

Guideline of Prostate Cancer

Thai Urological Association

การกำหนดระยะความรุนแรงของโรค (Staging)

T – มะเร็งจุดกำเนิด (Primary tumor)

TX ไม่สามารถประเมินหามะเร็ง (Primary tumor cannot be assessed)

T0 ไม่มีหลักฐานของมะเร็ง (No evidence of primary tumor)

T1 มะเร็งยังไม่สามารถถูกคลำพบได้ทางทวารหนักหรือเห็นได้จากภาพทางรังสีวิทยา

T1a พบมะเร็งทางพยาธิวิทยาโดยบังเอิญหลังการผ่าตัดที่เกี่ยวข้องกับต่อมลูกหมาก และพบว่ามีมะเร็งน้อยกว่าร้อยละ 5 ของชิ้นเนื้อ ทั้งหมด

T1b พบมะเร็งทางพยาธิวิทยาโดยบังเอิญหลังการผ่าตัดที่เกี่ยวข้องกับต่อมลูกหมาก และพบว่ามีมะเร็งมากกว่าร้อยละ 5 ของชิ้นเนื้อ ทั้งหมด

T1c พบมะเร็งจากการตัดชิ้นเนื้อ หลังตรวจพบว่ามีระดับ PSA สูงในเลือด

การกำหนดระยะความรุนแรงของโรค (Staging)

T – มะเร็งจุดกำเนิด (Primary tumor)

T2 มะเร็งยังอยู่เฉพาะภายในต่อมลูกหมาก

T2a คล้ำได้ก้อนมะเร็งน้อยกว่าหรือเท่ากับครึ่งหนึ่ง ของหนึ่งข้างของต่อมลูกหมากเท่านั้น

T2b คล้ำได้ก้อนมะเร็งมากกว่าหรือเท่ากับครึ่งหนึ่ง ของหนึ่งข้างของต่อมลูกหมากเท่านั้น

T2c คล้ำได้ก้อนมะเร็งสองข้างของต่อมลูกหมาก

T3 มะเร็งลุกลามออกนอกเยื่อหุ้มของต่อมลูกหมาก

T3a มะเร็งลุกลามออกนอกเยื่อหุ้มของต่อมลูกหมาก

T3b มะเร็งต่อมลูกหมากลุกลามถึง seminal vesicle

T4 มะเร็งไม่สามารถขยับได้หรือพบรุกรานไปอวัยวะข้างเคียง เช่น กล้ามเนื้อหูรูด กล้ามเนื้อในอุ้งเชิงกราน และทวารหนัก

การกำหนดระยะความรุนแรงของโรค (Staging)

N-ต่อมน้ำเหลือง

NX ไม่สามารถประเมินหา ต่อมน้ำเหลือง

N0 ไม่มีการกระจายของมะเร็งมาที่ต่อมน้ำเหลือง

NI มีการกระจายของมะเร็งมาที่ต่อมน้ำเหลือง

M – มะเร็งแพร่กระจาย

MX ไม่สามารถประเมิน การแพร่กระจาย

M0 ไม่มีการแพร่กระจาย

MI มีการแพร่กระจาย ไปต่อมน้ำเหลืองระยะไกล กระดูก และอวัยวะอื่น

MIa แพร่กระจาย ไปต่อมน้ำเหลืองระยะไกล

MIb แพร่กระจาย ไปกระดูก

MIc แพร่กระจาย ไปอวัยวะอื่น หรือกระจายไปมากกว่า 1 ตำแหน่ง

การพยากรณ์โรคตามกลุ่ม

Group I	T1a-c	N0	M0	PSA < 10	Gleason ≤ 6
	T2a	N0	M0	PSA < 10	Gleason ≤ 6
Group IIA	T1a-c	N0	M0	PSA < 20	Gleason 7
	T1a-c	N0	M0	PSA ≥ 10 < 20	Gleason ≤ 6
	T2a, b	N0	M0	PSA < 20	Gleason ≤ 7
Group IIb	T2c	N0	M0	Any PSA	Any Gleason
	T1-2	N0	M0	PSA > 20	Any Gleason
	T1-2	N0	M0	Any PSA	Gleason ≥ 8
Group III	T3a, b	N0	M0	Any PSA	Any Gleason
Group IV	T4	N0	M0	Any PSA	Any Gleason
	Any T	N1	M0	Any PSA	Any Gleason
	Any T	Any N	M1	Any PSA	Any Gleason

การตรวจคัดกรองผู้ป่วย

ควรคัดกรอง

เริ่มต้นคัดกรอง เมื่ออายุ 40 ปีขึ้นไป

ไม่คัดกรอง ในชายอายุมากกว่า 75 ปี

ควรคัดกรอง ในชายอายุ 55 - 69 ปี

ต้องตรวจทางทวารหนักทุกปี

ต้องตรวจ PSA

ถ้า PSA น้อยกว่า 1 ng/ml ให้คัดกรองทุก 8 ปี

การตรวจวินิจฉัย ในรายที่สงสัยมะเร็งลูกหมาก

ต้องตรวจทางทวารหนัก (DRE)

ต้องตรวจ Total PSA

ต้องตรวจ Free/Total PSA

ต้องตรวจ PSA velocity

การตรวจวินิจฉัย ในรายที่สงสัยมะเร็งลูกหมาก

อัลตราซาวด์ผ่านทางทวารหนัก และ ตัดชิ้นเนื้อเมื่อ ควรทำเมื่อผลการตรวจที่ได้ เปลี่ยนแปลงวิธีการรักษาของผู้ป่วย

แนะนำให้ทำ อัลตราซาวด์ผ่านทางทวารหนัก และ ตัดชิ้นเนื้อ
เมื่อ การตรวจทางทวารหนัก (DRE) สงสัยมะเร็งลูกหมาก หรือ Total PSA \geq 4ng/ml (12.72 nmol/L)

การใช้ยาปฏิชีวนะ ก่อนการตัดชิ้นเนื้อ

การใช้ยาชาฉีดเฉพาะที่ ในขณะที่ทำการตัดชิ้นเนื้อทางทวารหนัก

ต้องตัดไม่น้อยกว่า 8 เซ็ม และมากกว่าชิ้นกับขนาดของต่อมลูกหมาก

ต้องตัดชิ้นเนื้อซ้ำเมื่อ

1. PSA ยังคงสูงต่อเนื่องหรือสูงขึ้น
2. DRE ยังสงสัยมะเร็งต่อมลูกหมาก
3. ผลทางพยาธิวิทยาเป็น atypical small acinar proliferation (ASAP)
4. ผลทางพยาธิวิทยาเป็น extensive (multiple biopsy sites) prostatic intraepithelial neoplasia (PIN)

การตรวจวินิจฉัย

เมื่อผลทางพยาธิวิทยายืนยันว่าเป็นมะเร็งลูกหมากควรได้รับการตรวจเพิ่มเติมเพื่อบอกระยะของโรค

ควรตรวจเพิ่มเติม โดย CT/MRI เพื่อ ดูการกระจายที่ต่อมน้ำเหลือง
ยกเว้นเมื่อมะเร็งน้อยกว่า T2, PSA < 20 ng/mL และ Gleason score < 6 (โอกาสจะกระจาย น้อยกว่า 10%)

ควรตรวจเพิ่มเติม โดย Bone scan
ยกเว้น ระดับ PSA < 20 ng/mL

การรักษา

ระยะ การรักษา

เฝ้าระวัง โดยติดตามแบบหยาบๆ โดยการ ตรวจทางทวารหนัก หรือ PSA เป็นระยะๆ (Watchful waiting)
เมื่อมี Gleason score ≤ 6 และ อายุขัยยืนยาวน้อยกว่า 10ปี

เฝ้าระวัง โดยติดตามแบบใกล้ชิด โดยการ ตรวจทางทวารหนัก หรือ PSA และ ตรวจชิ้นเนื้อต่อมลูกหมาก
เป็นระยะๆ (Active surveillance)
เมื่อมี Gleason score ≤ 6 และ อายุขัยยืนยาวมากกว่า 10ปี

T1a

การผ่าตัดต่อมลูกหมาก (Radical Prostatectomy)
เมื่อมี Gleason score ≥ 7 และ อายุขัยยืนยาวมากกว่า 10ปี

การฉายแสง ไม่ว่าจะเป็นแบบ External Beam ไม่ว่าจะเป็นชนิดใดก็ตาม เช่น 3D-CRT หรือ IMRT with IGRT หรือ การฝังแร่รังสี (Brachytherapy)
เมื่อมี Gleason score ≥ 7 และ อายุขัยยืนยาวมากกว่า 10ปี

ไม่รักษาด้วยฮอร์โมน (Hormonal therapy)

การรักษา

ระยะ การรักษา

เฝ้าระวัง โดยติดตามแบบใกล้ชิด โดยการ ตรวจทางทวารหนัก หรือ PSA และ ตรวจชิ้นเนื้อต่อมลูกหมาก เป็นระยะๆ (Active surveillance)

เมื่อมีข้อใดข้อหนึ่ง

1. อายุขัยยืนยาวน้อยกว่า 10ปี
2. อายุขัยยืนยาวมากกว่า 10ปี และไม่ยอมรับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา
3. ระยะ T1c-T2a, PSA < 10 ng/mL, Gleason score \leq 6, ผลจากการตัดชิ้นเนื้อพบว่า \leq 2 เข็ม ให้ผลมีมะเร็ง ลูกหมากและ < 50% ของเนื้อเยื่อ ในแต่ละเข็มตรวจพบมีมะเร็งลูกหมาก

การผ่าตัดต่อมลูกหมาก (Radical Prostatectomy)

เมื่ออายุขัยยืนยาวมากกว่า 10ปี และยอมรับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา

T1b-T2b

การฉายแสง ไม่ว่าจะเป็นแบบ External Beam ไม่ว่าจะเป็นชนิดใดก็ตาม เช่น 3D-CRT หรือ IMRT with IGRT

เมื่อมีข้อใดข้อหนึ่ง

1. มีอายุขัยยืนยาวมากกว่า 10ปี และยอมรับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา
2. มีอายุขัย ประมาณ 5-10 ปี และ Gleason score > 7
3. ไม่เหมาะต่อการผ่าตัด (Contraindication for Surgery)

การฝังแร่รังสี (Brachytherapy)

เมื่อ T1b-T2a, Gleason score \leq 6 และ PSA < 10 ng/mL และ ขนาดต่อมลูกหมาก \leq 50 ml และ IPSS \leq 12

ไม่รักษาด้วยฮอร์โมน (Hormonal therapy)

การรักษา

ระยะ การรักษา

การผ่าตัดต่อมลูกหมาก (Radical Prostatectomy)

เมื่ออายุขัยยืนยาวมากกว่า 10ปี และยอมรับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา

การฉายแสง ไม่ว่าจะเป็นแบบ External Beam ไม่ว่าจะเป็นชนิดใดก็ตาม เช่น 3D-CRT หรือ IMRT with IGRT

เมื่อมีข้อใดข้อหนึ่ง

1. มีอายุขัยยืนยาวมากกว่า 10ปี และยอมรับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา
2. มีอายุขัย ประมาณ 5-10 ปี และ Gleason score > 7
3. ไม่เหมาะต่อการผ่าตัด (Contraindication for Surgery)

T2c

การฝังแร่รังสี (Brachytherapy)

เมื่อ T1b-T2a, Gleason score ≤ 6 และ PSA < 10 ng/mL และ ขนาดต่อมลูกหมาก ≤ 50 ml และ IPSS ≤ 12

ไม่รักษาด้วยฮอร์โมน (Hormonal therapy)

การรักษา

ระยะ การรักษา

เฝ้าระวังโดยติดตามแบบหยาบๆ โดยการ ตรวจทางทวารหนัก หรือ PSA เป็นระยะๆ (Watchful waiting)
เมื่อ T3, score ≤ 7 , อายุขัยยืนยาวน้อยกว่า 10ปี และสุขภาพไม่พร้อมสำหรับการรักษาวิธีอื่น

การผ่าตัดต่อมลูกหมาก (Radical Prostatectomy)

เมื่อมีข้อใดข้อหนึ่ง

1. T3a, PSA < 20 ng/ml Gleason score ≤ 8 , อายุขัยยืนยาวมากกว่า 10ปี และยอมรับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา

2. ผู้ป่วยที่ยินยอมรับการผ่าตัดและเข้าใจถึง โอกาสเสี่ยงที่จะมี เนื้อมะเร็งหลงเหลือ (Positive margin) หรือมีการกระจายของต่อมน้ำเหลือง ซึ่งอาจต้องได้รับการรักษาเพิ่มเติม เช่นการฉายแสงหรือการรักษาด้วยฮอร์โมน

T3-T4

การฉายแสง ไม่ว่าจะแบบ External Beam ไม่ว่าจะเป็นชนิดใดก็ตาม เช่น 3D-CRT หรือ IMRT with IGRT ร่วมกับการให้การรักษาด้วย ฮอร์โมนระยะสั้น (2-3 ปี)

เมื่อ T3 อายุขัยยืนยาวมากกว่า 5 ปี

รักษาด้วยฮอร์โมน (Hormonal therapy)

เมื่อ ผู้ป่วยมีอาการ, PSA > 25 ng/ml หรือ PSA- Doubling Time (DT) < 1 year และไม่เหมาะต่อการรักษาอื่นๆ

การรักษา

ระยะ การรักษา

เฝ้าระวัง โดยติดตามแบบหยาบๆ โดยการ ตรวจทางทวารหนัก หรือ PSA เป็นระยะๆ (Watchful waiting)
เมื่อ ผู้ป่วยไม่มีอาการและผู้ป่วยเลือกวิธีการรักษาแบบนี้ โดย PSA < 20ng/mL และ PSA DT > 12 เดือน

N+M0

การผ่าตัดต่อมลูกหมาก (Radical Prostatectomy)

เมื่ออายุขัยยืนยาวมากกว่า 10ปี ยอมรับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาและเข้าใจถึงโอกาส
เสี่ยงที่จะมี เนื้อมะเร็งหลงเหลือ (Positive margin) หรือมีการกระจายของต่อมน้ำเหลือง ซึ่งอาจต้องได้รับ
การรักษาเพิ่มเติม เช่นการฉายแสงหรือการรักษาด้วย ฮอร์โมน

การฉายแสง ไม่ว่าจะแบบ External Beam ไม่ว่าจะเป็ชนิดใดก็ตาม เช่น 3D-CRT หรือ IMRT with
IGRT ร่วมกับการให้การรักษาด้วย ฮอร์โมนระยะสั้น (2-3 ปี)

รักษาด้วยฮอร์โมน (Hormonal therapy)

เมื่อ ผู้ป่วยไม่เหมาะต่อการรักษาอื่นๆ

การรักษา

ระยะ การรักษา

รักษาด้วยฮอร์โมน (Hormonal therapy)

รักษา แบบ Continuous androgen deprivation therapy

รักษา แบบ Intermittent androgen deprivation therapy

MI รักษาด้วย Bilateral orchiectomy

รักษาด้วย LHRH agonist

รักษาด้วย LHRH antagonist

ไม่แนะนำ ให้ใช้ Anti androgen drug เพียงตัวเดียว

การติดตามหลังการรักษา

การติดตามหลังได้รับการรักษาเพื่อหวังให้หายขาด

ในผู้ป่วยที่ไม่มีอาการ ให้ทำ DRE และ PSA เดือนที่ 3, 6 และ 12 หลังการรักษา หลังจากนั้น ทุก 6 เดือน จนครบ 3 ปี หลังจากนั้น 3 ปี ให้ทำทุกปี

หลังการผ่าตัด PSA > 0.2 ng/ml บ่งบอกถึงการเหลือเนื้อมะเร็งไว้หลังผ่าตัด หรือ มะเร็งกลับมาเป็นซ้ำ

หลังการฉายแสง PSA > 2 ng/ml จากค่าต่ำสุดหลังฉายรังสี บ่งบอกถึงยังมีเนื้อมะเร็งที่ไม่ตอบสนองต่อการฉายรังสี หรือ มะเร็งกลับมาเป็นซ้ำ

อัลตราซาวด์ผ่านทางทวารหนัก และ ตัดชิ้นเนื้อจะทำเมื่อผลที่ได้รับจะเปลี่ยนแปลงการรักษาในขั้นถัดไป ซึ่ง มักไม่จำเป็น

ไม่แนะนำให้ทำ CT/MRI หรือ Bone scan เพื่อดูการดำเนินของโรค ในผู้ป่วยที่ไม่มีอาการ ยกเว้น ผู้ป่วยมีอาการปวดกระดูก ให้เลือกการทำ Bone scan

การติดตามหลังการรักษา

การติดตามหลังได้รับการรักษาด้วยฮอร์โมน (I)

การตรวจเดือนที่ 3 และ 6 หลังการรักษา
ซักประวัติอาการ และตรวจ DRE, PSA, Testosterone เพื่อประเมินผลการรักษาและผลข้างเคียง

การตรวจเดือนที่ 3 และ 6 หลังการรักษา
ซักประวัติอาการ และตรวจ DRE, PSA, ไม่ตรวจ ระดับ Testosterone

รักษา แบบ Intermittent androgen deprivation therapy ให้ติดตาม PSA, Testosterone ทุก 3 เดือน

การติดตามอาจเปลี่ยนแปลงไม่เหมือนกันในผู้ป่วยแต่ละคน โดยขึ้นกับ อาการ ปัจจัยเสี่ยง และ การรักษาที่ได้รับ

การติดตามหลังการรักษา

การติดตามหลังได้รับการรักษาด้วยฮอร์โมน (2)

ในผู้ป่วย M0 ให้ติดตามทุก 6 เดือน ด้วยการซักประวัติ การตรวจ DRE และ PSA

ในผู้ป่วย M1 ให้ติดตามทุก 3- 6 เดือน ด้วยการซักประวัติ การตรวจ DRE, PSA, Haemoglobin, Creatinine และ Alkaline phosphatase

ในผู้ป่วย M1b ต้องได้รับคำแนะนำถึง โอกาสที่จะมี การกดทับไขสันหลังจากมะเร็งที่กระจายไปที่กระดูก

เมื่อผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษา การติดตามผู้ป่วยให้เป็นไปตามความเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละคน

ไม่แนะนำให้ ทำ CT/MRI หรือ Bone scan ในผู้ป่วยที่ไม่มีการดำเนินไปของโรค

การรักษาหลังจากมีการกลับมาเป็นซ้ำของโรค

การรักษา

หลังการรักษาโดยการผ่าตัด	<p>โดยการฉายรังสีอย่างน้อย 64 Gy โดยแนะนำก่อนที่ระดับ PSA สูงกว่า 0.5 ng/ml</p> <p>ในกรณีอื่นๆ ให้ติดตามใกล้ชิด และอาจให้การรักษาด้วยฮอร์โมนในเวลาถัดไป</p>
หลังการรักษาโดยการฉายรังสี	<p>โดยการผ่าตัดต่อมลูกหมาก โดยเลือกผู้ป่วยเฉพาะรายที่ยอมรับผลข้างเคียงที่สูงขึ้นในเรื่องของการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ การไม่แข็งตัวขององคชาติ และควรทำในสถาบันที่มีความชำนาญเท่านั้น</p> <p>ในกรณีอื่นๆ ให้ติดตามใกล้ชิด และอาจให้การรักษาด้วยฮอร์โมนในเวลาถัดไป</p>

การรักษาด้วยฮอร์โมนลำดับที่ 2 เมื่อมะเร็งไม่ตอบสนอง หลังการรักษาด้วย ฮอร์โมนลำดับที่ 1 (CRPC)

การรักษา

ควรหยุด anti-androgen เมื่อได้รับการรักษาที่มี anti-androgen ร่วมด้วย

ให้ Anti-androgen เมื่อไม่ได้รับการรักษาที่มี anti-androgen ร่วมด้วย ในตอนแรก

Ketoconazole

Estrogen

Abiraterone acetate

การรักษาด้วยเคมีบำบัด เมื่อมะเร็งไม่ตอบสนองหลังการรักษาด้วย ฮอร์โมน (CRPC)

การรักษา

ผู้ป่วยที่มี PSA สูงขึ้นแต่เพียงอย่างเดียว ควรต้องวัด PSA อย่างน้อยสองครั้ง เพื่อยืนยันค่า

ก่อนการรักษา ระดับ Testosterone ควรต่ำกว่า 32 ng/ml

ก่อนการรักษา ระดับ PSA ควรสูงกว่า 2 ng/ml

ผู้ป่วยควรรับทราบ ประสิทธิภาพและผลข้างเคียงของการรักษา ก่อนการรักษา

ใน M1 (mCRPC) ควรรักษาด้วย Docetaxel ขนาด 75 mg/m² ทุก 3 สัปดาห์

ในผู้ป่วย M1b ที่มีอาการ ควรรักษาด้วย Docetaxel หรือ Mitoxantrone กับ Prednisone หรือ Hydrocortisone

การรักษาด้วยเคมีบำบัด เมื่อมะเร็งไม่ตอบสนองหลังการ รักษาด้วย Docetaxel (CRPC)

การรักษา

รักษาด้วย Cabazitaxel

รักษาด้วย Abiraterone acetate

รักษาด้วย Docetaxel ครั้งที่ 2 เมื่อไม่สามารถใช้ Cabazitaxel หรือ Abiraterone acetate

การรักษาแบบประคับประคอง เมื่อมะเร็งไม่ตอบสนองต่อการรักษาใดๆ (CRPC)

การรักษา

การรักษาด้วยการลดปวด และเพิ่มคุณภาพชีวิต

การรักษาด้วย Bisphosphonates เพื่อป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนจากการกระจายไปที่กระดูก

การรักษาด้วยการฉายรังสี บริเวณที่ปวดเนื่องจากมะเร็งกระจายไปในกระดูก

การผ่าตัดกระดูกสันหลัง หรือ ฉายรังสีบริเวณกระดูกสันหลังแบบจุกเงินเมื่อมีการกดไขสันหลังและมีอาการทางระบบประสาทเนื่องจากมะเร็งต่อมลูกหมาก