

Urinary Bladder Urothelial Cancer Management Guideline

膀胱癌治療指引

臨床分期	主要療法	輔助療法	追蹤
cTa, Low grade	觀察（不適合手術者） 或 內視鏡膀胱腫瘤刮除，若無肌肉層檢體或是無完全刮除，則考慮二次內視鏡刮除 或 膀胱全切除手術（腫瘤無法內視鏡切除完全或緊急出血情況）	觀察	<ul style="list-style-type: none"> ●術後第三個月執行膀胱鏡追蹤，視情況增加追蹤時間。 ●膀胱鏡追蹤或尿液細胞學追蹤，追蹤時間為術後兩年每三到六個月，然後延長追蹤時間為六個月或一年。
cTa, high grade		或 內視鏡膀胱腫瘤刮除 術後膀胱灌藥 -Ta, low grade→術後24小時內膀胱內化學藥物灌注 -Ta, high grade→膀胱內卡介苗或是化學藥物灌注	
Any Tis		追蹤 或 術後執行卡介苗灌注	

臨床分期	主要療法	輔助療法	保留膀胱後追蹤
cT1, Low grade	觀察（不適合手術者）	內視鏡膀胱腫瘤刮除術後膀胱內卡介苗或是化學藥物灌注	<ul style="list-style-type: none"> •術後第三個月執行膀胱鏡追蹤，視情況增加追蹤時間。 •膀胱鏡追蹤或尿液細胞學追蹤，追蹤時間為術後兩年每三到六個月，然後延長追蹤時間為六個月或一年。
cT1 high grade	或 內視鏡膀胱腫瘤刮除，建議二次內視鏡刮除確認有無殘存腫瘤 或 膀胱全切除手術（腫瘤無法內視鏡切除完全或緊急出血情況）		

臨床分期	疾病狀態	評估	治療	保留膀胱後 追蹤
治療後復發或仍持續的 cTa, cT1, cTis	膀胱鏡可見腫瘤或疑似治療後病灶 細胞學檢查陽性 影像檢查陰性 膀胱鏡陰性	TURBT 1.分布性膀胱(甚至可包含側護腺)切片 2.考慮上泌尿道的細胞學檢查, 或是輸尿管鏡	1.無殘餘腫瘤 →若之前為 BCG 膀胱灌注, 可考慮維持性 BCG 膀胱灌注 2.Tis or Ta or T1, low grade →反覆執行 TURBT →免疫療法* 3.T1, high grade- →反覆執行 TURBT 同時合併密集追蹤電腦斷層以免發生肌肉侵犯型膀胱癌 →免疫療法* →膀胱全切除	•術後第三個月執行膀胱鏡追蹤, 視情況增加追蹤時間。 •膀胱鏡追蹤或尿液細胞學追蹤, 追蹤時間為術後兩年每三到六個月, 然後延長追蹤時間為六個月或一年。

*Keynote 057 trial: Pembrolizumab 200mg q3W for recurrent NMIBC

臨床分期	主要療法	輔助療法	追蹤
cT2/3N-	<p>根除性膀胱切除 and/or</p> <p>前導性全身性化學治療/ 放射治療/免疫治療</p> <p>或</p> <p>部分膀胱切除 (主要針對 單一病灶且無合併 Tis)</p> <p>+/-前導性全身性化學治 療/放射治療/免疫治療</p> <p>或</p> <p>盡可能內視鏡腫瘤刮除</p> <p>合併化學治療/放射治療/ 免疫治療</p> <p>或</p> <p>內視鏡膀胱刮除/放射治 療/化學治療/免疫治療</p> <p>(病人虛弱或是手術風 險高)</p>	<p>•可以針對高風 險患者 (病理報 告為 T3/4, 陽性 淋巴結,手術邊界 陽性等等) 於討 論後給予輔助性 化學治療或免疫 治療或放射治療</p>	<p>•膀胱未切除 者, 每三個月追 蹤膀胱鏡持續兩 年, 之後可視病 患情況延長為六 個月或一年。</p> <p>•電腦斷層追蹤 五年。</p>

cT2/3N+(同
cT4N+)

化學/放射/免疫治療的使用，依照臨床情形醫師必須考慮病患身體狀況，藥物毒性，藥物反應率及病人意願的共同決策。

→前導性化學治療(N Engl J Med. 2003 Aug 28;349(9):859-66.及 J Clin Oncol 2001;19:2638-2646. Eur Urol 2005;48:202-205.)

→前導性放射治療(不建議單用，膀胱癌病患接受 Chemoradiation 以增加膀胱保留率，但化學治療不建議使用 carboplatin 作為 radiation sensitizer, J Clin Oncol 2002; 20:3061.)

→前導性免疫治療的使用(Pure01 trial: J Clin Oncol. 2018 Oct 20;JCO1801148. 及 Atezolizumab ABACUS trial: Nat Med. 2019 Nov;25(11):1706-1714.)

→術後化學治療(J Clin Oncol. 2016 Mar 10;34(8):825-32.)

→術後放射治療(各機構的回溯型文獻，應合併使用radiation sensitizer)

臨床分期	進一步處理	主要療法	追蹤
cT4N-		化學治療/放射治療/免疫治療 或 根治性膀胱切除	治療後每三個月以電腦斷層或磁振造影評估一次疾病狀態
cT4N+	淋巴切片 → 切片陰性 → 切片陽性	化學治療/放射治療/免疫治療	
Metastasis Local recurrence after cystectomy	僅淋巴轉移(同 cT4N+) 多處轉移	或 姑息性膀胱切除	

化學/放射/免疫治療的使用，依照臨床情形醫師必須考慮病患身體狀況，藥物毒性，藥物反應率及病人意願的共同決策。

*手術周邊化學治療建議使用 ddMVAC X 3-4 cycles(J Clin Oncol

2001;19:2638-2646.)或是 GC X 4 cycles (J Clin Oncol 2000;18:3068-3077.)

**放射治療於尿路上皮癌的實證醫學證據相對不足，對於可以接受化學治療或是免疫治療的病患，不建議單用放射治療，但是腎功能不佳或是無法負擔最新自費醫療者可酌情使用。

***對於腎功能不全患者可以考慮第一線的免疫治療參考 Keynote 052 trial(N Engl J Med 2018;376:1015-1026.) / IMvigor 210 trial(Lancet 2018; 387:1909-1920.)

**免疫治療可以考慮於化學治療二線使用參考 Keynote 045 trial(N Engl J

Med. 2017 Mar 16;376(11):1015-1026.) / IMvigor 211 trial 因試驗設計未達主要試

驗指標但是對於 ITT(不分 PD-L1 表現量)的族群有臨床效益