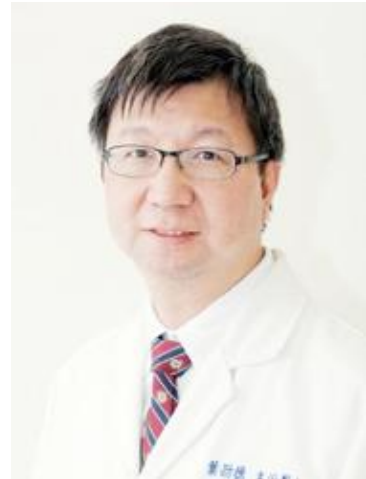


臺北癌症中心腎臟泌尿道癌團隊召集人葉劭德醫師談男性賀爾蒙與攝護腺癌

攝護腺是男性的生殖腺，分泌攝護腺液，構成精液的一部分，內含攝護腺特異抗原，是激肽釋放酶家族的一員，成分是醣蛋白，功能是液化精液的凝塊。人體內只有攝護腺上皮細胞與精液內有攝護腺特異抗原，正常生理條件下，攝護腺特異抗原有少量會由攝護腺進入血液，所以可以用放射免疫分析法或酵素免疫分析法測得血液中的攝護腺特異抗原。

攝護腺特異抗原基因位於第 19 對染色體上，攝護腺特異抗原的基因在攝護腺的表現主要受男性賀爾蒙接受體蛋白（轉錄因子）所調控。男性賀爾蒙不只影響攝護腺生成攝護腺特異抗原，更能誘導胚胎時攝護腺的發生與青春期後攝護腺的構造與功能；當攝護腺的上皮細胞癌化成為攝護腺癌，無論攝護腺癌是否轉移及分化的好壞，大多數的攝護腺癌細胞都具有男性賀爾蒙之接受體蛋白，因此男性賀爾蒙仍舊調節攝護腺癌細胞之增生、凋亡、與血管新生作用。【右圖：臺北癌症中心腎臟泌尿道癌團隊召集人暨附設醫院泌尿科主治醫師】



以外科去勢或藥物抑制男性賀爾蒙的作用，可以有效治療晚期的攝護腺癌，臨床上第一線的藥物為注射性腺刺激素分泌素之刺激劑或抑制劑，此藥物可有效抑制睪丸之萊氏細胞分泌男性賀爾蒙之睪固酮，血液內之睪固酮會降低到正常男性之十分之一至二十分之一以下，癌細胞增生受抑制，癌細胞大量死亡，攝護腺特異抗原之合成受抑制，血管新生受到抑制，少量癌細胞進入蟄伏狀態。對於已有大量轉移、分化度差（格里森分數大於等於 8 分），或已有內臟（如肝、肺臟）轉移之高風險族群，第一線之去勢療法常很快有抗性，所以第一線治療除去勢療法再併用剋癌易（鈦能）注射性化學治療或併用新一代男性賀爾蒙抑制劑如阿比特龍（澤珂錠）或安列康療效更好。

當病人進展至轉移性去勢抗性攝護腺癌，病人仍需要持續注射性腺刺激素分泌素之刺激劑或抑制劑，並開始加上第二線治療藥物，包含：澤珂錠、安可坦，及化學治療藥物剋癌易，及同位素藥物鐳治骨；對於已有骨轉移之病人，應同時給予癌骨瓦或雙磷酸鹽注射液預防病理性骨折。轉移性攝護腺為避免低血鈣，應每日補充鈣質與維生素 D3。針對非轉移性去勢抗性攝護腺癌，過去沒有有效的藥物，目前針對攝護腺特異抗原倍增時間小於 10 個月的病人，除繼續注射化學去勢藥物外併用安列康、澤珂錠，或諾博戈等新一代男性賀爾蒙抑制劑，可延長無轉移存活期及整體存活期。

目前攝護腺癌的治療日新月異，在新一代男性賀爾蒙抑制劑有抗藥性時，還可以選擇第二線的化學治療藥物去癌達。當腫瘤具有錯誤配對修復基因缺失或高度微衛星不穩

性時，則可使用免疫藥物吉舒達。2021 年 7 月衛生福利部新通過攝護腺癌的第一個標靶藥物，用於具有 **BRCA 1/2** 致病性或疑似致病性突變，先前曾接受新一代男性賀爾蒙抑制劑後惡化之轉移性去勢抗性攝護腺癌，此藥物使用前須進行遺傳性或體細胞基因檢測。

臺北醫學大學附設醫院自 2019 年建立遺傳性攝護腺癌基因檢測及體細胞基因檢測，已確診兩位遺傳性 **BRCA2** 致病性突變、兩位遺傳性 **ATM** 基因致病性突變，及一個帶有 **RAD51D** 致病性突變基因之家族。這些致病性基因疾人的家屬，則在北醫附醫新設立的遺傳基因諮詢門診，由遺傳諮詢師進行專業的遺傳諮詢並安排相關基因檢測，提供完整之全人醫療服務。

（文/臺北癌症中心）