

前立腺がん治療のまとめ

今回も前立腺の話？と、お思いの方もおられるでしょう。最近のがん相談の中で、あまりにも奇妙な医者や患者のことを聞かされているうちに、これだけはしっかり覚えておいていただきたいというようなものを書いておきたいと思うようになりました。前立腺がんの治療についてのすべてを書こうとすると、本1冊分ぐらいになってしまうでしょうから、ここでは簡単に、しかもポイントだけは押さえておきたいと思います。

あなたの身近におられる前立腺がん患者のためにも、情報として理解しておいてください。



前立腺がんの患者が増えています。

高齢になるとだれもが夜間の頻尿があります。前立腺肥大の場合が多いのですが、医師に相談すれば血液検査をしてPSA値をはかり、少しでも高いと（たとえば4ぐらいで）針生検を受けてくださいと勧められ、その結果「あなたは前立腺がんです」と告知される羽目になる人が増えているのです。その日から、あなたはがん患者となってしまいます。

早めにPSA検査を受けるのがいいのかどうか、この議論は今後も続くことでしょう。

先日こんな相談がありました。「最近主人のホルモン注射が効かなくなってきたことから、最初のころのことを思い出した。7年前に泌尿器科で前立腺肥大ですといわれましたが、その2年後にもう一度行くとPSAが60になっていたのです。すぐに生検をしてがんが見つかった。その後ホルモン（リュープリン）注射とカゾデックスを飲んでいるが、効かなくなってきたので『先生、7年前に受診した時にPSAを測ってくれていればもっと早く見つけられたのじゃないですか』と言いました。それに対して医師はちゃんと測りましたよ、確かその時は2.8だったと思う。7年前のカルテを探してみようか」と。

奥さんと患者本人は「7年前に血液検査された覚えがない、それにしても2年間でPSAが60にも上がるなんておかしいんじゃないですか、先生のミスでしょう」

医師「そうじゃない。あなたの前立腺がんは、たちが悪かったということなんだよ」とおっしゃったそうです。



私は相談相手のご夫婦と医師

との、やりとりの内容を聞いて不思議な気持ちになりました。この程度であなたのがんはたちが悪かったのだという医師がいたとすれば論外だが、この話には続きがある。

私は尋ねました「ところで、ホルモンが効かなくなってきたきてPSAが上がってきたといいますが、どのように上がっているのですか」

相談者「約5年間、0.05だったのですが、最近1.5ぐらいに急に上がっています。それで心配やというと俺が専門やから任せときということで免疫療法を受けています」

めちゃくちゃな話ですからどこまで信じてよいのか分からないほどですが、最近立て続けに、これに似た話を聞くにつけ、医師に変なのが多いのか患者が不勉強すぎるのか分からなくなってしまいました。私は「お金をどぶに捨てる気でしたら免疫療法もいいでしょうが、医師がすすめたというのは納得できない話ですね」と電話を切りました。



前立腺がんと告知され、治療方針について説明を受けますが、検査結果によって治療方針にも大きな違いがあります。

説明を受けても、多くの方は（患者とその家族）PSAの数値ばかりに気がとられて、他のことは一切覚えてないという方が大半ですが、PSAの数値だけで治療方針を決めるものではありません。

PSA値が高くて前立腺がんの疑いがある場合には、針生検をすることになります。お尻のあたりから前立腺に向けて針を打ち込み細胞を採取するのです。病院によって打ち込む針の本数が違うようです。私の場合は12本でしたが、8本だったという方もいます。わたしは、生検後1時間ほどで帰されましたが、2泊したという人もおられます。豪州と日本の違いでしょうが、生検に2泊もさせては医療費がかさむのも仕方ないですね。



生検の結果を医師から説明を受けるはずですが。私の場合は右6/6、左4/6で、グリーソンスコアは7~8の低分化型癌であり、MRI検査で右葉被膜外と精嚢に浸潤する前立腺癌との診断でした。これをTMN分類で表すとT3bN0M0となります。（T）は原発巣の大きさ進展度であり（N）は所属リンパへの転移があるかないかを0~3で表し、（M）は、遠隔転移のあるなしを0~1で表します。（がんの種類によって表記を変える場合が多い）

なお、生検前のPSAは14.7です。骨への転移があるかないかを確認するために骨シンチ検査を受けていますが骨への転移は確認されませんでした。

以上のようにPSA値でがんを疑われ、針生検、MRI検査、骨シンチ検査などの結果を医師は説明するはずなのです。それなのに、相談者のほとんどはPSAの数値しか覚えていないし、記録もしていません。医師の説明は、もっと正確に聞いておくべきなのです。

私の場合は、この検査結果で「手術はできません」ということになりました。被膜外、精嚢に浸潤しているということは、ステージからいうと3期になります。T3というのはそれを示しています。がん細胞がほかの臓器や気管に浸潤するというにはかなりのエネルギーを要します。各細胞や気管にはそれぞれに被膜があり、がん細胞がそれを破って外に出て、次の臓器や気管の被膜を破って侵入するというのは大変なことなのです。

ですから、精嚢への浸潤があったということは、近いうちに最も転移しやすい骨への転移が考えられるわけで、完治を目的とする全摘手術はこの時点で不可能と判断されるということです。私の場合は、検査結果が出てすぐにホルモン治療(MAB)が開始されました。ゾラデックス(リュープリンと同じようなもの)注射とアンドロコア錠剤(カソデックスと同じようなもの)です。その後、肝臓への負担があるからと、アンドロコアは中止し、日本に帰国してもカソデックスは服用しないようにと助言がありました。



前立腺がんの治療については、そのステージによって手術、放射線(いろいろあります)のどれかを選ぶことになりますが、70歳を超えていてグリーソン値(最近では悪性度と言われているようですが、がん細胞の病理検査で示される数値です)が6程度と低く、生検で1~2本が認められた程度では、何も治療しないで様子を見守りましょうというのが本筋だと思います。これも医師によっては治療方針に大きな違いがあるでしょうから、予備知識を持っておくべきだと思います。

手術の場合には様々な辛い後遺症が出ることが多いので、私はIMRTによる放射線治療がベターだと考えています。粒子線治療が夢の治療だと固く信じている人がいますが、あれは保険会社のCMに騙されているので、最先端治療でもありません。だから、保険に入っていて負担がかからない人ならともかく、そうでない人にはお金の無駄遣いでしょう。少なくとも「夢の治療」ではありません。

IMRIなら10分の1の費用以下で、それ以上の効果が期待できるからです。



「夢の治療」だけでなく、どんな放射線治療を受けてもPSA再発が起こる可能性は大きいと考えておくべきです。PSA再発が起これば、ホルモン療法を開始することになりますが、費用などから考えると一番効果的なのは睾丸を取り去ってしまことですが、これには抵抗を感じるでしょうから、ホルモン療法を始めればよいでしょう。

ホルモン療法は続けると効かなくなる人もいますから、PSAが0.05前後ぐらいに下がれば（目安として注射を始めて10か月から1年あたり）いったん注射をやめる「間欠療法」「休薬療法」をお勧めします。間欠療法によってホルモン注射が効かなくなることを防ぎ、骨などへの転移を防ぐこともできるからです。

NHKの医療の時間でも泌尿器科の権威などが「間欠療法の勧め」を言うようになってきていますが、間欠に入る時や再開する場合のPSAの数値については一切言及していません。個人差があるということで、数字を断言すると責任を問われるからでしょうか。わたしには責任逃れとしか思えません。

私のやり方は、PSAが0.3~0.05 辺りまで下がれば「間欠」に入り1年前後で3~5に上がったところでリューブリンの再開をしています。すでに昨年9月から4回目の間欠に入っていますが、12月末現在のPSA値は0.441でしたから、今年の秋か年末には3~4に上昇して再開することになるでしょう。

最初は医師も不機嫌でしたが、最近は「間欠ですね」と笑顔で応じてくれるようになりました。日本中のホルモン療法を受けている患者が間欠療法を始めると、年間100億円を超える医療費の削減でできるのではないのでしょうか。

アメリカの学会などではPSAが8ぐらいに上がってから再開するというようなことも書いてありますが、私自身はやはり骨への転移を案じて（4前後）を目安にしています。

なお、日本では必ずと言ってよいほど注射だけではなく錠剤のカソデックスを出しますが、肝臓への負担がありますの注意してください。



ホルモン療法が効かなくなったら

さてここからです。ホルモンが効かなくなったときどうするかです。効かなくなると骨に転移が起こります。痛みがあれば放射線照射を受けましょう。

ストロンチウム90の注射という方法もありますが、あまり高い効果は期待できないようです。ホルモン療法によって骨粗鬆症になり易くなっていますから、運動なのにも注意が必要です。私の場合は、喘息でステロイド錠、そして前立腺がんでホルモン治療と骨粗鬆症になっていてもおかしくはありませんが、投薬は受けていません。

骨に転移が起こると、最初は骨盤近くから、やがて全身の骨に転移が及びます。骨転移した骨シンチ検査の写真を見せてもらったことがあります。全身真っ黒に映っていました。骨転移が恐怖なので、ホルモン間欠療法に入れたい患者、医師が多いのですが、それは逆ではないかと考えています。

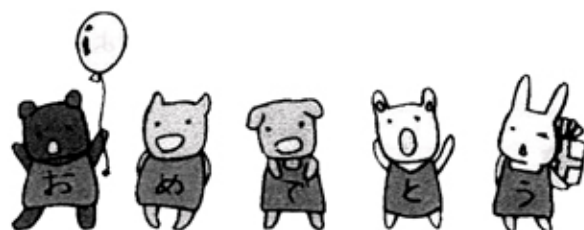
抗がん剤としてはドセタキセル（点滴、2、3週間入院後は3週に一度程度通院）これには白血球減少、血小板減少、手足のしびれなどさまざまな副作用があります。

ドセキタセルが効かなくなったら、今年の半ばあたりに承認予定されている新しい薬の「エンザルタミド」や「アビラテロン」があります。

ここで、皆さんの期待を裏切って、はっきりと書いておきましょう。ドセキタセルを使うようになったら覚悟を決めてください。

ドセキタセルが効かなくなったから次の抗がん剤というのは、もっと強い抗がん剤ということになります。強いということは、がんを治せるということではなく、体に大きなダメージを与えるという意味です。ホルモン療法を上手にコントロールして、効果を持続させ、骨転移しないように工夫すべきですが、個人差があつてホルモンが早く効かなくなる体質の方もおられるのは確かです。しかし、ドセキタセルのひどい副作用があり、効果も余り続きません。体力が劣ろえたところで、もっと強い抗がん剤をというのは、大変なことです。

私の場合は、重いぜんそくで長期間ステロイド錠を飲んでいるうえに、白血球や血小板も少なく、重い痔病あり、鼻茸あり、頭鳴りありで、ほとんどの治療を受けることさえできませんから、抗がん剤は最初から受けることなど考えられません。先日、ある相談医から「中原さんの場合は、白内障の手術さえ危ないですよ」とくぎを刺されました。



前立腺がん患者といわれる人たちの中の多くは、あまり熱心に治療を受けないほうが良いのではと思える人がいます。がん患者だと思わないで気楽に過ごしましょう。

PSAが1.5に上がったからと言って、慌てふためいて免疫治療を受けていると、ひと財産失ってしまいかねません。怖い医者もいるものですね。患者も無知すぎますね。

最初に書いたように、医師から説明を受けたときのことを思い出すなり、もう一度確認するなりして、自分の病気について正確に把握しておきましょう。

モンスターペイシェントになっていると、受けなくてもよい治療を勧められたりするかもしれません。

簡単に書きすぎたので、これではわからないという方もおられるでしょう。あなたの周囲の友人たちのためにも前立腺がんの理解を深めるためにも、理解を深めておきましょう。わからない時は問い合わせてください。メールでは nrh06083@nifty.com。FAXなら 078-855-8451 へ。電話なら 078-958-8415（午後）に。