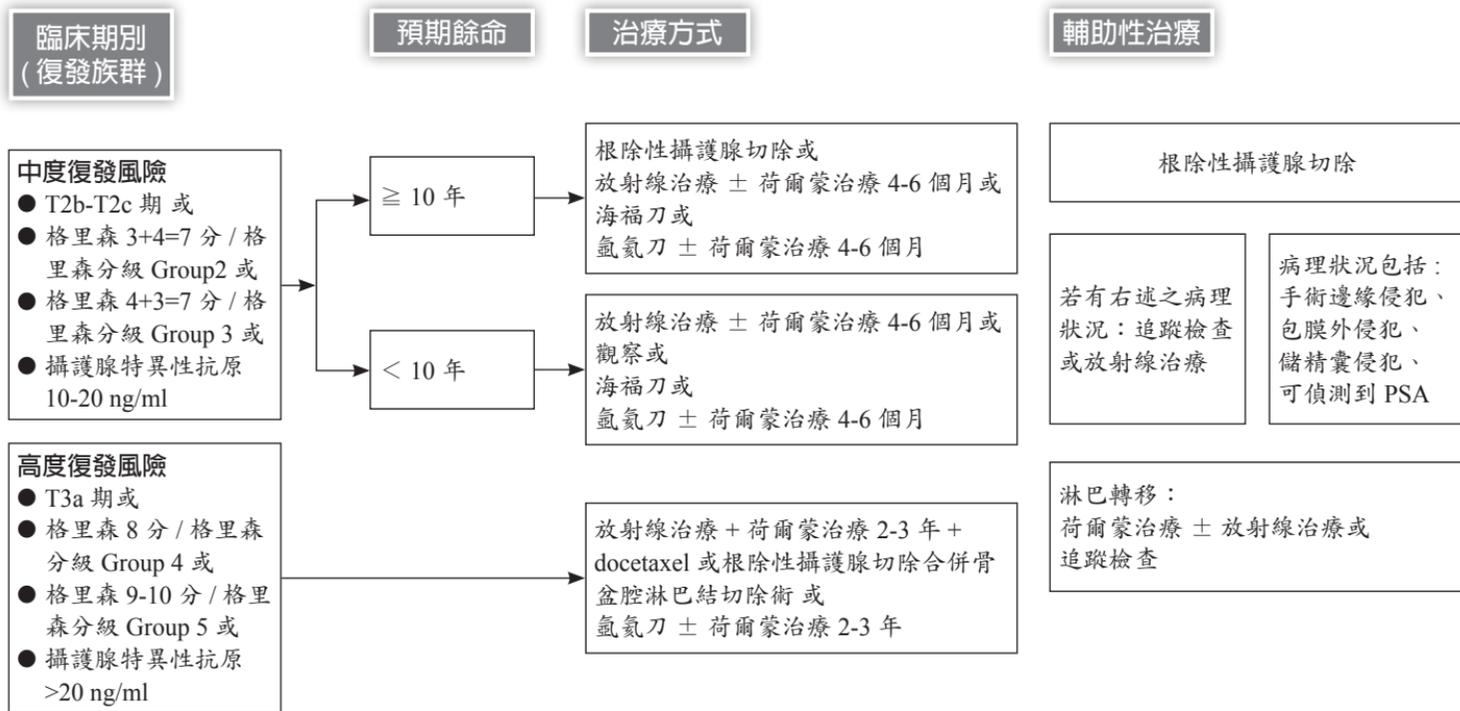
參閱泌尿道腫瘤 - 膀胱癌診療指引共識 -6 路徑

《泌尿道腫瘤 - 攝護腺癌 (前列腺癌) 診療指引共識 -1》





《泌尿道腫瘤 - 攝護腺癌 (前列腺癌) 診療指引共識 -3》



- 低復發風險 ≥ 10 年, 中度復發風險 ≥ 10 年, 預期性的淋巴轉移機率 ≥ 2% 則根除性攝護腺切除 ± 骨盆腔淋巴結切除術
- 高度復發風險及極高危險群則根除性攝護腺切除 + 骨盆腔淋巴結切除術

臨床期別 (復發族群)

治療方式

局部侵犯性腫瘤

極高危險群

- T3b-T4 期或
- 主要格里森 5 分 / 格里森分級 Group 5 或
- 大於 4 針切片數其格里森 8-10 分 / 格里森分級 Group 4 或 格里森分級 Group 5

放射線治療 + 荷爾蒙治療 2-3 年 ± docetaxel 或
根治性攝護腺切除合併骨盆腔淋巴結切除術 ± 輔助性放射線治療或
荷爾蒙治療 或 觀察 (不適合手術及放射線治療治療者) 或
氬氫刀 ± 荷爾蒙治療 2-3 年

轉移性腫瘤

任何 T 期, N1, M0

放射線治療 + 荷爾蒙治療 2-3 年
或 荷爾蒙治療
* 註 1

任何 T 期, 任何 N 期, M1

荷爾蒙治療 (± 緩和性放射線治療)
* 註 1
* 註 2

* 註 1: 轉移性腫瘤治療方式選擇性選項: 賀爾蒙治療 + 化學治療 (自費)

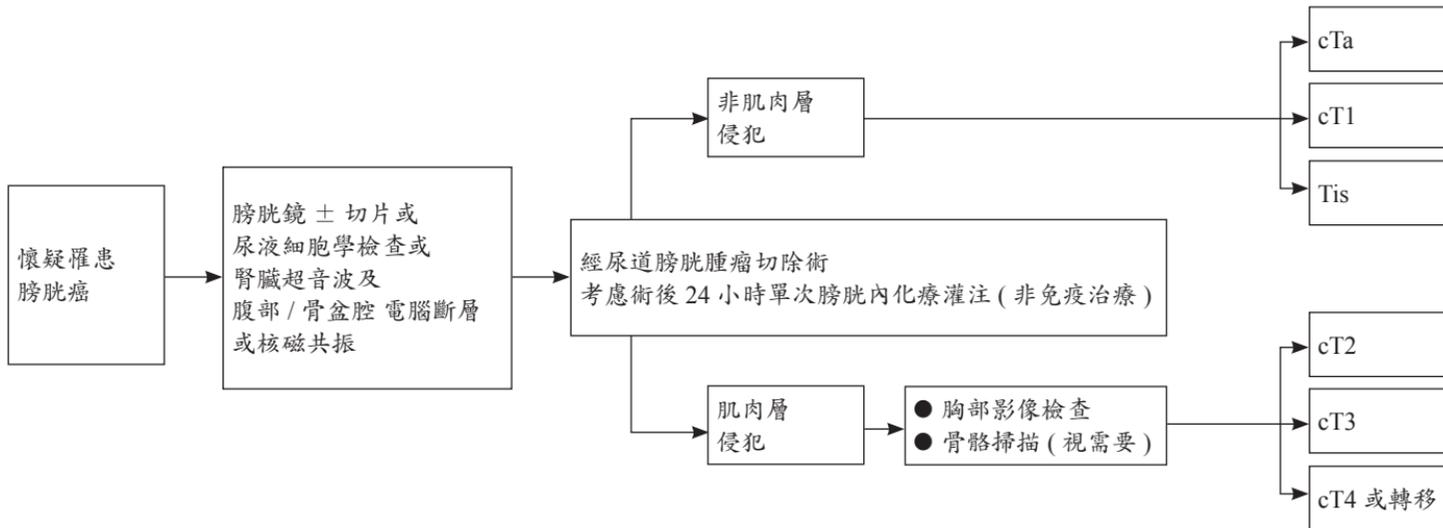
* 註 2: 骨轉移可選擇藥物為 denosumab 或 zoledronic acid or Radium-223
CRPC 藥物: abiraterone, Enzalutamide

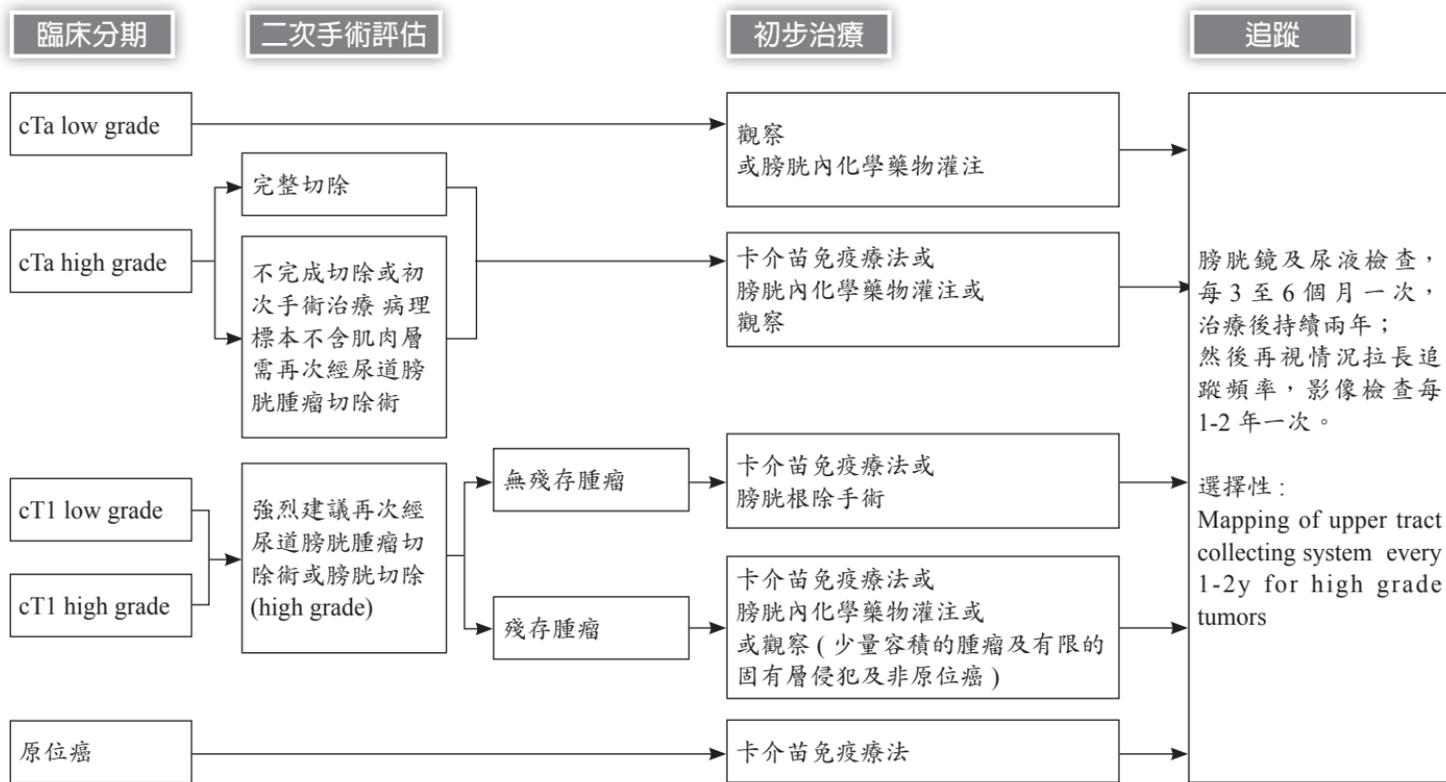
《泌尿道腫瘤 - 膀胱癌診療指引共識 -1》

臨床表現

初步評估及檢查

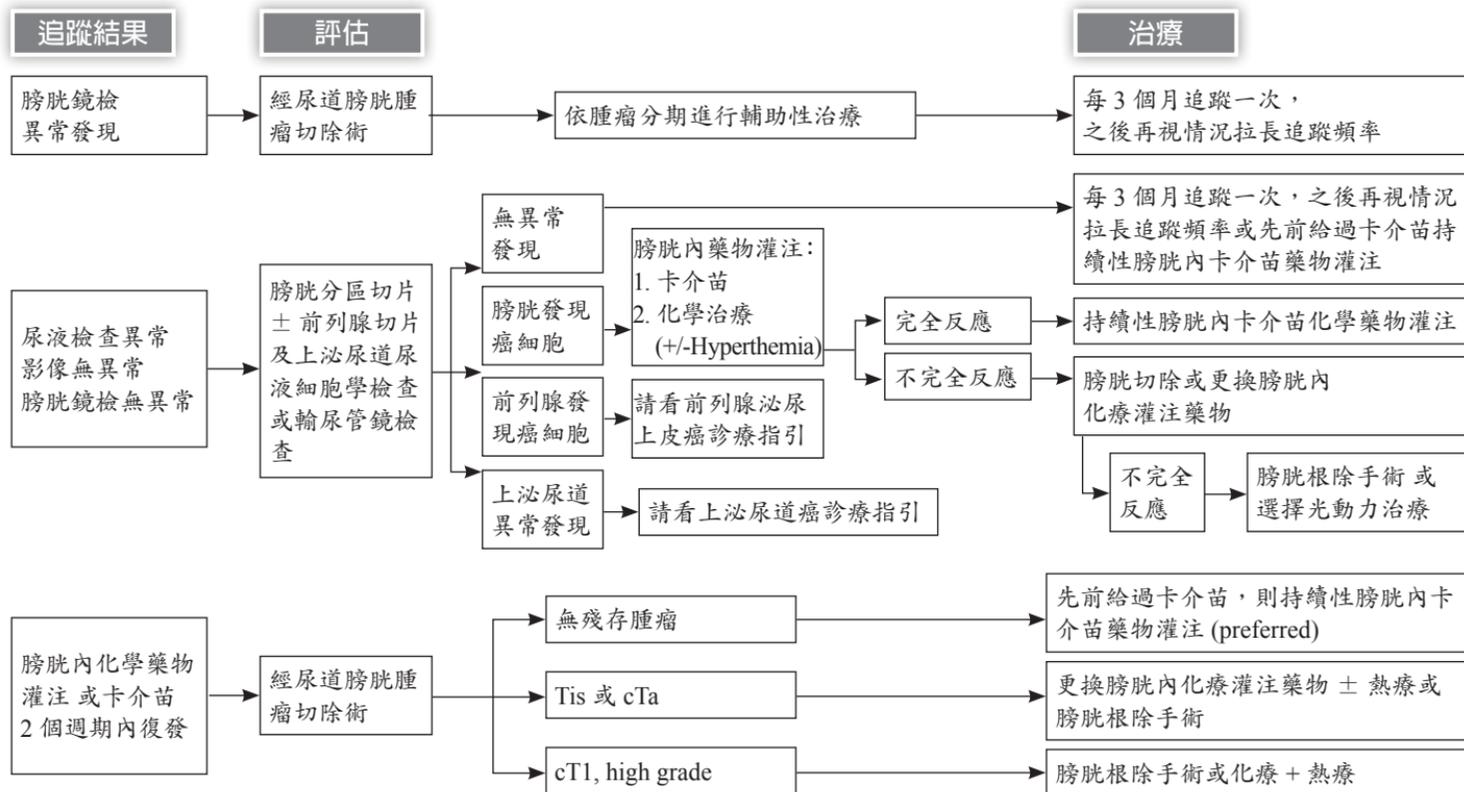
臨床分期

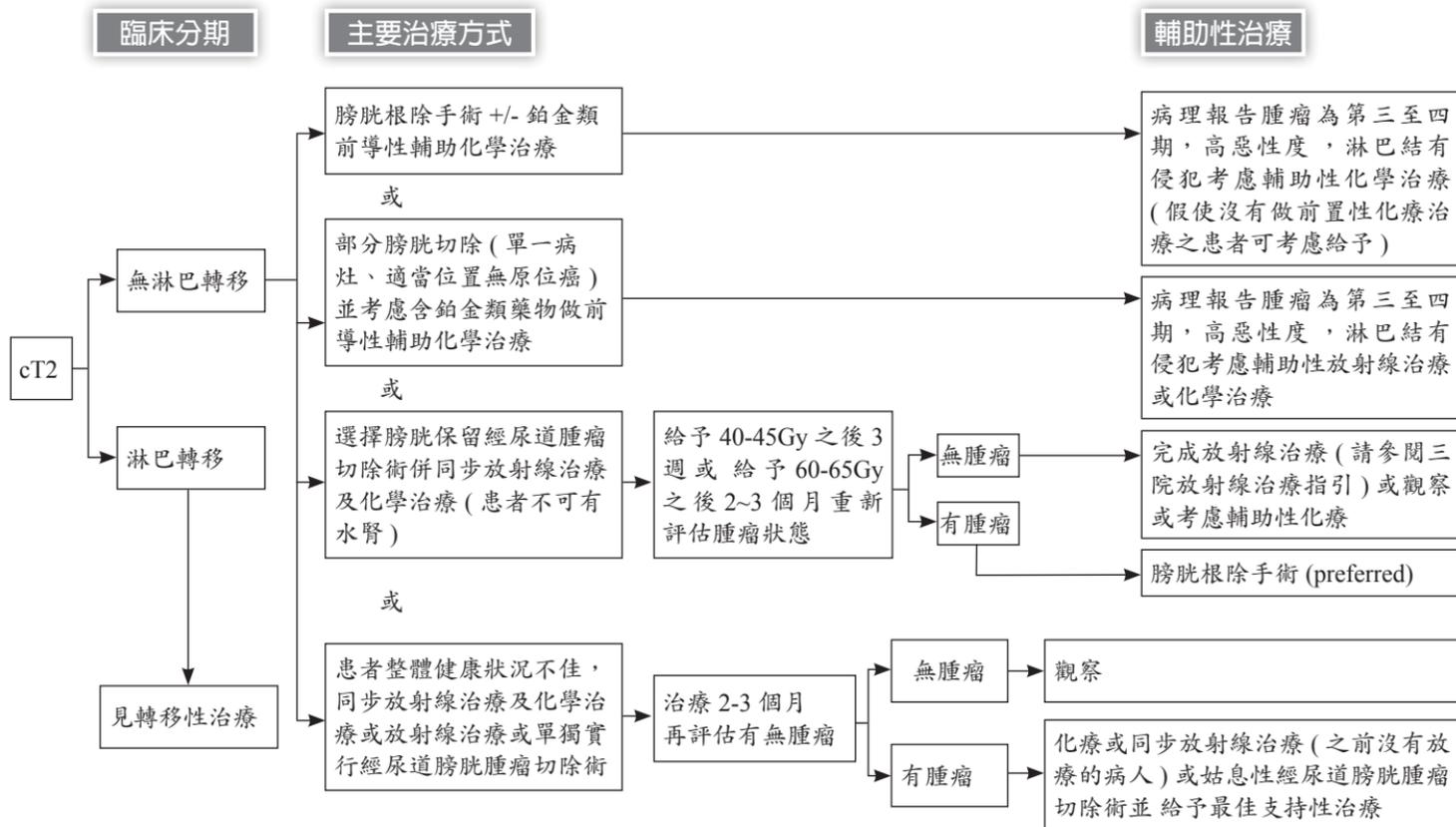




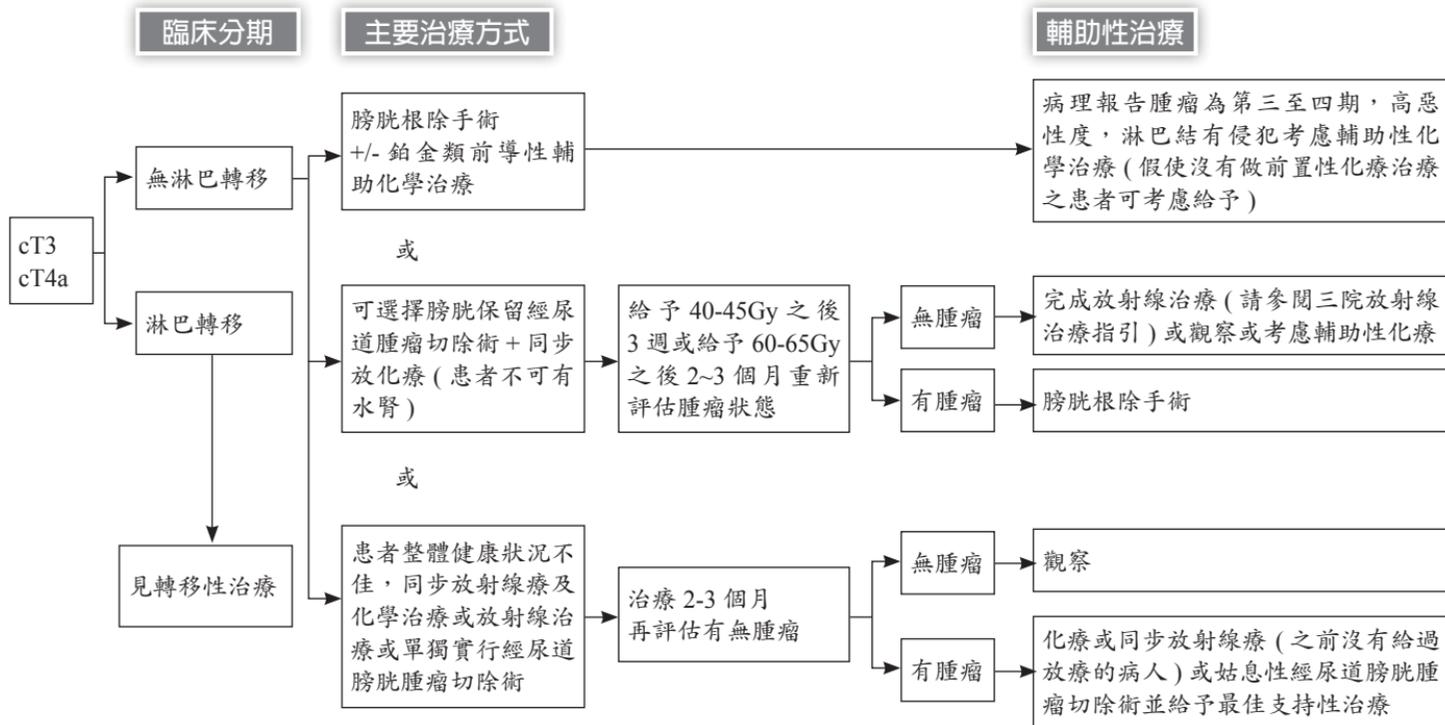
《泌尿道腫瘤 - 膀胱癌診療指引共識 -3》

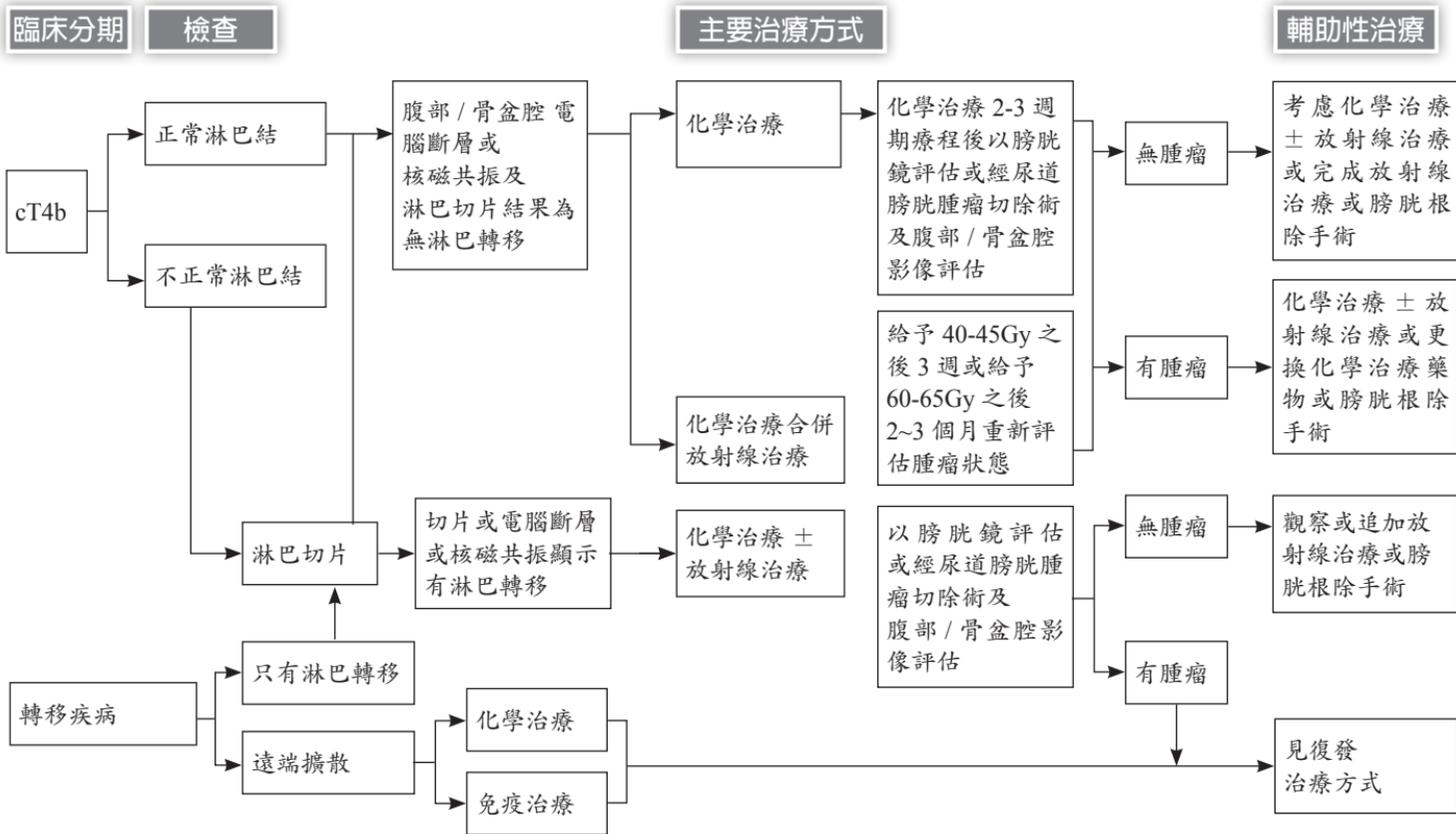
cTa, cT1, Tis 治療





《泌尿道腫瘤 - 膀胱癌診療指引共識 -5》





《參考文獻》

1. N. Mottet (Chair), J. Bellmunt, E. Briers (Patient Representative), R.C.N. van den Bergh (Guidelines Associate), M. Bolla, N.J. van Casteren (Guidelines Associate), et al. Guidelines on prostate cancer. European Association of Urology (2015)
2. STEFAN THÜROFF, M.D., CHRISTIAN CHAUSSY, M.D., GUY VALLANCIEN, M.D., WOLFGANG WIELAND, M.D., HANS J. KIEL, M.D., ALAIN LE DUC, M.D., High-Intensity Focused Ultrasound and Localized Prostate Cancer: Efficacy Results from the European Multicentric Study. JOURNAL OF ENDOUROLOGY (2003);Volume 17, Number 8

Men with High-Volume, ADT-naïve, Metastatic Disease (neoadjuvant or adjuvant)

Docetaxel without Prednisolone with ADT

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

藥品名	劑量 mg/m ²	給藥日	頻率	週期	參考文獻
Docetaxel	30-35	1	QW		3

Men with Symptomatic mCRPC

First-line Therapy

Docetaxel with/without prednisolone

藥品名	劑量 mg/m ²	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 ²	給藥日	頻率	週期	參考文獻
Docetaxel	30-35	1	QW		3
Prednisolone	5 mg PO BID				

Alternative chemotherapy

Mitoxantrone + Prednisolone

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

Cabazitaxel + Prednisolone

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

參考文獻

1. [Http://centerformenshealth.com/center-4-mens-health/new-treatment-now-available-that-extends-life-in-men-with-highly-advanced-prostate-cancer](http://centerformenshealth.com/center-4-mens-health/new-treatment-now-available-that-extends-life-in-men-with-highly-advanced-prostate-cancer) The study results of ECOG 3805 demonstrating OS benefit with early docetaxel chemotherapy may change standard of care in patients with extensive disease metastatic prostate cancer.
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. Takahiro Kojima, Toru Shimazui, Mizuki Onozawa, Sadamu Tsukamoto, Shiro Hinotsu, et al. Weekly Administration of Docetaxel in Patients with Hormonerefractory Prostate Cancer: a Pilot Study on Japanese Patients.
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/m²) and the Currently Approved Dose (25 mg/m²) in Postdocetaxel Patients With Metastatic Castration-Resistant Prostate Cancer-PROSELICA. *J Clin Oncol.* 2017;35(28):3198-3206.

Perioperative Chemotherapy of Bladder Cancer (neoadjuvant or adjuvant)

Gemcitabine + Cisplatin

藥品名	劑量 mg/m ²	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 ²	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 ²	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 ²	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	

CMV

藥品名	劑量 mg/m ²	給藥日	頻率	週期	參考文獻
Methotrexate	30	1, 8	Q3W	12	3
Vinblastine	4	1, 8	Q3W	12	
Cisplatin	100	2	Q3W	12	
Folinic acid	15 mg Q6H	2, 9	Q3W	12	

Adjuvant Intravesical Treatment

藥品名	劑量 mg/m ²	給藥日	頻率	週期	參考文獻
BCG	81 mg	1	QW	6	4

藥品名	劑量 mg/m ²	給藥日	頻率	週期	參考文獻
Mitomycin	20-40 mg	1	QW	6	5-7

藥品名	劑量 mg/m ²	給藥日	頻率	週期	參考文獻
Doxorubicin	40 mg	1	QW	6	8

Intravesical MDP regimen

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

First-line Therapy

Gemcitabine + Cisplatin

藥品名	劑量 mg/m ²	給藥日	頻率	週期	參考文獻
Gemcitabine	800-1000	1, 8	Q3W	4	2, 9
Cisplatin	50-70	2	Q3W		

Gemcitabine + Cisplatin

藥品名	劑量 mg/m ²	給藥日	頻率	週期	參考文獻
Gemcitabine	800-1000	1, 8	Q3W	4	2, 9
Carboplatin	4-5 AUC	1	Q3W		

DDMVAC

藥品名	劑量 mg/m ²	給藥日	頻率	週期	參考文獻
Methotrexate	30	1 or 2	Q2W	3-4	10, 11
Vinblastine	3	1 or 2	Q2W	3-4	
Doxorubicin	20-30	1 or 2	Q2W	3-4	
Cisplatin	50-70	1	Q2W	3-4	

藥品名	劑量 mg/m ²	給藥日	頻率	週期	參考文獻
Methotrexate	30	1 or 2	Q2W	3-4	10, 11
Vinblastine	3	1 or 2	Q2W	3-4	
Doxorubicin	20-30	1 or 2	Q2W	3-4	
Carboplatin*	4-5 AUC	1	Q2W	3-4	

*For Ccr<60 mL/hr only

PD-1 inhibitor (cisplatin ineligible)

藥品名	劑量 mg/m ²	給藥日	頻率	週期	參考文獻
Atezolizumab	1200 mg	1	Q3W		12

藥品名	劑量 mg/m ²	給藥日	頻率	週期	參考文獻
Pembrolizumab	200 mg	1	Q3W		13

Radiosensitizing Chemotherapy Regimens for Bladder-Preserving Chemoradiation Following a Maximal TURBT First-line Therapy

Cisplatin + 5-FU

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

5-FU + Motomyicin C

藥品名	劑量 mg/m ²	給藥日	頻率	週期	參考文獻
Motomyicin C	12	1			14
5-FU	500	1-5, 16-20			

Cisplatin + Paclitaxel

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

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. Griffiths G, Hall R, Sylvester R, et al. International phase III trial assessing neoadjuvant cisplatin, methotrexate, and vinblastine chemotherapy for muscle-invasive bladder cancer: long-term results of the BA06 30894 trial. *J Clin Oncol* 2011;29:2171-2177.
4. 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
5. 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

6. 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.
7. 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
8. 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.
9. 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.
10. 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.
11. 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.
12. 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.
13. 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.
14. 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
15. 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.

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 / 27~33 次
3. 儲精囊總劑量 50~56Gy / 25~30 次
4. 骨盆腔總劑量 45~54Gy / 25~30 次
5. 分次劑量 1.8~2.0Gy
6. 立體定位高劑量分次治療：攝護腺總劑量 36.25~37.50Gy / 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. RTOG, Protocol 0126, A Phase III Randomized Study of High Dose 3DCRT/IMRT versus Standard Dose 3DCRT/IMRT in Patients Treated for Localized Prostate Cancer (2002 Activation)
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 2.2017.

《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
2. 淋巴結轉移病灶總劑量 54.0~60.0Gy / 27~30 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 1.2018.
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 Transurethral Surgical Re-Staging. website: www.rtog.org

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