

前立腺がん 治療

出典: 国立がん研究センター がん情報サービス 一般の方向け

前立腺がんの治療には、監視療法、フォーカルセラピー（前立腺がん局所療法：監視療法と手術などの根治的治療の中間に位置する治療）、手術（外科治療）、放射線治療、薬物療法などがあります。また、診断されたときから、がんに伴う心と体のつらさなどを和らげるための緩和ケア／支持療法を受けることができます。 [ganjoho](#)

1. 病期・リスク分類と治療の選択

治療は、がんの進行の程度を示す病期やがんの性質、体の状態などに基づいて検討します。 [ganjoho](#)

1) 病期分類

がんの進行の程度は、病期（ステージ）として分類します。前立腺がんでは、病期分類としてTNM分類を用いることが一般的です。TNMの3種のカテゴリーに基づいて診断し、決定します。 [ganjoho](#)

- Tカテゴリー：原発腫瘍※の広がり [ganjoho](#)
- Nカテゴリー：所属リンパ節（前立腺からリンパ液が流れている骨盤内のリンパ節）への転移の有無 [ganjoho](#)
- Mカテゴリー：離れた臓器などへの転移（遠隔転移）の有無 [ganjoho](#)

※原発腫瘍とは、原発部位（がんが初めに発生した部位）にあるがんのことで、原発巣ともいいます。 [ganjoho](#)

前立腺がんの病期（ステージ）はローマ数字を使って表記することもあります。I～IV期に分けられ、進行するにつれて数字が大きくなります。 [ganjoho](#)

2) 前立腺がんのリスク分類

前立腺がんのリスク分類は主にNCCN (National Comprehensive Cancer Network) のリスク分類が用いられます。前立腺がんは、転移の有無で初期治療の選択が大きく異なります。転移のない前立腺がんでは、がんが前立腺内にとどまっている限局性がん、前立腺の外に広がって進行している局所進行性がんに分類され、さらに限局性がんは、5つの因子（原発腫瘍の広がり：T分類、がんの悪性度：グリーソンスコア、PSA値、針生検、PSA密度）を用いて、超低リスク、低リスク、中間リスク、高リスクに分類されます。局所進行性がんは超高リスクとすることもあります。 [ganjoho](#)

グリーソンスコアは、がんの悪性度（増えやすさ、広がりやすさ）の判定に用いるスコアです。前立腺がんの組織型は、悪性度の低いものから順にパターン3～5に分けられますが、同時に悪性度の異なるがんが発生することが多いため、最も多いパターンの組織型と2番目に多いパターンの組織型を足して、悪性度の判定に用います。これをグリーソンスコアといい、スコア6～10までに分類します。6は悪性度の低いがん、7は中くらい、8～10は悪性度の高いがんとされています。 [ganjoho](#)

3) 治療の選択

治療はリスク分類の結果を中心に、がんの進行の程度やPSA値、腫瘍の悪性度（グリーソンスコア）、本人の希望や生活環境、年齢を含めた体の状態などを総合的に考えて、担当医と話し合っ
て決めていきます。[ganjoho](#)

前立腺がんの治療は選択肢が増え、自分で治療を選ぶことが多くなっています。それぞれの治
療のメリット・デメリットは理解できるまで何度でも確認しましょう。ご自身の生活状況や優先した
いことなどもよく考え、納得して治療を決めることが重要です。[ganjoho](#)

2. 監視療法

前立腺がんには、早期に見つかり、症状のないまま経過して最終的に死亡の原因とならない、
「おとなしいがん」が存在することが分かっています。そのため、すぐに治療を始める必要がない
と判断されるがんに対し、あえて治療は行わずに経過を観察していくのが監視療法です。過剰
な治療を行わないことで、治療に伴う排尿障害や性機能障害などの合併症やQOL（生活の質）
の低下を避けることができます。[ganjoho](#)

監視療法では、直腸診を6カ月ごとに行い、PSA値を初めの2年は3カ月ごと、以降は6カ月ごとに
測定して、その上昇率を確認します。生検は1、4、7、10年目に行い、以降は5年ごとに行います
。[ganjoho](#)

3. フォーカルセラピー（Focal therapy）

前立腺がんのフォーカルセラピーは、「前立腺がん局所療法」などとも呼ばれ、監視療法と手術
などの根治的治療の中間に位置する治療です。正常組織を可能な限り残しながら、治療と身体
機能温存によるQOL（生活の質）の維持の両立を目的として行います。低リスク～中間リスク
の、前立腺の一部に限局するがんが対象で、MRI画像でがんが確認できる場合に治療の選択
肢となることがあります。[ganjoho](#)

フォーカルセラピーにはさまざまな手法がありますが、2024年5月時点で保険適用されているも
のは「永久挿入密封小線源療法」に限られます。[ganjoho](#)

4. 手術（外科治療）

手術では、前立腺と精のうを摘出し、その後、膀胱と尿道をつなぎ合わせる前立腺全摘除術を行
います。このとき同時に前立腺の周囲のリンパ節も取り除くことがあります（リンパ節郭清）。
[ganjoho](#)

手術の方法には、開腹手術、腹腔鏡手術（腹腔鏡下手術）、ロボット手術がありますが、近年は
ロボット手術が増えてきています。[ganjoho](#)

主な術後合併症

手術後の主な合併症には、尿失禁、性機能障害、鼠径ヘルニアがあります。[ganjoho](#)

- 尿失禁: 多くの場合、手術後数カ月間続きますが、半年ほどで生活に支障ない程度に回
復します [ganjoho](#)

- 性機能障害:手術直後は、ほぼ確実に勃起障害が起こります。また、精のうを摘出し精管を切断するため、手術後は射精ができなくなります [ganjoho](#)
- 鼠径ヘルニア:手術後2〜3年のうちに起こることが多いとされています [ganjoho](#)

5. 放射線治療

放射線治療は、高エネルギーのX線や電子線を照射してがん細胞を壊し、がんを小さくする治療法です。大きく分けて外照射療法と組織内照射療法があります。 [ganjoho](#)

1) 外照射療法

外照射療法は、体の外から前立腺に放射線を照射する方法です。近年は、強度変調放射線治療(IMRT)と呼ばれる方法が用いられるようになり、周囲の臓器(直腸や膀胱)への照射量を減らすことができるようになってきました。 [ganjoho](#)

2) 組織内照射療法

組織内照射療法は、小さな筒状の容器に放射線を出す物質を密封したもの(放射線源)を前立腺の中に入れて、体内から照射する方法です。がん組織のすぐ近くに放射線源があるため位置がずれにくく、高い線量を照射することができます。 [ganjoho](#)

組織内照射療法で主なものは、放射線源を永久的に埋め込む方法(永久挿入密封小線源療法[LDR])と一時的に埋め込む方法(高線量率組織内照射法[HDR])です。 [ganjoho](#)

6. 薬物療法

前立腺がんに対する主な薬物療法には、内分泌療法(ホルモン療法)と細胞障害性抗がん薬を用いた治療があります。 [ganjoho](#)

1) 内分泌療法(ホルモン療法)

前立腺がんには、精巣や副腎から分泌されるアンドロゲン(男性ホルモン)の作用で病気が進行する性質があります。内分泌療法は、アンドロゲンの分泌や働きを妨げる薬によって前立腺がんの勢いを抑える治療です。 [ganjoho](#)

内分泌療法はLH-RH(黄体形成ホルモン放出ホルモン)アゴニストやLH-RHアンタゴニストを用いたアンドロゲン遮断療法を基本とし、リスク分類や治療歴などに応じて抗アンドロゲン薬や新規アンドロゲン受容体シグナル阻害薬(ARSI)などを使用します。 [ganjoho](#)

内分泌療法は、長く続けていると治療の効果が弱まり、アンドロゲンが体内にほとんど存在しない状態(去勢状態)であるにもかかわらず、落ち着いていた病状がぶり返す「再燃」が生じます。内分泌療法の効果が弱いと診断されたがんを「去勢抵抗性前立腺がん」といいます。 [ganjoho](#)

7. 緩和ケア／支持療法

緩和ケア／支持療法とは、がんに伴う心と体、社会的なつらさを和らげたり、がんそのものによる症状やがんの治療に伴う副作用・合併症・後遺症を軽くしたりするために行われる予防、治療お

よびケアのことです。決して終末期だけのものではなく、がんと診断されたときから始まります。
[ganjoho](#)

8. リハビリテーション

リハビリテーションは、がんやがんの治療による体への影響に対する回復力を高め、残っている体の能力を維持・向上させるために行います。[ganjoho](#)

尿失禁を改善するためには、尿道周囲の筋肉（骨盤底筋）を鍛える骨盤底筋体操が効果的といわれています。骨盤底筋体操は治療後だけでなく、手術が決定したときから始めることが推奨されています。[ganjoho](#)

10. 再発した場合の治療

再発とは、治療によって見かけ上なくなったことが確認されたがんが、再びあらわれることです。一般的には症状や画像検査から再発が発見されることはまれで、PSA値の上昇から発見されます。再発した場合の治療方法は、前にどのような治療を受けたかによって変わってきます。
[ganjoho](#)