

泌尿上皮癌(Urothelial carcinoma)

嘉義聖馬爾定醫院 泌尿科 蔡博超醫師

前言

泌尿上皮(Urothelium)係指分布在泌尿系統尿液運輸及儲存器官的上皮組織，過去在組織學上又稱做移行上皮(Transitional epithelium)。泌尿上皮癌(Urothelial carcinoma, UC)就是由病變的泌尿上皮所衍生而成，因此過去又稱移行上皮細胞癌(Transitional cell carcinoma, TCC)。泌尿上皮癌一般好發於男性、膀胱、老年(60-70歲)，但近年來，上泌尿道泌尿上皮癌(腎盂癌、輸尿管癌, upper urinary tract UC, UUC)也有增加趨勢，而且女性族群也日漸增加。可能的致癌危險因子包含抽菸、服用含有馬兜鈴酸的中藥材、頻繁染髮、重金屬及砷的接觸、血液透析患者、服用抗排斥或免疫抑制劑等。

症狀與診斷

大約 85%膀胱泌尿上皮癌初診斷時表現的症狀為無痛性巨視性血尿(painless gross hematuria)，即使起初無患者發現血尿，通常尿液檢驗也會顯現顯微鏡下血尿(Microscopic hematuria, RBC > 3-5/HPF)。因此，對於血尿的情形應及早就醫，找出確切原因；至於上泌尿道泌尿上皮癌，除了血尿的表現之外，還可能有尿路阻塞造成腎水腫。診斷方面，除了病史詢問、理學檢查外，最重要的就是尿液檢驗、尿液細胞學檢查和泌尿道影像檢查(包含：超音波、靜脈顯影劑泌尿道攝影、腹部及骨盆腔電腦斷層或核磁共振)，此外，對於高度懷疑的患者，侵入性的泌尿道內視鏡檢查(包含膀胱鏡及輸尿管鏡)也是必要的，腫瘤的確診則需要進一步切片經病理顯微鏡檢，才能確定腫瘤的種類與惡性度。

治療與追蹤

泌尿上皮癌的治療目前仍以手術治療為主，對於膀胱泌尿上皮癌(Bladder UC)，治療方式主要依據腫瘤侵犯深度來區分兩類，表淺型膀胱泌尿上皮癌(Superficial bladder UC)和肌肉侵犯型膀胱泌尿上皮癌(Muscle-invasive bladder UC)；表淺型膀胱癌以經尿道膀胱內視鏡腫瘤刮除手術為主要治療，合併手術後膀胱化療藥物或卡介苗(BCG)灌注治療；肌肉侵犯型膀胱癌則以根治性膀胱切除手術，合併尿路改道重建手術為標準治療；近年來，也有利用積極的經尿道膀胱內視鏡膀胱腫瘤刮除術，合併同步全身性化療及膀胱放射治療(電療)，來治療不想要切除膀胱或不適合接受大手術的患者，也有相當好的療效。至於上泌尿道泌尿上皮癌(UUC)，治療方面以患側腎臟輸尿管合併膀胱袖口切除為標準治療，而以腹腔鏡的方式來執行腎輸尿管切除，相較於傳統開腹手術，有相同的腫瘤控制成效，並有疼痛較少、傷口較小、恢復較快的好處。當泌尿上皮癌合併有淋巴結或其他器官轉移時，全身性化療是目前為止公認的有效治療，如身體尚能承受，接受治療者有較佳的存活率。泌尿上皮癌的追蹤，以定期的膀胱鏡檢查

為主(前兩年每3個月追蹤一次，第三年每半年追蹤一次，第四、第五年為每年追蹤一次)，追蹤滿5年沒有復發情形則視同痊癒。

膀胱化療藥物或卡介苗灌注治療

化療藥物或卡介苗灌注治療能有效預防表淺型膀胱癌的再復發，藥物的選擇則依據醫師的經驗及腫瘤惡性度的表現(高惡性度或含有原位癌成分，則考慮卡介苗的灌注治療)，灌注的療程如下：於腫瘤刮除後施行每週一次，持續六週的導引期(induction)灌注，於之後膀胱鏡追蹤，如無明顯復發，則每回給予連續三週的維持期(Maintenanc)灌注。膀胱灌注的可能副作用有頻尿、血尿、解尿困難、餘尿感，而灌注BCG的患者，則可能有尿路感染、發燒，少數患者可能有結核菌全身感染之風險，但並不常發生。

結論

泌尿上皮癌，目前已經擁有明確的治療指引與共識，如疑似或確定罹患此病症，應及早尋求治療，以免病情隨著時間日益惡化，正確而樂觀的面對疾病，才是早日康復的不二法門。