

前立腺癌診療マニュアル（医療者用）

前立腺癌の【基本治療方針】

前立腺癌	～75歳	75～80歳	80歳～
前立腺限局癌	前立腺全摘 外照射＋内分泌療法	外照射＋内分泌療法 内分泌療法 前立腺全摘	待機療法 内分泌療法
低リスク群	前立腺全摘 外照射＋内分泌療法（6ヶ月） 待機療法	外照射＋内分泌療法（6ヶ月） 内分泌療法 前立腺全摘 待機療法	待機療法 内分泌療法
中リスク群	前立腺全摘 外照射＋内分泌療法（6ヶ月）	外照射＋内分泌療法（6ヶ月） 内分泌療法 前立腺全摘	待機療法 内分泌療法（＋外照射）
高リスク群	前立腺全摘 外照射＋内分泌療法（3年間）	外照射＋内分泌療法（3年間） 内分泌療法 前立腺全摘	内分泌療法（＋外照射）
前立腺浸潤癌	外照射＋内分泌療法（3年間）	外照射＋内分泌療法（3年間）	内分泌療法（＋外照射）
軽移のある癌	内分泌療法	内分泌療法	内分泌療法

再発リスク分類 低リスク群：PSA \leq 10, Gleason score \leq 6 and T1c/T2a
 中リスク群：PSA10～20 or Gleason score 7 or T2b
 高リスク群：PSA>20 or Gleason score \geq 8 or T2c

PSA採血による経過観察の目安

参照ページ

A. 前立腺癌の患者

- 1) 現在、内分泌療法を行なっている患者 A-1
- 2) 前立腺全摘手術後の経過観察 A-2
- 3) 放射線治療後の経過観察 A-3
- 4) 治療せずに経過観察 A-4

B. PSA高値の方

- 1) 前立腺生検を受け、悪性所見なく経過観察 B-1
- 2) 前立腺生検を一度も受けていない方 B-2

A-1 現在、内分泌療法を行なっている患者

【PSA採血の間隔】

3か月ごと

【泌尿器科専門医紹介の目安】

PSAの値が3回連続して上昇した場合

【解説】

○内分泌療法とは

精巣摘出（去勢）またはLH-RHアゴニスト（ゾラデックス、リュープリン）が主体で、症状や癌の進行度によって内服の抗男性ホルモン剤（カゾデックス、オダイン、プロスタール）を併用します。

○内分泌療法の適応

- 1) 高齢者
- 2) 患者の希望
- 3) 手術、放射線治療との併用
- 4) 遠隔転移のある症例
- 5) 前立腺全摘術後、あるいは放射線治療後の再発例
- 6) 術前または放射線治療前に3～6か月間治療

○内分泌療法の再燃

内分泌療法の問題点は、治療に対する抵抗性が出現してくることです。経過中にPSAが再上昇してきますので、いかなる臨床症状や検査所見よりも半年以上早くPSA測定により気づかれます。PSAが3回連続で上昇した場合、「再燃」の恐れありと判断されます。

○再燃後の治療方針（泌尿器科専門医による判断）

- 1) 抗男性ホルモン剤を併用していれば、内服中止
- 2) 抗男性ホルモン剤を併用していなければ、併用
- 3) 女性ホルモン剤（エストラサイト・他）投与など

A-2 前立腺全摘手術後の経過観察

【PSA採血の間隔】

3か月ごと

【泌尿器科専門医紹介の目安】

PSA値が（0.2）ng/mlを超えた場合

または

排尿の異常（排尿困難・尿失禁の増悪など）が出現した場合

【解説】

○前立腺全摘術の治療成績

前立腺全摘除術により癌細胞が根治できていれば、PSAは0.2ng/ml未満で推移する筈です。術後にPSAの値が0.2ng/mlを超えて上昇した場合を、「PSA再発:PSA failure」と呼びます。術後のPSA再発の可能性はリスク別に概ね以下のとおりです。

低リスク群 0～5%

中リスク群 20%

高リスク群 40%

○PSA再発を来した場合

再発部位の検討（腹部CT、骨シンチグラム）

骨盤部放射線照射、内分泌療法、内分泌療法+放射線照射、追加療法を行わずに経過観察、のうちのいずれかを選択します。

○術後の合併症

吻合部（膀胱と尿道の吻合部）や尿道の狭窄による排尿困難、尿失禁の増悪などが時に起こります。特に手術+放射線外照射を受けているケースでは排尿症状の出現頻度が高くなります。尿所見の異常（血尿や膿尿など）がみられる場合にも泌尿器科専門医を一度ご紹介ください。

A-3 放射線治療後の経過観察

【PSA採血の間隔】

3か月ごと

【泌尿器科専門医紹介の目安】

PSAが前回までに測定されたもののうちの最も低かった値より（2.0）ng/mlを超えて上昇した場合（たとえばPSAの値が9か月前1.2、半年前0.6、3か月前2.1、今回2.7の場合）

または

排尿の異常（排尿困難・尿失禁の増悪など）が出現した場合

または

放射線治療の晩期合併症（直腸出血・潰瘍、血尿など）が疑われた場合

【解説】

○放射線治療の種類

- 1) 外照射治療
- 2) 密封小線源永久挿入治療（広島大学病院、県立広島病院でのみ可能）

○放射線治療の成績

手術とほぼ同等の成績が得られると言われています。

○放射線治療後の経過

放射線治療では前立腺は体内に残っていますので、全摘手術とは異なり治療後もPSAは測定限界以下にはなりません。十分な治療効果の目安としては放射線治療後1～3年でPSAの値が0.5～1.0 ng/ml以下になっていること、と言われています。経過中にPSAの変動が見られることはよく見られます。泌尿器科専門医への紹介の目安としては、経過中のPSA最低値よりも2ng/ml以上の上昇がみられた場合としています。

A-4 治療せずに経過観察（待機療法）

【PSA採血の間隔】

3か月ごと

【泌尿器科専門医紹介の目安】

PSAの値が（ ） ng/mlを超えた場合

【解説】

○前立腺癌を治療せずに経過観察する場合（待機療法）

前立腺癌と診断されたにもかかわらず治療せずに経過をみる場合は、当然患者自身の了解のもとに行なわれますが、一般に下記のような条件で適応となります。悪性度が低く、治療による副作用や合併症が治療効果を上回るような臨床的に治療意義が低いと考えられる症例が適応です。

- 1) 高齢者
- 2) グリソンスコア6点以下
- 3) PSA 20 ng/ml未満（10 ng/ml未満）
- 4) T1～T2の限局癌

以上のすべてをみたす場合

○経過観察による経過

PSA値の監視を行い、上昇傾向がみられる場合には治療（全摘、放射線治療、内分泌療法）が開始されます。PSAの倍加時間が参考になると言われていますが、症例に応じた目安値を超えた場合に専門医への紹介のタイミングとしています。また、無治療経過観察することによる患者の精神的不安も常に考慮しておく必要があります。

B PSA高値の方の経過観察

B-1 前立腺生検を受け、悪性所見なく経過観察

1) 生検組織に異型腺管を認めない場合

【PSA採血の間隔】

6か月ごと

【泌尿器科専門医紹介の目安】

PSAが1年間に（ ） ng/ml以上、上昇した場合（目安は基準値の40%）

2) 生検組織に異型腺管を認めた場合

【PSA採血の間隔】

3か月ごと

【泌尿器科専門医紹介の目安】

PSAが（ ） ng/mlを超えた場合

B-2 前立腺生検を受けずに経過観察

【PSA採血の間隔】

6か月ごと

【泌尿器科専門医紹介の目安】

PSAが1年間に（ ） ng/ml以上上昇した場合（目安は基準値の40%）

【解説】

○PSA高値の方に前立腺癌が発見される確率

PSA 4~10ng/mlのいわゆるグレーゾーンで25~30%とされています。

○異型腺管

生検で癌と診断されなくても異型腺管の存在がある場合、その後の生検で20~50%に癌が見つかるとも言われており、**嚴重な経過観察が必須**です。

○年齢階層別PSA基準値

年齢によってPSAの基準値は変わってきます。目安は以下の通りです。

50~54歳 2.5ng/ml、55~59歳 3.0ng/ml、60歳以上 4.0ng/ml

○家族歴

直系家族（父または兄弟）に前立腺癌患者がいる場合は**高リスク**です。