

男性のがん罹患数で最多の前立腺がんは、死亡数では7位にとどまる。このため「穏やか」と思われがちだが、それでも年間1万3千人以上が亡くなる。専門医は「決して『死なないがん』ではない。過度の恐れも楽観も禁物」とくぎを刺す。

男性に最多の前立腺がん

■家族歴に注意

前立腺はぼつこつの下にあるクルミ大の男性特有の臓器。がんになっても早く見つければ治癒率が高いが、初期にはほぼ自覚症状がない。血尿や痛みが出ると既にリンパ節や骨などに転移していることが多く、こうなると5年生存率は半分程度になってしまう。

発症リスクは家族歴と加齢。がん研有明病院泌尿器科の沼尾昇担当部長は「父親や兄弟に患者が1人いればリスクは2倍、複数なら5〜11倍になる」と話す。30〜40年前は進行後の痛みで受診する人も多かったが、腫瘍マーカーの前立腺特異抗原（PSA）検査が広まり、そついう人は減ったという。

PSAはがんや炎症で壊れた前立腺細胞から血液に漏れ出すタンパク質で、1ミリリットルに4ナノ（ナノは10億分の1）以上が異常値。沼尾さんは「10以上でがんの可能性は相当高くなる」と語る。

■重要なリスク評価

PSA高値ならMRIで画像診断を実施。疑わしければ前立腺の10〜20カ所から組織を採り、病理医が顕微鏡で調べる生検で診断を確定する。

前立腺がんは進行が非常に遅いものから早いものまで幅広い。転移前ならPSA値のほか、がん細胞の広がりを示す1〜4の「Tカテゴリー」、生検で分かったがん細胞の悪性度を示す「グリソンスコア」を総合して判定したリスクに応じて治療方針を決める。

低リスクならPSAやMRI、生検の定期検査で様子を見る積極的監視療法もあり、有明病院では患者の5%ほどが適用になるといふ。進行が遅く治療不要のがんもあるため「PSA検査は過剰治療を

過度の恐れも楽観も禁物

	PSA	Tカテゴリー	グリソンスコア	判定条件	主な治療法
低リスク	10未満	1~2a	6以下	左を全て満たす	監視療法、放射線、手術
中間リスク				低リスクでも高リスクでもない	放射線、放射線+内分泌療法、手術
高リスク	20超	3~4	8~10	左を一つ以上満たす	放射線+内分泌療法、手術

T1:画像検査では発見されず T2a:前立腺の左右一方にとどまり、その側の1/2を超えない
T3:前立腺の皮膜を超えて広がる T4:前立腺周囲の筋肉や直腸などに広がる

※がん情報サービス等の資料やNCCNガイドラインなどから作成
前立腺がんリスク分類と治療法



手術用ロボット・ダビンチ 多孔式と単孔式 (インテュイティブサージカル合同会社提供)

放射線、手術、薬物 自分に合う治療を

呼ぶ」との批判もある。ただ高リスクなら早く転移する危険があり、沼尾さんは「最初にきちんと調べて評価することが重要」と強調する。

■ロボットが主流に

治療は放射線、手術、薬物だが、合併症の尿漏れなどの排尿障害や性機能障害は避けられない。

放射線は病巣に照射を集中する強度変調放射線治療（IMRT）が主流だが、放射線源の針を数多く前立腺に埋め込む小線源治療（LDR）や粒子線治療など数多い。

薬物は男性ホルモンを下げる内分泌療法が中心。途中で効かなくなるが、進行がんではこの治療が頼りとなる。遺伝子治療薬が使える人もいる。

前立腺摘出は今や、拡大立体内画像を見て精密な切除ができるロボット手術が主流。沼尾さんは「安全で神経温存もしやすく、術後の合併症も減る」と利点を挙げる。リンパ節切除が必要な腹に六つの穴を開ける従来の多孔式、不要なら患者の負担が少ない新型の単孔式を使う。

ロボット導入で改善した尿漏れも高齢や肥満の人は起きやすいが、多くは術後半年から1年後には漏れてもごくわずかになるといふ。沼尾さんは「手術と放射線治療の効果に大差はない。主治医とよく相談して納得できる治療法を選んで」と話している。

