長崎医療センター 座談会 Vol.9 千燈照院

前立腺癌の最新治療

前立腺がんは、近年、もっとも増加しているがんのひとつとして注目されています。2006年の統計では、前立腺がんの罹患数が4万2千人で、全男性がんの中で胃癌、肺癌、大腸癌について、4位でしたが、2020～2024年（年平均）には105,800人となり、男性がんのうち、第一番目の罹患数になると予測されています。今回は前立腺がんのスクリーニングから最新の治療まで、第一線で活躍している医師にお話ししていただきます。

千燈照院とは…
長崎医療センター千人の職員が力を合せて高度医療の実現にまい進する姿勢を表す言葉。

座談会出席者

泌尿器科医長　大仁田　亨
放射線科医長　溝脇貴志
聞き手：院長　江崎　宏典

長崎医療センター院長
江崎　宏典（えざき　ひろのり）
平成24年より現職

江　崎：今日は最近増えているといわれている前立腺がんについて、専門にされている泌尿器科の大仁田先生と放射線科の溝脇先生に来ていただきまして、お話を聞かせて頂ければと思います。まず、大仁田先生から前立腺がんの概略について教えていただけますか。

前立腺がんのスクリーニング

大仁田：前立腺がんはもともと欧米に多くて日本に少ないと言われていたのが、高齢化に伴い最近日本でも患者さんが増えて、増加の一途を辿っています。罹患数でいえば、2025年頃には男性のがんの1位になるのではないかという予測もあるくらいです。高齢化が進んでいることが前立腺がん増加の大きな要因といえますが、もう一つの要因として、PSA検査の普及があります。PSAはかなり感度の高い前立腺がんの腫瘍マーカーで、全く症状がない早期に前立腺がんがみつかることも少なくありません。

江　崎：早期発見と言われましたが、前立腺がんは早期にはあまり症状がないのですか。

大仁田：前立腺がんそのものでは早期ではほとんど症状はありません。

江　崎：PSAでスクリーニングができるということですね。PSAはある程度の年齢になったら症状がなくとも測定しておくべきですか?

大仁田：そうですね。50才を超えたら一回は測っておきましょうと我々はいつも言っています。例えば、PSAが1(ng/ml)以下の方は3年に一回でいいですよ。1を超えた方は、1年に一回念のため測っておきましょう。基準値4を超えた方は、泌尿器科を受診しましょうと。だいたいPSAが4～9で生検して癌が見つかるケースが3人に1人くらい。10だと半々といったところでしょうか。

江　崎：PSAで異常値がでた後の診断の流れについて教えて下さい。

前立腺がんの確定診断

大仁田：まず直腸診と超音波検査をしますが、それで所見がなくとも基準値4を超えた方には一度は生検を行う事をおすすめしています。生検は麻酔下で行うので、1から2泊の入院になります。ランダム生検というか、だいたい10カ所くらいから組織を採取します。

江　崎：最終的に生検をして診断を確定するということですね。その後の治療についてお伺いします。

大仁田：まず、画像検査をします。CTやMRI、骨に転移しやすいという特徴があるので、骨シンチをやって骨転移があるかどうかなど、ステージングを決定します。転移がなく、前立腺に限局している場合は根治が期待できます。その場合には、前立腺を全摘する手術と、前立腺がんの場合はもう一つの大きな柱として放射線治療という方法があります。

江　崎：基本的には前立腺がんは泌尿器科の先生が中心になって診る疾患ということですね。どんな手術を行うのですか。

前立腺がんの鏡視下手術

泌尿器科医長
大仁田　亨（おおにた　とおる）
平成25年より現職

大仁田：もともとは臍から下を10cm程度開腹して前立腺とその後ろにある精嚢を摘出して、膀胱と尿道を吻合するというような手技が行われていました。現在では、鏡視下手術というのが一般的にやられるようになっておりまして、当院でも腹腔鏡下の前立腺全摘手術を始めていて、非常に良い成績を得ています。

江　崎：鏡視下の利点はどのようなところにありますか。

大仁田：患者さんにとってのメリットが大きいです。術創も鉗子を入れるので5か所くらいできるのですが、そのほとんどが1cmくらいで、一番大きい創でも2～3cmくらいですみます。術後の痛みが非常に軽く、開腹手術の症例と比べても鎮痛剤の使用量が明らかに少なくてすんでいます。出血の量も格段に少ないですね。開腹手術の場合では、もともと前立腺全摘というのが出血しやすい手術で、必ず自己血を貯血して、自己血輸血を行っていました。しかし、鏡視下手術の場合は、出血がそれほど多くないので、自己血貯血もすることなく、ほとんどの場合、輸血なしで手術ができるようになりました。もう一つの大きな術者側の利点として、拡大視野で行っているので、よりきめの細かい操作ができるようになったことです。手術時間が多少長くなるとはいわれていますが、実際、当院で私が行った手術を比べてみても、平均で30分程度長くなるくらいです。今から開腹手術に戻るということはあまり考えられない。むしろ、鏡視下手術の方が見える範囲が広がるため、非常に安心感があります。

江　崎：なるほど。鏡視下手術の方がよく見えるから、安全に、確実に手術ができるということですね。では溝脇先生、前立腺がんの放射線治療について教えていただけませんか。

前立腺がんの最新放射線治療

放射線科医長
溝脇　貴志（みぞわき　たかし）
平成27年より現職

溝　脇：放射線治療に関して言いますと、最近は特に装置が進歩してきて強度変調放射線治療という照射法があります。以前は、前立腺の形どおりに照射範囲を決めて、4方向くらいから照射する治療を行っていたのですが、最近は、はじめに前立腺にどれだけ照射するかを決めて、副作用の危険性が高い直腸や膀胱といった周りの臓器の線量をどれだけ以下に抑えるかという設定をコンピュータで精密に計算させて治療の計画を立てます。これによって、以前よりも大幅に副作用を減らすことができ、なおかつたくさんの線量を前立腺に集中して照射できるようになりました。その結果、以前より副作用が低減し、かつ、治療効果も向上しています。

江　崎：放射線治療も機器の進歩で、副作用が少なくて、治療効果が高い照射ができるようになったということですね。一方で、鏡視下手術も非常に進歩してきている。では、その両者の適応は、どのように決めて行かれているのですか?

手術か放射線治療か?

大仁田：手術は根治療法の大きな柱としてあるのですが、放射線治療も今おっしゃったように、かなり進歩していて非常に低い副作用で高い線量を照射できるので、手術に匹敵するような成績が得られている現状があります。だから、手術によるメリットデメリットと、放射線治療によるメリットデメリットを患者さんに情報提供し、ほぼ患者さんに決めていただくようにしています。例えば、手術であれば、前立腺がなくなる分、もともとおしっこが出にくくて困っている方であれば、むしろ出やすくなる。ただ、尿失禁といったリスクが伴ってくる。あとは男性機能障害、所謂勃起不全が手術の合併症として非常に高い比率で出てくる。放射線治療に関していえば、こういった合併症はむしろ少ない。しかし、前立腺そのものは残るので、排尿困難がある方はそういった症状がそのまま残ってしまう。このようなことを説明した上で、ほぼ患者さんに決めていただいています。

江　崎：患者さんによっておかれている状況は違いますから、排尿障害があったり、その他色々な点も考慮し個別に治療を提案して選んでいただいているということですね。今までは、前立腺に限局した、転移のない癌の治療法についてお話していただきましたが、転移がある患者さんに対する治療戦略について教えていただけますか。

進行癌の治療

大仁田：すでに診断された時点で転移がある、いわゆる進行癌の方に対しては前立腺がんの場合は、ホルモン療法が第一選択となります。男性ホルモン依存性の癌ですので、男性ホルモンを分泌しないように男性ホルモンをブロックする治療が、前立腺がんには効果があります。まず、精巣から男性ホルモンの95％が分泌されますので、それを抑えるということで、所謂去勢、両方の精巣を摘出するという治療が何十年も前から行われています。しかし最近は、注射で去勢レベルまで男性ホルモンを下げることができますので、ほとんどの方が3ヶ月に1回くらいのペースで皮下注射を行うといった治療法を選択されます。男性ホルモンをブロックする抗男性ホルモン剤の内服も併用して、最大限に男性ホルモンを抑えるという治療が、スタンダードな治療となっています。ただし、ホルモン療法は、治療年数が経ってくるとだんだん治療抵抗性になってくることが多く、治療の選択肢が難しくなってきます。これに対しても、ホルモン療法でもより強力に男性ホルモンをブロックするような薬や、抗がん剤でもより強力な抗がん剤など、昨年くらいからいくつか新薬がでてきて、患者さんの予後も少しずつ延びていっている状況です。進行癌に関しても、選択肢の幅が広がってきているようです。

江　崎：転移があっても、ホルモン治療や化学療法をうまく使うことによって、予後が良くなってきているということですね。あと、骨転移が前立腺がんは多いですが骨転移の放射線治療について詳しく教えていただけますか。

骨転移の放射線治療

溝　脇：骨転移に対する放射線治療は大きく分けると2種類あります。一つは、通常どおりにリニアックを用いて骨転移のある部位に照射する方法。もう一つは、前立腺がんの骨転移は全身に広くひろがる場合も多いので、そういった症例に対してはメタストロンというストロンチウムの放射性同位元素を注射することによって、放射性同位元素が全身の骨転移に分布して、その薬剤から放出される放射線を転移巣内部に直接照射する方法です。

江　崎：骨転移の進行したものでも、放射線治療的に戦略はあるということですね。

大仁田：我々が困っているところをお願いして治療していただいています。

江　崎：そういうところが、当院の総合力ですね。前立腺がんは高齢者に多く、なかなか治療が難しいところがあるのではと思っていましたが、鏡視下手術のように低侵襲の手術法が確立し、副作用の少ない新しい放射線治療もでてきて患者さんの予後とQOLの改善に寄与していると。また、新しい薬も開発されて進行癌の治療の選択肢も広がっているということですね。今日はお忙しい中どうもありがとうございました。