

「前立腺がんの診療～最近の話題～」

岩手医科大学泌尿器科学講座 小原 航

前立腺は男性のみに存在する骨盤内臓器で、尿道の一部を形成することで排尿に関与し、精液の一部である前立腺分泌液を産生分泌する、といったはたらきを有します。前立腺に発生する疾患には前立腺肥大症と前立腺癌がありますが、肥大症は内腺から発生し排尿や蓄尿症状を呈し、癌の多くは外腺から発生し初期にはほとんど症状を呈しません。

2012年の男性がん罹患患者数の将来予測では、前立腺癌は2020年に1位になると推測されていましたが、2015年の統計予測では年間98,400人が罹患し、すでに男性癌のトップとなっています。この爆発的な増加の理由として、前立腺癌は典型的な高齢者がんであり日本社会の超高齢化、食生活の欧米化、PSA検診の普及などがあげられます。なお、前立腺癌の発症危険因子としては、年齢(50歳以上で高い)、遺伝的要因(近親者)があります。また、大豆、魚油、緑茶は発症予防に働くとされています。また、前立腺癌の進行は比較的緩徐とされ、治療を必要とする癌に成長するまでに30年程度かかるといわれています。それゆえ、前立腺癌全体の5年生存率は92%、遠隔転移を有する場合でも43%と他の癌に比較して高いです。

前立腺癌のスクリーニングにはPSA(Prostate Specific Antigen)検査が有用とされます。PSAは前立腺から分泌される蛋白であり血清中で検出されます。一般的に、人間ドッグや検診でPSA値の異常を指摘され、泌尿器科専門施設を受診されるケースが多いです。泌尿器科ではPSA値、直腸診による前立腺の形状、年齢、家族歴などを総合的に評価して、前立腺針生検を行うか判断します。通常、前立腺針生検は経直腸的超音波ガイド下に行われますが、早期癌の場合は超音波で癌病巣は確認されにくいいため、前立腺全体から系統的に針生検を行い細胞を採取します。病理学的に前立腺癌が認められた場合、組織学的形態と浸潤増殖様式から1~5のパターンに分類しますが、病巣内の面積上最も多いものを第1パターン、次いで多くみられるものを第2パターンとし、その合計によってGleasonスコアを算出します。さらにCT、MRI、骨シンチグラフィによって病期診断を行います。なお、前立腺癌の転移部位としては骨転移が85%と圧倒的に多いことも特徴とされます。

前立腺癌の治療法には、病期に応じてPSA監視療法、手術療法、放射線療法、内分泌療法、化学療法など多岐に渡ります。治療法を決める要素としては、期待余命、病期、リスク分類(PSA値、Gleasonスコア、T分類)、合併症などがあり、患者さんや家族の希望も考慮して総合的に提案しています。PSA監視療法とは、早期前立腺癌に対して定期的にPSA検査を行い安定していれば無治療で経過を観察する治療法であり、過剰治療を避ける意味合いもあります。近年、前立腺癌の手術では手術支援ロボット「ダヴィンチ」を用いたロボット支援腹腔鏡下前立腺全摘除術が行われており、当院でもこれまでに約300例の手術を行っています。従来の開腹手術に比べて、術中の出血量が明らかに少なく、前立腺周囲に走行している神経血管束(男性機能や尿道括約筋機能に関連)を温存することも

可能となり、術後の尿失禁の回復も早いです。また、合併症も少なく、傷が小さく痛みが軽度であり、入院期間の短縮も図られ、患者さんに低侵襲でやさしい治療法としてお勧めしています。放射線療法には、外照射、強度変調放射線治療（IMRT）、小線源療法（ブラキセラピー）などの種類があります。この中でも小線源療法は腰椎麻酔で行われ、短期入院（5日程度）で合併症も少なく、有効性の高い治療法であり、県内では唯一当院で行っています。内分泌療法は転移を有する前立腺癌や進行癌に適応となり、化学療法は内分泌療法に抵抗を示すいわゆる去勢抵抗性前立腺癌に対して適応があります。また、近年、組織内分泌環境を標的とした新薬も登場しており予後の延長が期待されています。

当院ではここにあげたすべての治療法を揃えております。今後も地域医療機関と連携し、患者さんに安全で最適な医療を提供したいと考えておりますので、岩手医科大学泌尿器科をどうぞよろしくお願いたします。