

前立腺がん治療の進歩

国立国際医療研究センター病院泌尿器科診療科長

久米 春喜

(聞き手 大西 真)

大西 久米先生、前立腺がん治療の進歩についてお話をうかがいたいと思います。

まず、前立腺がんの罹患率が非常に多いと聞いているのですが、疫学的なことから教えていただけますか。

久米 国立がん研究センターで出されている2017年の予想では、罹患数は8万6,100人、死亡数は1万2,200人です。これは男性の罹患数では3位です。罹患数は、乳がんの8万9,100人よりも少し少なく、死亡数でも乳がんの1万4,400人より若干少ない状況ですが、男性のがんとしては非常に重要なものと考えられます。

大西 10年ぐらいのスパンで見て、患者数はかなり増えているのでしょうか。

久米 かなり増えています。

大西 これは日本だけではなくて、世界的な傾向なのでしょうか。

久米 患者数に関しては、欧米などはPSAの普及等々で若干減っているのですが、日本では予想以上に早く進ん

でいると聞いています。

大西 何か増えてきた原因のようなものは想定されているのでしょうか。

久米 いろいろな原因が指摘されていますが、中でも食生活の欧米化などがいわれていて、特に疫学研究では、油類とか肉食が前立腺がんの死亡のリスクを高めるといわれています。

大西 年齢的には高齢者が多いのでしょうか。

久米 高齢者が多いことになっていて、50歳以下ではあまり罹患することはないのですが、50歳過ぎから急に罹患数が増えてきます。

大西 前立腺がんになる患者さんと膀胱がんになる患者さんでは、少し違うパターンだと聞いたことがあるのですが、そうなのでしょうか。

久米 はい、確かに両方別々の方のほうが多いです。ただ、たまに合併する人もいるので、そこは注意しないといけないと思います。

大西 次に診断ですが、PSAというのが頭に第一に浮かびますが、PSAの

有用性から教えていただけますか。

久米 PSAは血液検査で簡単にできる検査で、大きな病院であれば1時間か2時間待てば結果が出ます。カットオフ値は4 ng/mLになっていますが、それ以上の場合はいたい2~3割の方にがんが見つかるといわれているので、そういう意味でスクリーニングに非常に有用な検査だと思います。ただ、PSAの前立腺がんの特異度は低いので、いろいろなバイオマーカーの開発が急がれているのが現状です。

大西 PSAの絶対値と悪性度といえますか、そういうのは必ずしも比例しないのでしょうか。例えば、PSAが高いから非常に悪性だとか、進行しているとか。

久米 PSAが極めて高いときは進行がんといっていいと思います。例えば、一般にいわれているのは、10ng/mLを超えると半分ぐらいがんだとか、50 ng/mLを超えると転移が出てくることが多い。ただ、PSAは正常の前立腺でもできるので、例えば前立腺肥大症で前立腺が大きい場合には高めに outputs から、PSAの値だけでステージが決まるというわけではありません。私もPSAが30ng/mLぐらいの方で、何回生検してもがんは出ないという人を経験したことがあります。そういう意味でPSAの特異度には少し限界があることが指摘されています。

大西 先生の場合ですと、幾つぐら

いを超えたら精査を勧められるのでしょうか。

久米 年齢でカットオフを決めるべきだとはガイドラインでも少しいわれていて、60歳以下であれば、2~25 ng/mL以下であったら私は生検を勧めています。60を過ぎた場合には4 ng/mLを勧めています。

大西 画像診断はどういう進歩が最近あるのでしょうか。

久米 画像診断では、昔はエコーでhypoechoicな黒い部分ががんだといわれていたのですが、必ずしもそうではないことも多くて、なかなかわからなかったのです。CTなどでもよくわからなかったのですけれども、最近はMRIがけっこう有用だとわかってきています。特に3テスラに磁場を強くするとより鮮明に写るといわれています。世界的にもだんだんMRIの診断が普及しているという感じです。

大西 悪性かどうかの鑑別にも有用だといわれているのでしょうか。

久米 ただ、放射線科医がある程度慣れていないといけけないので、最近ではMRIの診断の基準、PIRADSというのですが、そういったものも広まってきています。

大西 すごく疑わしい場合は次はバイオプシーに進むのですかね。

久米 はい。

大西 生検は実際はどのように行われているのでしょうか。

久米 生検は、うちの病院では静脈麻酔下に経直腸、直腸から18~20カ所取っています。時には会陰部から生検することもあります。

MRIの話をししたのですが、MRIと超音波の画像をフュージョンして、その怪しい場所を狙撃生検をすることも最近は行われています。それもけっこう成績がいいと学会などでは発表されています。

大西 たくさん取らないといけないのですね。確率的な問題ですね。

久米 はい。ただ、MRIでの狙撃生検の場合は数カ所済むというところにメリットがあるといわれています。

大西 PSAが少し高く、バイオプシーでネガティブだった場合、その後はどのようにフォローしたらよいのでしょうか。

久米 決まった基準はないのですが、私はだいたい半年ごとにPSAを測って、もし上がってくるようだったら再生検する。途中で適宜MRIを入れる、としています。

大西 次に治療の話のうちがたいのですけれども、転移があるなしでだいぶ治療方針が違ってくると思うので、まず転移がない症例だとどのような治療を進められるのでしょうか。

久米 大きく分けると手術療法と放射線療法に分けられるのですが、最近では手術療法のロボット支援手術が非常に注目されています。

大西 ロボット手術、いわゆるダ・ヴィンチですね。

久米 はい、ダ・ヴィンチです。

大西 そのメリットを教えてくださいませんか。

久米 まず第一に操作性が非常によくて、あたかも自分がおなかの中に入って作業をしているような、そのような感じでできます。従来の手術だと、非常に狭い骨盤の中に手を入れて作業をするので、片手しか入らないとか、片目しか見えないという状況でしたが、ダ・ヴィンチの場合、気腹をして、みんなで視野を共有します。また気腹のために出血も少ない。そういったことで、実際のがんの断端陽性率ですね、取り切れるかどうか非常に成績がいいですし、出血量も少ない。また、術後の回復もいいと、いいことづくめではないかと考えています。

大西 これからはそれが主流ということでしょうか。

久米 そう思います。

大西 かなり高齢の方でも安全にできるのでしょうか。

久米 あまり高齢の方には、やり過ぎないようにといわれているのですが、ただ、私たちの方法はけっこう低侵襲なので、今まではだいたい75~76歳に線を引いていたのが、81~82歳くらいまで少し引き上げています。

大西 放射線療法の適応はどのように考えたらよいでしょうか。

久米 放射線は、だいたい手術とオーバーラップするところがあるのですが、放射線の場合は、ダ・ヴィンチでもちょっと手に負えないぐらい局所で、かなり広がっている場合に適応があるかといった具合です。そちらのほうが手術と異なった適応かと思います。でも、多くの場合はオーバーラップしていると思います。

大西 重粒子線などを使う場合もあるのですか。

久米 はい。

大西 初めの段階で転移がある症例は抗がん剤の治療になるかと思うのですが、最近はどうような治療が行われているのでしょうか。

久米 これまではホルモン療法ということで、LH-RH、脳下垂体から男性ホルモンを抑えるのと、副腎から分泌されるアンドロゲンを抑える抗アンドロゲン剤の併用療法があったのですが、数年から10年くらいするとなかなか効かなくなってきた、ちょっとお手上げというところがあります。ところが、最近になってタキサン系の抗がん剤、ドセタキセル、最近ではカバジタキセルという抗がん剤が認められるようになって、ホルモン療法とは別の機序で治療する方法が出ています。

あと、最近では、今まで使っていた抗アンドロゲン剤以外に、新規の薬剤も出てきています。エンザルタミド、アビラテロンですが、そういったものの登場によって、今までホルモン療法が不応になってきた患者さんに対して、数カ月ですが、延命が証明されています。

大西 高齢の方の場合、がんの進行が遅い症例もありますね。そうしますと、どこまで治療するのか迷う例もあるかと思いますが、そのあたりはどう考えたらよいでしょうか。

久米 それは患者さんのパフォーマンスステータスが重要かと思います。年齢が高くても、パフォーマンスステータスが非常にいい方はきちんと治療してあげたいと思います。そういった観点で、実年齢で見るのではなくて、その人の健康年齢を見る必要があります。ただ、健康年齢を測る指標に、いい指標がないのがすごく大きな問題ではないかなと思っています。

大西 見た目も重要かもしれませんね、お元気かどうか。

久米 結局そういうことになってしまわないかと思っています。

大西 どうもありがとうございます。