



泌尿器科部長
本多 正人

前立腺癌

前立腺癌は米国では罹患率第1位、死亡率第2位で、日本でも2020年には肺癌について第2位に上昇するといわれています。比較的高齢者に多い癌ですが最近では50歳代の症例も増えています。

診断

前立腺肥大症と前立腺癌の症状を鑑別することは困難です。前立腺癌の診断はPSA検査によるスクリーニングを経て、前立腺針生検による組織診断でおこなわれます。PSA検査の普及により前立腺癌を早期に診断することが可能となりました。ただ前立腺癌のなかには非常にゆっくり進行し、その人の生命予後にあまり影響を及ぼさないものもあります。当科ではPSA値、病変の拡がり、悪性度（Gleason分類）などを指標としたリスク予想分類を活用し、適切な治療法の選択を心がけています。高齢者で低リスクの場合はPSA検査によるフォローのみ（WW: watchful waiting）とすることもあります。

治療

前立腺癌の病期を概略すると前立腺限局癌、局所浸潤癌、有転移癌に区分されます。治療法は病期に応じて選択されます。

1 手術（前立腺全摘術）

限局癌に対する局所根治療法の第一選択で、比較的若年者が対象となります。

2 放射線療法

手術と同じく局所根治療法で、手術よりも若干高齢者が対象となります。手術と比べても比較的良好な成績ですが、通常のリニアックによる体外照射では有害事象発現のため理想線量よりやや少ない線量しか照射できないことが問題とされています。最近ではこれを補うためIMRTや小線源照射、粒子線照射が試みられていますが、まだ限られた施設での治療や保険適応外などの問題があります。

3 内分泌療法

前立腺は男性ホルモン制御下の臓器であるため、内分泌療法による癌進行の抑制が可能です。ただ根治療法ではなく担癌状態の安定化が主目的といえます。進行癌（局所浸潤癌、有転移癌）に対する治療の第一選択ですが、高齢者の限局

癌に対しても行われます。問題点は長期間にわたる治療が必要、発汗・女性化乳房・骨粗しょう症などの副作用があることと、効かなくなる（内分泌療法不応状態になる）ことです。有転移癌の場合、当初は80-90%で治療効果が認められるものの12-18ヶ月で再燃するとされています。

4 化学療法

最近ドセタキセルが保険適応となり、内分泌療法不応癌に用いています。

当科での治療状況・成績

2003年から2008年に診断し得た324例の初回主治療を図1に示します。半数が手術や放射線などの局所根治療法、半数が内分泌療法を受けておられます。当科では高リスク限局癌に対するリニアック・短期内分泌併用療法や、局所浸潤癌に対して内分泌療法に手術や放射線治療などの局所根治療法を積極的に併用する集学的治療に取り組んでいます。2003年から2007年の症例の治療成績（図2・図3）では、限局癌に劣らず局所浸潤癌（stageC）も比較的良好な成績です。

一方有転移症例（StageD1・D2）の成績は劣っており、前立腺癌も早期に見つけることが重要です。

図1 初回主治療

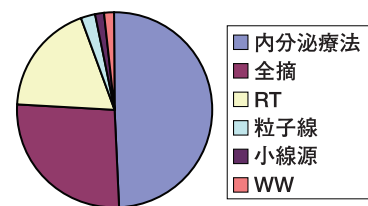


図2 Stage別 PSA非再発率

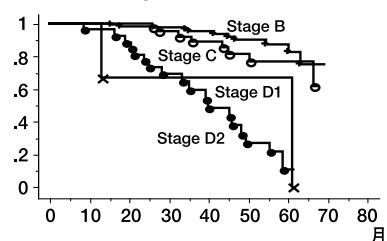


図3 疾患特異的生存率

