

第9号

2023.02

前立腺がん患者・家族の会

腺友俱樂部



特集

Mo-FESTA

CANCER FORUM

2022





CONTENTS

	Mo-FESTA CANCER FORUM 2022 開催報告		4
	NPO法人腺友倶楽部 理事長	武内 務	
	腺友倶楽部 2022年度活動報告		5
	NPO法人腺友倶楽部 理事長	武内 務	
講演 1	最新のスクリーニングと診断について		6
	黒沢病院院長 予防医学研究所所長	伊藤 一人	
講演 2	治療総論：限局がんを中心に		11
	浜松医科大学医学部 泌尿器科 教授	三宅 秀明	
講演 3	外照射の進歩と小線源療法		16
	東京医療センター 放射線治療科 部長	萬 篤憲	
講演 4	薬物療法の現状と将来展望		21
	東邦大学医療センター佐倉病院 泌尿器科 教授	鈴木 啓悦	
トークセッション	局所進行がん、オリゴ転移がんの治療について		28
	伊藤一人、三宅秀明、萬 篤憲、鈴木啓悦 (進行：武内 務)		
講演 5	男性トイレにもサニタリーBOXを！		31
	日本トイレ協会 寅 太郎 (運営委員) / 高橋美紀子 (理事)		
医療閑話	日本泌尿器科学会の前立腺癌診療ガイドラインが改訂されます		34
	JCHO東京メディカルセンター 副院長・泌尿器科部長	赤倉 功一郎	
	前立腺癌診療ガイドライン改訂の患者委員として		35
	NPO法人腺友倶楽部 理事長	武内 務	
	がんになって学んだこと		36
	一般社団法人日本癌学会 理事長	佐谷 秀幸	
	がんサバイバーに運動が必要な理由 ～前立腺がんサバイバーの運動教室を通して見えてきたこと～		38
		山内 やよい	
腺友だより 1	50代前半で前立腺がん？		40
		志村 健一	
腺友だより 2	腺友倶楽部との出会い		42
		古川 泉	
腺友だより 3	オリゴ転移がんを抱えて（1）		44
		三好 亮	
今を生きる！	ジスト（消化管間質腫瘍）と向き合って20年		48
	NPO法人ジスターズ 理事長	西舘 澄人	

共催:
NPO法人 腺友倶楽部
日本泌尿器腫瘍学会

後援:
日本放射線腫瘍学会
公益財団法人日本対がん協会
特定非営利活動法人
前立腺がん啓発推進実行委員会
一般社団法人
全国がん患者団体連合会

協力:
認定NPO法人
キャンサーネットジャパン



男性がん総合フォーラム
開催報告
**Mo-FESTA
CANCER FORUM
2022**



Mo-FESTA CANCER FORUM 2022 開催報告

NPO法人腺友倶楽部 理事長 武内 務

Mo-FESTA CANCER FORUM とは、ひげを男性がんのシンボルと見なし、男性がんの啓発を行う世界的な運動 **Movember** の理念を取り入れた「男性がん総合フォーラム」で、通算5回目の開催となります。前回(2021年)からは、日本泌尿器腫瘍学会との共催となり、初めて大阪で開催しましたが、今回は従来の東京会場で、ハイブリッド形式での開催となりました。参加人数には、特に厳しい制限は設けなかったのですが、コロナ禍の影響がまだ心理的に残っているのか、会場参加は70数名に留まりました。しかし、オンライン中継では200名を超える方々に、リアルタイムでご視聴をいただきました。次回は、ブース出展やひげ顔写真展なども復活したいと思っています。当日の写真は次ページをご覧ください。

講演の収録動画は、新しく設けた腺友倶楽部の「Mo-CNANNEL」でオンデマンド配信を行っていますが、配信開始から1ヶ月少々間に、放射線治療(萬先生)の再生数は2000回に迫っており、薬物療法(鈴木先生)は1300回、トークセッションもすでに1000回を超えています。

前年度、視聴回数之最も多かったのは薬物療法で、すでに10,000回を超えているので、情報発信ツールとして、動画は不可欠と言っても良いでしょう。

ご高齢の患者さんには、まだまだオンラインとは無縁の方も多くおられるので、会報「腺友倶楽部」にも講演の要約を掲載し、全国のがん診療連携拠点病院等に無償配布を行っています。

共催

NPO法人腺友倶楽部
日本泌尿器腫瘍学会

後援

日本放射線腫瘍学会
日本対がん協会
前立腺がん啓発推進実行委員会
全国がん患者団体連合会

協賛

バイエル薬品株式会社
ヤンセンファーマ株式会社
武田薬品工業株式会社
アストラゼネカ株式会社
サノフィ株式会社

協力

キャンサーネットジャパン

収支報告

■ 収入の部	
協賛金	¥2,500,000
寄付金	¥20,400
前年度繰越金	¥457,809
計	¥2,978,209
■ 支出の部	
会場使用料	¥611,050
会場設営費	¥337,398
HP、動画(生&編集後)配信	¥765,105
会場運営委託費	¥355,000
講師謝礼・交通費	¥409,077
事務費一式	¥141,589
事務局諸経費	¥100,000
翌年度繰越金	¥258,990
計	¥2,978,209

Mo-FESTA CANCER FORUM 2022 プログラム	
開会挨拶	司会: 中島裕子 (元NHKキャスター) 主催者: 武内 務 (NPO法人腺友倶楽部 理事長)
講演1	最新のスクリーニングと診断について (30分) 伊藤一人 (黒沢病院院長 予防医学研究所所長)
講演2	治療総論: 限局がんを中心に (30分) 三宅秀明 (浜松医科大学医学部 泌尿器科 教授)
トークセッション	局所進行がん、オリゴ転移がんの治療について (30分) 伊藤一人、三宅秀明、萬篤憲、鈴木啓悦、進行: 武内 務
講演3	外照射の進歩と小線源療法 (40分) 萬 篤憲 (東京医療センター 放射線治療科 部長)
講演4	薬物療法の現状と将来展望 (40分) 鈴木啓悦 (東邦大学医療センター 佐倉病院 泌尿器科 教授)
講演5	男性トイレにもサニタリーBOXを! (20分) 高橋未樹子 / 寅 太郎 日本トイレ協会 (理事 / 運営委員)
閉会挨拶	主催者: 宮下武彦 (NPO法人腺友倶楽部 副理事長)

NPO法人腺友倶楽部 2022年度活動報告



Mo-FESTA CANCER FORUM 2022 会場にて



新型コロナウイルスの影響により、ここ数年、セミナーのほとんどがオンラインとなっていました。学会の総会等も、順次通常の形態に戻りつつあります。「Mo-FESTA CANCER FORUM 2022」の終了後は、久しぶりにリアルに顔を会わせた腺友同士で、懇親会を行うことができました。

腺友倶楽部が収録した講演動画も本数が増え、これまではその都度、HPやがんチャンネル（運営：CNJ）で公開してきましたが、新たに動画配信サイト「Mo-CHANNEL」を設け、前立腺がん関連の動画をここに集約することにしました。

<https://mo-channel.org/> （52ページもご覧ください）

腺友倶楽部の会員数も、2023年2月現在740名に達しており、オンラインによる「前立腺がん個別相談」の利用者は、2022年は79名/11ヵ月だったので、月平均7名前後となります。

会員同士、顔を会わず機会が減ってしまったので、オンラインで気軽に話のできる「腺友サロン」を数回開催しましたが、内容はまだ手探り状態で、今年中にはなんとか軌道に乗せたいと思っています。

NPO法人腺友倶楽部 理事長 武内 務

2022年	
2月	会報「腺友倶楽部」第8号 発行
5月	腺友倶楽部 総会：オンライン
6月	全がん連 総会参加：オンライン
8月	ジャパンキャンサーフォーラム：オンライン
9月	「おくらせない手紙」キャンペーン：東京
10月	アジア太平洋地域前立腺がん関係者ミーティング
10月	日本泌尿器腫瘍学会2022（神戸）
11月	「おくらせない手紙」キャンペーン：大阪
11月	ちゃやまち・キャンサーフォーラム：オンライン
12月	Mo-FESTA CANCER FORUM 2022（東京）
12月	前立腺シンポジウム（品川）
	腺友サロン開催：8月、12月
2023年	
2月	会報「腺友倶楽部」第9号 発行
	腺友サロン開催：2月・・・



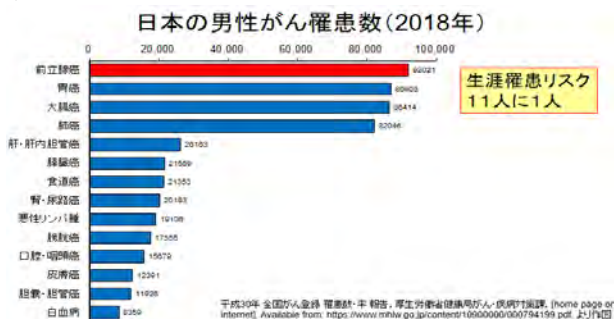
最新のスクリーニングと診断について

伊藤一人 先生 黒沢病院 院長、同予防医学研究所 所長

増え続ける前立腺がん

前立腺がんの罹患数は、現在男性がんで第1位です。多くの方が前立腺がんにかかっておられ、生涯の罹患リスクは11人に1人となっています。前立腺がんと言えば、高齢者だけが注意すればいいと考える方もおられるかもしれませんが、実は50代前半から危険です。

厚生労働省の全国患者数調査では、50代前半で第5位、後半で第4位、60歳以上では第1位となっています。



前立腺がんが日本で増加している原因は、高齢化社会や、生活習慣の欧米化などと言われていますが、ここ10年の急増は、検診診断法の進歩が大きいということが分かっています。今の若い人たちは、食事でも欧米化してきており、彼らが高齢者になる将来はさらに罹患リスクが上がると考えられています。

前立腺がんの予防

前立腺がんの死亡者数ですが、日本では残念ながら右肩上がりに増えており、現在、年間13,000人近くの方が前立腺がんで亡くなっています。

前立腺がんから命を守るために、検診受診をしていただきたいというのが専門医としての願いです。

本来は、前立腺がんの発症を抑える「1次予防」ができれば1番だと思うのですが、これまでの食事との関連についての研究では、動物性油脂、砂糖、ミルクなどは前立腺がんの発生を促進し、豆類、穀物、トマトなどに含まれるリコピンには、予防効果があるかも

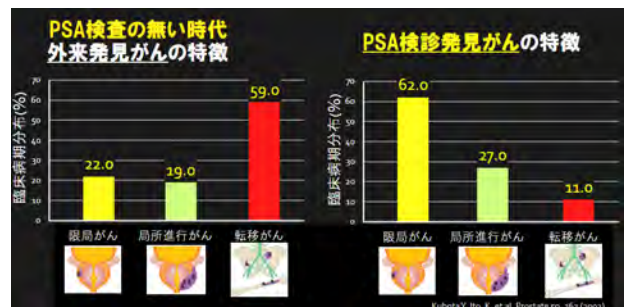
しれないという報告はあるのですが、残念ながら、食事でがんの発生や進行を、完全に予防することはできません。よって、偏った食事をとるよりも、バランスのよい食事をするのが重要だと考えています。

そこで「2次予防」となる早期発見で、がん死のリスクを下げるのが最も重要となってきます。

PSA検査：診断の切り札

PSA検査は、前立腺がんの患者さんにはすでにお馴染みですが、PSAが日本になかった時代には、実に前立腺がんの6割が転移がんで見つかっていました。

腰が痛いと訴え外来に来ると、すでに骨転移が全身に広がっていたり、大腿骨の転移によって足が骨折していたりしたこともありました。



PSA検査が普及すると、前立腺がん診療の風景は一変しました。群馬県のデータでも、PSA検査で発見されたがんでは、転移がんの割合は以前の約60%から約10%に、大幅に減ることになりました。

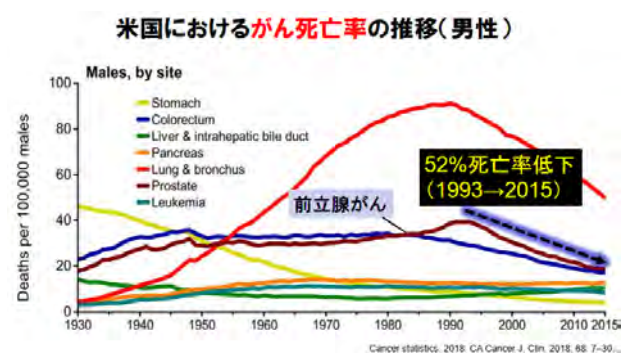
前立腺がんの啓発運動



皆さんご存知のコリン・パウエル元国務長官は、PSA検診により前立腺がんが早期発見され、手術で命が助かったサバイバーと言われています。彼は生前、前立腺がんの啓発活動を全米で行っておりました。

そして、様々な啓発運動が実を結び、アメリカでは劇的な変化が起きています。

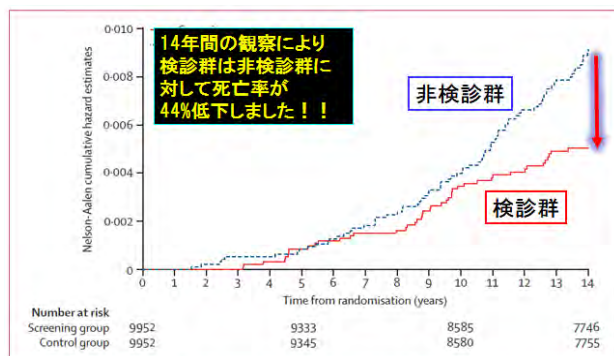
PSA検診の普及以前は23%だった転移がんの比率が、普及後は5%まで下がり、死亡率も1993年から2015年で50%以上激減しています。



PSA検診の有効性

PSA検診の有効性は、スウェーデンのイエテボリで行われた無作為化比較対照試験でも、きちんと証明されています。

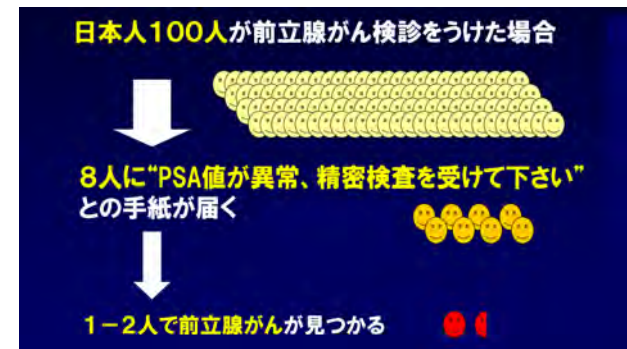
イエテボリ在住の3万人のうちの2万人を選び、1万人ずつ、2年に1回検診を受ける群と、放置する群に分け、その後14年間経過観察をして何人ががんが見つかって、何人がんで死亡したかという、非常に質の高い前向き研究が行われました。



検診群と非検診群における前立腺がん死亡率の変化

その結果、検診群は放置した群(非検診群)と比べて、死亡率が44%低下しました。実は検診群でも、検診を受けなかった人が1/4程いましたし、60歳を過ぎてから検診を始めた人もいたので、もし検診群で、

全ての人が、50歳から、検診を受けてくれていたら、もっと死亡率が下がったと我々専門家は考えています。



日本人100人がPSA検診を受けると、全国どこでもおよそ8人に異常が見つかります。そのうち1~2人ががんが見つかります。また、約300人の方が検診を受け続けることで、1人のがん死を防げるということが既に分かっていますので、PSA検診の効率は、乳がんや大腸がんなどの素晴らしい検診と比べても、相当いいということになります。

前立腺がんのリスク因子

前立腺がんのリスク因子は、人種、年齢、家族歴の3つが主なものです。このうち年齢はすごく重要で、50歳を過ぎるとリスクが上がります。一般的に住民検診等では、50歳以上の受診を推奨しているところがほとんどです。

前立腺がんのリスク因子 **家族歴**

- 第1度近親者(親、兄弟、子)に1人の前立腺がん患者がいる場合
.....2倍の危険度
- 第1度近親者(親、兄弟、子)に2~3人の前立腺がん患者がいる場合
.....5~11倍の危険度

前立腺がん検診ガイドライン 2010年増補版 ③. 前立腺がんの発症より

家族歴も重要です。血縁の親、兄弟などに、前立腺がんの方が1人いる場合、危険度は2倍になり、2~3人いる場合は5倍から11倍危険になります。もし家族歴に心当たりのある方は、40代で一度PSAを測定してほしいと思います。

遺伝子変異も家族歴と密接な関係があります。

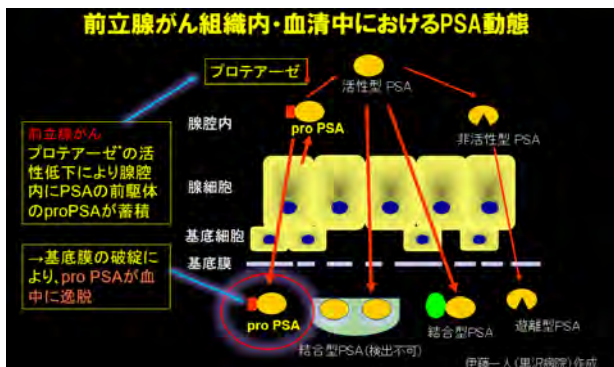
アンジェリーナ・ジョリーさんが予防的に乳房を切除したことで、乳がんのBRCA（ブラカ）遺伝子が有名になりましたが、この遺伝子は前立腺がんにも関係していると言われています。

現在改訂作業中の前立腺がん診療ガイドラインで、BRCA遺伝子変異のある方の検診受診年齢を引き下げるべきだということが議論されています。間もなく公開されると思いますので、また情報を仕入れていただければと思います。

検診には過剰診断などの不利益もあると言われてますが、そのような不利益を減らし、効率よく診断を行ういくつかの方法を紹介します。

proPSAとphi (ファイ)

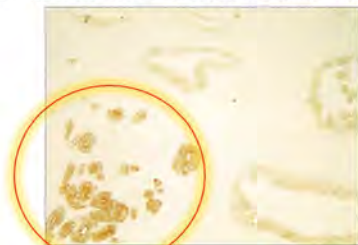
前立腺がんの組織内・血清中のPSAはこのような動態になっています。



PSAには、proPSAという前駆体があります。がん組織では、proPSAを分解してPSAにするプロテアーゼの活性が低下しているため、proPSAががん組織内に蓄積しやすく、基底膜の破綻や血管浸潤により、がん患者の血中にproPSAが多く出てくるわけです。

proPSAの免疫組織染色をすると、このように、がん組織にproPSAが蓄積されている様子が分かります。

前立腺全摘標本中の前立腺がん組織に対する [-2]proPSAモノクローナル抗体を用いた免疫染色



前立腺癌は強く染色されているが、良性前立腺組織の染色性は弱い

UROLOGY 62: 177-181, 2003.

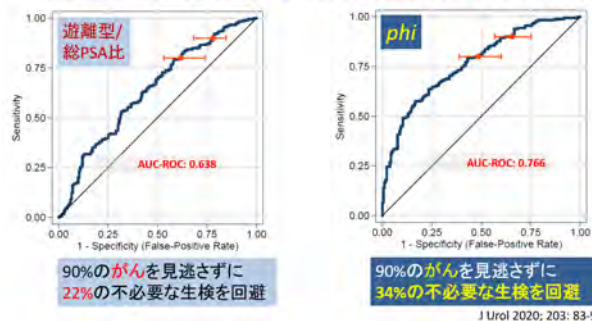
従来から用いられている総PSA (tPSA) と遊離型PSA (fPSA) にproPSAを加えた「prostate health index : phi (ファイ)」という指標が、前立腺がんの診断補助に有効であると認められて、日本でも1年ほど前から、phi (ファイ) が保険診療で使えるようになりました。いわゆるグレイゾーンの判定に使うことで、前立腺がんの可能性をより正確に判定し、不要な生検を回避できることが期待されています。phi (ファイ) 判定の対象となるのは、70歳以上ではPSA4~10、65~69歳では3.5~10、50~64歳では3~10となっています。

もしPSA検診を受けて、PSA値がこのような範囲に入っていた場合は、phi (ファイ) をセカンドスクリーニングとして受けるとよいと思います。

phi (ファイ) の性能

これまで保険診療で使っていた、総PSAに対する遊離型PSAの比 (PSA F/T比) と、proPSA関連マーカーのphi (ファイ) とで、がんと非がんの識別能力を比較してみました。従来のF/T比で、9割のがんを見逃さない値をカットオフ値とすると、約2割の不必要な生検を回避できるぐらいでしたが、phi (ファイ) では34% (1.5倍) 回避できることが分かりました。

各種瘍マーカーの非がん vs. 前立腺がんの鑑別能



さらに、このphi (ファイ) の特徴として、より悪性の高いがんほど、その値が高くなることが分かっています。例えば低悪性度のがんと臨床的に重要ながんを見分ける鑑別能でいうと、F/T比 (遊離型PSAの割合) ではパフォーマンスが上がりませんが、phi (ファイ) ではなんと40%もの不必要な生検を避けることができます。

また、phi (ファイ) を前立腺の総体積で割ると、さ

らにパフォーマンスが上がることも分かっています。

これをphi density (ファイ デンシティ) と言い、9割のがんを見逃さずに、不必要な前立腺生検を、およそ半分に減らせることが分かっています。

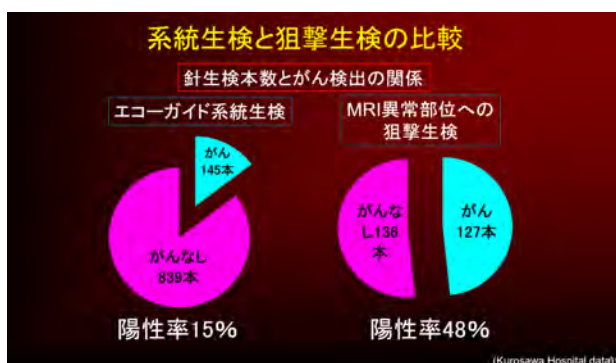
よってphi (ファイ) は、臨床上重要ながんを識別する腫瘍マーカーであり、PSAの後のセカンドスクリーニングにも有用であるということ、ぜひとも覚えていただきたいと思います。

MRI標的的生検

PSAが異常、phi (ファイ) も異常ということになると、生検を勧められることになりませんが、もし可能であれば (MRI標的的生検は残念ながら全国的に普及しているわけではありません) MRI標的的生検を行うと、より正確にがん診断ができると考えています。MRI標的的生検というのは、事前に撮ったMRI画像とリアルタイムのエコー像を融合させて行う生検のことです。



左がMRI像、右がエコー像です。MRIでがんが疑われる場所が、リアルタイムのエコー像にマーキングされるので、その場所に針を命中させることとなります。そして、前立腺の横断像と縦断像を見ながら、マーキングを目掛けて針を正確に刺すことができます。



従来のエコーガイド下の系統生検とMRI標的的生検を比べると、刺した針の数に対するがんの陽性率は、従来の生検が15%なのに対して、MRI標的的生検は約50%でがんが見つかるので、かなり正確だということが分かります。

また、設備と時間的制約の問題で一般的ではありませんが、MRIに直接入ってMRIの装置の中で生検をするという、インボアMRI前立腺生検というものもあり、ごく一部の施設で行われています。

MRI標的的生検と標準生検を、精度で比較した有名な無作為化比較対照試験があります。



両群間のがん診断率比較

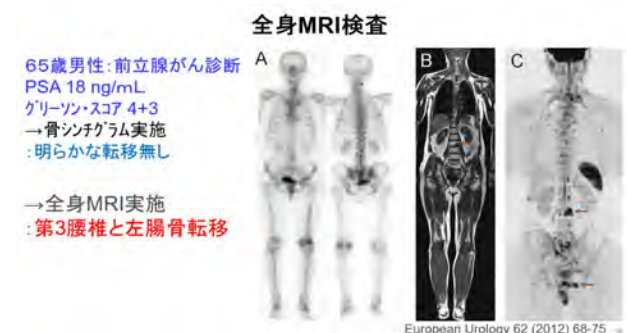
検討項目	MRIガイド生検群	標準生検群
MRI陰性→生検未実施率	71 (28%)	0
臨床的に重要な前立腺がん診断数(率)	95 (38%)	64 (26%)

各250人ずつに分け、MRI標的的生検群はMRIで異常があった場合のみ針生検をしたので、3割の人は針生検をしていなかったにもかかわらず、臨床的に重要と思われるがんの診断率は 38%:26%で、標準生検群よりも明らかに高かったのです。

MRI標的的生検は、全国どの病院でもできる生検ではありませんが、このように精度の高い生検法があることは、ぜひ知っていただきたいと思います。

全身MRI (DWIBS)

全身MRIはDWIBS (ドゥイブス) とも呼ばれています。



提示している症例は論文によるものですが、65歳の男性で、PSA18、グリソンスコア4+3 のがんが見つかりました。骨シンチをしても異常はありませんでした。そこで、全身MRIを行いますと、腰椎の3番目に、くっきり転移病巣が写りました。

全身MRI検査は、すでに保険適用にもなっていますが、実施できる施設はまだ限られており、われわれ専門医が、必要と思った患者を選んで行っているのが実情です。普通に治療しておかしいなと思ったり、PSAが高いのに、普通の検査では転移が全然写らなかったりする場合には、このような高精度の画像診断をやるほうが良いかもしれません。

PSMA-PET

我々専門医が待ちに待っているのが、このPSMA-PETで、現在各所で臨床試験が行われています。

PSMAというのは前立腺特異的膜抗原の略で、これに検査用の薬剤を用いればPSMA-PETとなり、治療用の薬剤を用いればPSMA治療としても使えるのですが、いずれも日本では、まだ承認されておりません。

63歳男性:前立腺全摘除術 (pT2c N0 M0 R1, グリソンスコア 7)
→術後放射線照射+ホルモン療法実施
→PSA 0.21ng/mLと上昇し再発疑い:PSMA PET/CT実施
→左骨盤内に1個の小さいリンパ節転移→救済リンパ節郭清実施



Sarah M. Schwarzenboeck et al. J Nucl Med 2017;58:1545-1552
Copyright © Society of Nuclear Medicine and Molecular Imaging

この症例は、63歳の男性で前立腺全摘後、術後放射線照射もやっています。しかしその後PSAが0.21まで上昇し再発を疑ったため、PSMA-PETを行いました。CTだと、専門医が見てもどこに異常があるかわかりません。しかし、PSMA-PETを行うと光っているところがあり、CTと融合させると、骨盤内に1個リンパ節転移があることがわかりました。この患者さん、追加治療として救済のリンパ節郭清を行っています。

もうひとり症例を提示します。

この患者さんは78歳の男性で、前立腺全摘術後PSAが0.54と上昇し、再発を疑いPSAMA-PETを行いました。

た。CTではどこが再発か診断がつかなかったのですが、PSMA-PETでは前立腺床（前立腺を取ったあと）に再発していることがわかりました。この患者さんには追加治療として救済放射線照射療法を行いました。

78歳男性:前立腺全摘除術後 (pT3b N0 M0 R0)
→PSA 0.54ng/mLと上昇し再発疑い:PSMA PET/CT実施
→前立腺床に局所再発→救済放射線照射療法実施



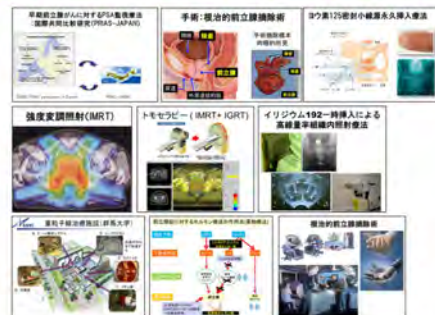
Sarah M. Schwarzenboeck et al. J Nucl Med 2017;58:1545-1552
Copyright © Society of Nuclear Medicine and Molecular Imaging

PSMA-PETは、日本でも近々実施が可能になると期待されている非常に重要な検査法です。必ずしも全員に行う必要はありませんが、専門医が必要だと思った患者さんには、なんとか実施できる体制にしたいと考えています。

さいごに

今日は、前立腺がん診療の入り口の検診と診断についてお話をいたしました。ただし、入り口で失敗するとその後の適切な治療に繋がりません。

PSA検診で前立腺がんを早く見つけ自分に合った治療選択を！



より正確に、がんの有無、治療の可否を判別できるphi (ファイ) の測定や、MRI標的生検も多くの施設でできるようになっていますので、ぜひ、少しでも多くの方にPSA検診を受けていただいて、適切な診断と良質な生検につなげていただきたいと思います。

(要約: 中塚麻美)



治療総論：限局がんを中心に

三宅秀明先生

浜松医科大学医学部 泌尿器科 教授

このたびは、限局性がんに対する治療全般について、手術を中心に話をさせていただこうと思います。

前立腺がんの治療選択

前立腺がんの治療選択に影響を及ぼす因子

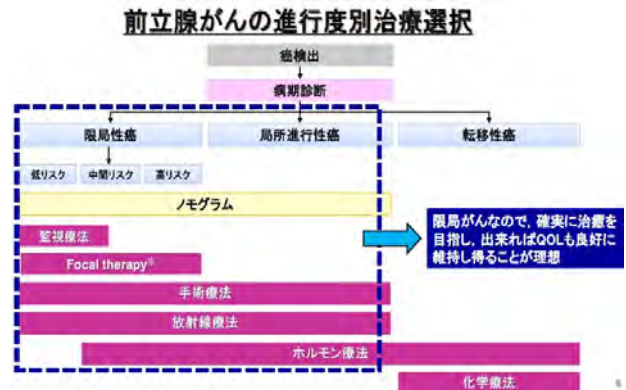
腫瘍側要因	
①転移の有無・部位	+ QOLに関連する希望 (性機能、排尿機能への影響)
②症状の有無・程度	
③リスク分類(原発巣の広がり:T因子、Gleasonスコア、PSA値)	
宿主側要因	
①年齢	+ QOLに関連する希望 (性機能、排尿機能への影響)
②一般健康状態	
③併存疾患	
④期待余命	

前立腺がんの治療法は、腫瘍側の要因と宿主側（患者さん側）の要因を考慮して選択されます。腫瘍側の要因とは、転移の有無(部位)、症状の有無(程度)、リスク分類(後述)などで、宿主側の要因としては、年齢、健康状態、併存疾患、期待余命などです。これに、性機能や排尿機能などQOL（生活の質）に関する患者さんの希望も加味して治療方法を決定します。しかし、医学的に妥当と思える治療を選ぶことが最も重要となるので、まずはリスク分類を知っておく必要があります。リスク分類は、PSA値、生検で判明するグリソンスコア、画像診断による臨床病期の組み合わせによって、このように決められています。

限局がんのリスク分類

リスク因子	【D'Amicoリスク分類】		
	低リスク	中リスク	高リスク
PSA値 (ng/mL)	≤ 10.0	10.1-20.0	20.0 <
Gleason スコア	≤ 6	7	8 ≤
臨床病期	T1c-T2a	T2b	T2c
	いずれも満たす場合		いずれか1つを 満たす場合

大まかではありますがありますが、進行度によって適応すると考えられる治療法はこのようになります。



限局がん、局所進行がん、転移がんでは、それぞれ選択できる治療法が異なります。限局性がんと局所進行性がんであれば、確実な治癒と、可能な限り良好なQOLを目標に治療する必要があります。

監視療法

早期に発見される前立腺がんが増えており、その中には必ずしも生命予後に影響を及ぼさないがんもあります。そのようながんに対しては、根治的な治療を遅らせ、定期的な検査を行うだけで、患者さんのQOLの維持を優先させることが可能です。これを監視療法と称し、医療経済的にも大きな意義があると考えられ、日本でも浸透しつつあります。

監視療法(AS: active surveillance)とは？

・ 暫時治療開始を延期しても生命予後に悪影響を与えないと考えられる患者群を選別し、その後定期的な検査の中で根治的治療を開始すべき前立腺癌をみつけていく、という方法

↓ 背景は？

- ・ 早期に発見される前立腺がんが増加したが、それらの中に生命予後に影響しないものが少なからず存在する。
- ・ 根治治療の回避が可能であれば、QOLの維持、医療経済的視点からも、その恩恵は大きい。

監視療法は、かなり限定された、早期かつ低リスクの患者さんに適応されます。3～6カ月ごとのPSA検査と直腸診に加え、1～3年間隔で前立腺生検を行う

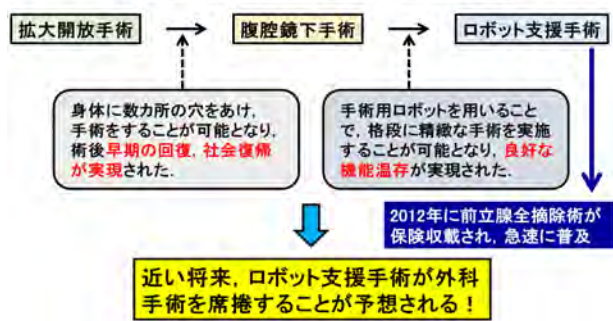
必要があります。すぐに手術や放射線治療を始めるよりは負担が少ないように思えますが、一定期間ごとに前立腺生検を繰り返すことは、患者さんにとってそれなりに大変でしょうし、前立腺がんを抱えたまま何も治療をしていないことに対する心理的抵抗もあるかもしれません。

このような利点と欠点があることをご理解いただく必要はありますが、監視療法の前後でQOL（生活の質）を比較すれば、ほとんど変わらないので、QOLを保つという意味では、大変魅力的な治療法だと思います。

外科手術（前立腺全摘除術）の変遷

近年、前立腺がんの外科手術は、従来の拡大開放手術から腹腔鏡手術に移行し、ロボット支援手術の時代を迎えています。腹腔鏡手術の導入により、患者さんの体への負担は非常に少なくなりましたが、さらに、ロボット支援手術では、より精密な手術が可能となり、良好な機能温存が実現されつつあります。近い将来、ロボット支援手術が、外科手術の主流になることが予想されています。

手術療法：近年の外科手術の潮流



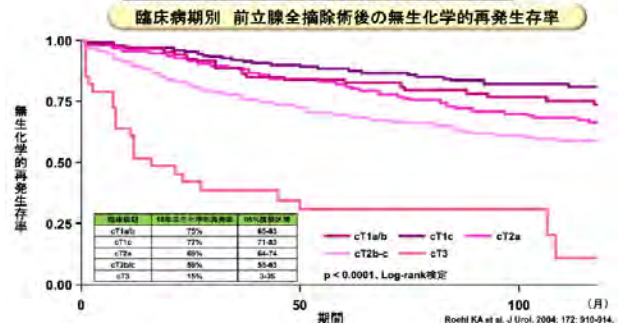
日本では2012年に、前立腺がんのロボット支援手術が保険適用となって以降、急速に普及し、現在ではほぼロボット支援手術に置き換わっています。

前立腺全摘除術は、前立腺と精嚢を一塊に摘除し、膀胱の出口と尿道を吻合する手術です。もちろん、早期がんであれば根治が期待できます。以前は前立腺がんの手術は3～4時間かかると言われていましたが、ロボット支援手術では、実際の手術にかかる時間は2時間程度と大幅に短縮されました。また、入院期間も1週間から10日というところがほとんどです。ただし、

手術後に尿漏れや勃起不全などの合併症が一定の頻度で発生することが知られています。

次に、前立腺全摘除術を受けた患者さんの予後についてお話しします。

根治的前立腺全摘除術施行後の予後



このグラフは臨床病期別の前立腺全摘除後のPSA非再発率を示しています。T3ではかなり悪いですが、T2以下ではまずまずの結果が出ており、T1a/bの10年の非再発率は75%ですから、それなりの成績が期待できるというわけです。

ロボット支援手術の特徴

ロボット支援手術とは、患者さんの体に小さな穴を開け、ロボットアームを挿入して行う手術です。当然、患者さんの身体的負担が少ない手術になります。つまり、出血が少なく、傷口も小さく、術後の痛みも少なく、回復が早いのです。また、非常に繊細な手術が可能です。機能温存に優れているので、良好なQOL（生活の質）が保たれるのです。要するに「身体に優しい手術」と言い換えることができます。

ロボット支援手術の実際

ロボット手術の実際



相互作用により理想的なハイテク手術が実現

この装置は3つの部分に分かれています。

1つ目は術者用のコンソールで、執刀医はここに座って投影された3D画像を見ながらハンドルやフットペダルを操作して手術を行います。

2つ目は患者用のカートです。このカートに横たわった患者さんの体内にロボットアームが入り、このアームは執刀医が行う操作に連動して動きます。

3つ目は体内の画像を映し出すビジョンカートです。カメラから送られてきた画像は最適に処理され、執刀医がのぞき込んでいるスクリーンに、3D映像として送信されます。

この3つの部分が相互作用することで、理想的なハイテク手術が実現されているのです。手術支援ロボットの鉗子は、自由度が非常に高く、自分の手と同じか、それ以上自由に動かすことができます。例えば、私は右利きですので、左手の操作は苦手ですが、この手術支援ロボットでは、左手で物を縫い合わせる操作も全く違和感なくできます。また、術者の手のわずかな震えを補正（縮小して伝達）してくれます。さらに、高精細な3D拡大画像により小さな血管まではっきりと見ることができます。手術支援ロボットのシステムは非常に優れた特徴を備えています。

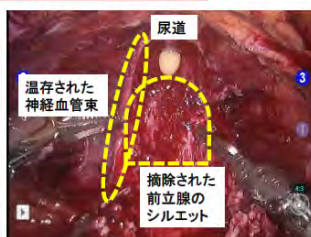
前立腺全摘除術後の合併症には尿漏れや性機能障害などがあります。排尿や性機能を担当している神経血管束を温存できれば、これらの合併症は起こりにくくなります。そのためには、前立腺の両側にある神経血管束の温存が重要となります。

ロボット支援前立腺全摘除術の実際

・前立腺全摘除術後の合併症:尿漏れ, 性機能不全

・前立腺の左右に位置する神経血管束の積極的温存

このラインで前立腺を摘除することにより神経血管束を温存



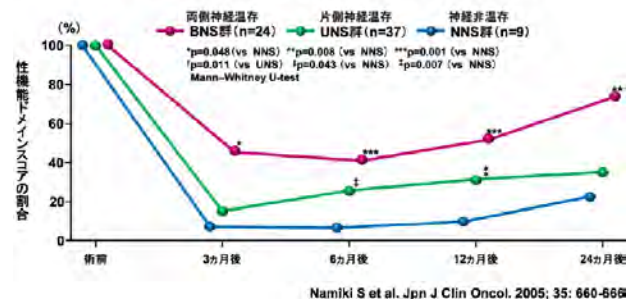
排尿および性機能に関わる神経血管束

これはロボット支援手術で摘出した前立腺の写真です。左右で少し違いがあります。中央部分の点線で囲

まれた部分が摘出した前立腺のシルエットですが、その左側に見えるのは温存された神経血管束です。右側はすでに摘除しているので、これは見当たりません。

神経温存と性機能

前立腺全摘除術の神経温存術式別性機能



神経血管束を温存することができれば、尿漏れや性機能障害を防ぐことができます。

このグラフをご覧ください。赤い線は両側の神経血管束を温存した場合です。緑の線は片方を温存した場合、青の線は神経を温存しなかった場合です。ご覧のように術後の性機能はかなり違ってきます。神経を温存することで、性機能を維持・回復することも可能になるということです。

国産手術用ロボット

国産手術用ロボットhinotoriの導入

・当科では現時点で、前立腺全摘除術36例、腎部分切除術33例を含む84例にhinotoriを使用したロボット手術を施行。



最近、国産の新しい手術支援ロボット「hinotori (ヒノトリ)」が開発されました。当院（浜松医科大学医学部附属病院）でも、hinotoriを導入し、現在、前立腺全摘除術36例、腎部分切除術33例を含む84例に手術を施行しています。海外で開発された手術支援ロボット daVinci (ダヴィンチ)と比較して、優れて

いる、劣っているということではありません。国産の hinotori には daVinci にはない特徴もあります。私たちはこの新しい機械を使って、患者さんに両方の良いところを提供できるように努力しているところです。

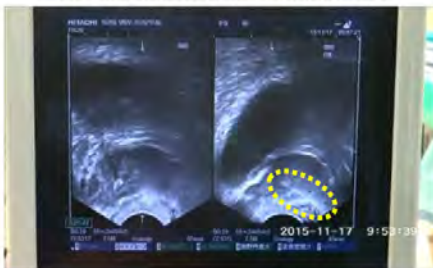
光学的診断

前立腺がんの手術では、リンパ節転移の有無を確認するため、リンパ節郭清が行われます。通常、リンパ節郭清は、病変のある臓器のリンパの流れが最初に到達するリンパ節（センチネルリンパ節）で行いますが、前立腺がんのセンチネルリンパ節は、比較的広範囲に分布するため、場所の特定が非常に難しいです。

「光線学的診断」は、患者さんごとにセンチネルリンパ節を特定するための一つの方法です。

ICGを用いた前立腺がんリンパ節転移の光学的診断①

エコーガイド下に前立腺の左右にICGを注入し、
前立腺全摘除術およびリンパ節郭清術を施行



超音波の画像を見ながら、前立腺の左右にICGという薬剤を注入します。そして近赤外線モードにすると、ICGが集積したリンパ節が発色し、その患者さんのリンパの流れが最初に到達するリンパ節がどこにあるかがわかります。

ICGを用いた前立腺がんリンパ節転移の光学的診断②

近赤外線モードに変更すると、ICGが集積したリンパ節が発色

白色光モード

近赤外線モード



手術用モニター 近赤外線光用モニター 手術用モニター 近赤外線光用モニター

この後、前立腺全摘術とリンパ節郭清を行います。このような高度な技術を使って、より効果的なリンパ節郭清を行おうとしています。

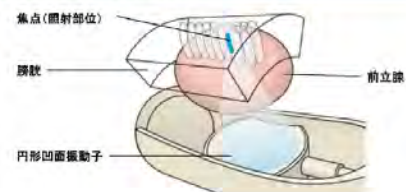
フォーカルセラピー

フォーカルセラピー（部分治療）にはいくつか種類がありますが、次の2種類を取り上げたいと思います。

●HIFU (High Intensity Focused Ultrasound)

Focal therapy(局所療法):高密度焦点式超音波療法(HIFU)

- ・プローブを経直腸的に挿入して強力な超音波を照射し、焦点領域だけにエネルギーを収束させて組織を凝固壊死させる。
- ・治療適応はT1c-2aN0M0かつPSA<15ng/mLかつGleasonスコア 7以下(生検で陽性本数15%以下)。

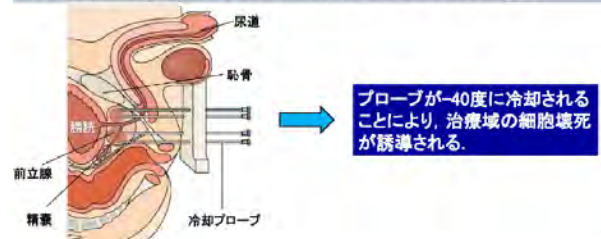


高密度焦点式超音波が日本の正式名称ですが、一般的にはハイフと呼ばれています。直腸からプローブを挿入し、強力な超音波を照射して組織を凝固・壊死させます。ごく早期の悪性度の低いがんと診断された患者さんに適用できる治療法です。

●凍結療法 (Cryosurgery)

Focal therapy(局所療法):凍結療法(Cryosurgery)

- ・前立腺に複数の治療プローブを穿刺し、液体窒素または液体アルゴンによってプローブを冷却することにより、癌細胞を凍結し壊死させる。
- ・局所限局癌に適応となる。進行性前立腺癌患者の症状緩和にも応用されている。



前立腺に複数のプローブを挿入し、液体窒素や液体アルゴンを注入してがん細胞を凍結させ、壊死させる治療法です。一般的には局所がんに応用されますが、進行がんの患者さんの症状緩和を目的に行われることもあります。

これらの治療はどこでも受けられるわけではなく、提供している施設も限られているため、日本国内のすべての患者さんに提供することは困難です。また、この治療を受けている患者さんの数は少なく、まだまだ未知数な部分が多いのが現状です。いずれもまだ保険適用とはなっておりません。

放射線療法

放射線治療についても少し触れておきます。

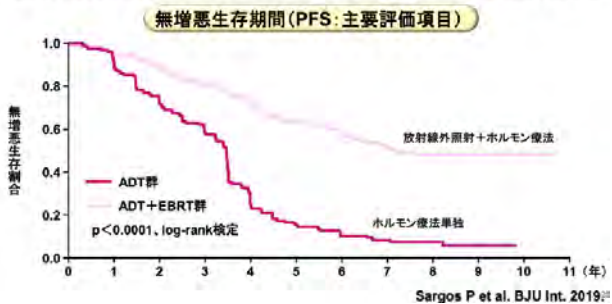
放射線療法		
根治療法	外部照射	リニアック(X線) 3次元原体照射(3D-CRT) 強度変調放射線治療(IMRT) 粒子線 陽子線 重粒子線(炭素イオン線)
	小線源治療 (brachytherapy)	低線量率 高線量率
	放射性医薬品	塩化ラジウム(Ra-223)
緩和療法	前立腺局所	外部照射
	骨転移薬	外部照射 放射線ストロンチウム

限局がんに適応

後で詳しく説明があると思いますが、限局がんには外照射や小線源治療が適用されます。

中・高リスクでは、外照射療とホルモン療法を併用することが標準的で、中リスクの場合には半年程度のホルモン療法を行ってから放射線を照射することが多いようです。放射線治療単独より、ホルモン療法を併用したほうが治療成績が良くなるというデータがあるためです。

放射線外照射およびホルモン療法の併用:臨床試験の結果



また、局所浸潤がんの無増悪生存期間 (PFS: 病勢増悪が見られない期間) は、ホルモン療法単独よりも、外照射とホルモン療法併用のほうが有意に延長するという報告が多数あります。

外部照射療法に代えて手術を試み、手術+ホルモン療法で治療を行っているケースもあります。

ホルモン療法

ホルモン療法は、本来は転移のある進行がんに使われることが多いのですが、一部の限局がんや局所進行がんにも使われています。局所進行がんに対しては、放射線治療や手術と組み合わせて使われることがあります。

患者さんの中には、80歳以上の非常に高齢の方や、心機能が悪い、肝機能が悪いなど、何らかの理由で根治療法が受けられない患者さんもおられます。そのような方には、限局がんであってもホルモン療法が適応になることがあります。

ホルモン療法の位置付け



おわりに

限局がんに対する標準的な治療法は、手術療法か放射線治療です。

これらの治療に加えて、監視療法やホルモン療法などが限局がんに適応されることもあります。

限局がんの治療選択肢は多いので、患者さん一人ひとりが、それぞれの治療の適応と特徴を理解し、医学的適応のもとで、できるだけ希望に沿った治療法を選択することが大切だと思います。

(要約: 林さえ子)



外照射の進歩と小線源療法

萬 篤憲先生 東京医療センター 放射線治療科 部長

はじめに

がんを退治するための基本的な治療はこの三つです。

- 1) メスでしっかりと切り取る：手術療法
- 2) 特殊な光をしっかりと当てる：放射線療法
- 3) 特殊な薬物をしっかりと投与する：薬物療法

放射線は光の仲間です。X線が最も古く有名ですが、粒子線も含めて、効率的に必要な量を適切な範囲に集中させる治療技術が、放射線治療として発展してきました。

外照射（外部照射）の発達・高精度化

外照射の発達・高精度化



外照射は最近非常に高精度化されたので、放射線治療医は、こぞって高精度放射線治療と呼んでいます。

現在用いられている外照射は、主に三つあります。

- ・ **IMRT**：欧米を中心に発展し、病巣の形状にきれいに合わせて放射線を当てる技術
- ・ **IGRT**：X線撮影や金マーカーを埋め込んでCT撮影することにより、放射線がずれないように正確に当てると共に、超音波やMRを使うことにより、病巣の位置、前立腺の動きを確認し、狙う位置を修正しつつ放射線を当てる技術
- ・ **SRT (SBRT)**：脳腫瘍や脳転移に対して多方向からビーム（ガンマ線）を集中照射させるガンマナイフという機器から発展し、現在はさまざまな機種で、3次元的に多方向から、腫瘍部分に対し高精度のピンポイント照射を行う技術

IMRT、IGRT、SRTの三つがほぼ完成して、これらを組み合わせて非常に高度な照射ができるというのが、ここ10年、20年における大きな進歩になります。

メーカーによって異なるいろんな外照射の機器が世の中に出回っています。

機器はメーカー別、病院側の選択



- ・ **リニアック**（バリアン社、エレクタ社）
（汎用、様々なオプション、8割）
- ・ **ガンマナイフ**（脳SRS、アキュレイ社）
- ・ **サイバーナイフ**（SRT、アキュレイ）
- ・ **トモセラピー**（CT型、アキュレイ）
- ・ **MRリニアック**（MR、エレクタ）
- ・ **ハルシオン**（SRT & AI、バリアン）
- ・ **Oリング**（波動CT型、日立）
- ・ **粒子線**（日立、海外メーカー）

多くの技や型がメーカーや機種毎に発達

寡分割照射

これまで長い間、正常な組織を守ってがん病巣にたくさんの放射線を当てるには、分割回数の多い「通常分割」が良いという考えが主流でした。1回2Gyを37から40回、約8週間ほぼ毎日当てるというのが一般的な治療でした。ずれ幅（マージン）は少しゆとりを持って放射線を当てても正常組織が耐えられるようになっていました。

近年、照射期間を短くしてより効果が上がることを期待した「寡分割照射」が行われるようになってきました。1回線量を徐々に上げ、6週間から4週間になり、その代わり、ずれ幅を小さくしないと、膀胱や直腸などの正常組織への影響が強くなってしまいます。

照射回数の変遷（キーワードは時短と大線量）

分割法	1回線量	回数	期間	ずれ幅
通常分割	2 Gy	37-40回	8週間	10-6mm
寡分割 (1)	2.5Gy	28回	6週間	9-6mm
寡分割 (2)	3 Gy	20回	4週間	6mm
超寡分割	7.25-8Gy	5回	2週（隔日）	5mm
同時線量増加	部分増加	同数	同期間	2-3mm

1回の線量をもっと上げて、照射期間をもっと短くしても良さそうだということも分かって来て、1~2週間で数回、今は5回が多いと思いますが、このような「超寡分割照射」も行われています。非常にタイトにやるために、ずれ幅も非常に小さくしないといけません。

部分的に放射線量をもっと増やす「同時線量増加」も可能になってきました。同じ照射回数、例えば5回でも、その中の一部にもっと強く当てることができるわけです。

「通常分割」から「寡分割」「超寡分割」へ移行しつつありますが、治療効果はほぼ同等か、線量の増加に応じて少し良いかも、というレベルに留まっており、一方、副作用はもしかしたら少し多いかもしれません。これもいろんなやり方で変えることが可能です。

マーカーとスペーサー (ベンチャービジネスから)

・金マーカー

前立腺などに挿入し、照射前後、照射中にその位置を瞬時に確認。照射中にガスや呼吸などで動いたときには瞬時に照射を停止したり、追従することが可能な機器もある。

・スペーサー

前立腺と直腸の間にゲルを挿入し、直腸線量を確実に軽減できる。3か月で自然吸収され消失する。

いずれも麻酔と技術習熟が必要。通常は同時に挿入。施設や好みも。



小さな金マーカーを前立腺の中に埋め込んで、より正確に放射線を当てることもできますし、また、前立腺と直腸との隙間にハイドロゲルというスペーサーを挿入すれば、直腸への放射線の影響は極めて小さくなります。

照射計画

患者さんの再発リスクや全身状態をみて、照射方法、何週間でどのぐらいの範囲にするのかを決めて、計画用のCTと可能ならMRまでを、2~3時間かけて撮影します。実際の治療で再現しやすい膀胱や直腸の大きさを推測して撮影し、固定具も作成します。そして、患者さんには便秘に気をつけてもらう、尿をどのぐらい貯めてもらう、などの説明を行っている、丸1日かかってしまいます。

それから実際に照射計画を立てます。前立腺、尿道、

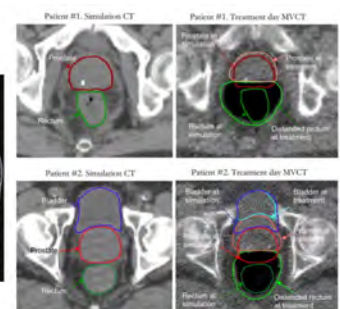
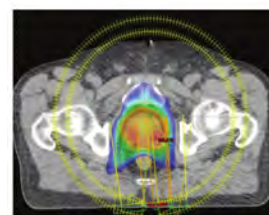
膀胱、直腸の輪郭を正確にとつて、どこにどのぐらいの放射線量を当てるかを計算して、線量分布を作成していきます。その後、ファントムという模型を使って、実際に計算通りになっているか実測する確認作業があり、照射計画全体では数日から1週間ぐらいかかることが一般的です。

実際の照射

例えば、照射回数40回であればほぼ毎日、計40回照射を繰り返します。X線やCTなどを使って位置をきちんと合わせ、腸や膀胱の大きさを確認して、前立腺に当たってずれていないかということを確認します。ここまでに、だいたい10~20分間は軽やかかります。確認したらスイッチを押すと、1~2分間で治療がさっと終わってしまいます。順調なら治療室にいる時間は、20~30分間ということになります。

日々、膀胱内の尿量、直腸のガス量が一定とは言いつれず、ずれることもあります。それから緊張によって位置が変わることもあります。変形していてやり直すことになり、「ちょっとトイレにもう1回行ってきてください」とか、「もう少し待ちましょう」とかしていると、さらに20~30分間たって、その間にまたずれが生じたりガスが下りてきたりします。うまく位置が合わなくて「計画をやり直しましょう」と最初のCTから治療計画をやり直すことも稀にあります。肺では呼吸の動きがとても重要ですが、前立腺では呼吸よりも尿量や大腸の動きが重要なので、なかなか予測しにくい部分があります。

毎日の照射と実際



治療回数が少ない場合の問題点

治療回数が減ってきた場合の問題点ですが、放射線治療では総線量が重要なので、例えば40回の照射回

数の場合、3~4回ほど少しずれたりのみ出たりすることや、照射の1~2分間にガスがさっと腸内に下りてくともありますが、それでも9割はきちんと当たっていると言えます。

しかし、5回の照射で、もし1回少しずれたりのみ出たりした場合には、2割は想定外の線量になってしまう可能性があるというわけです。

回数が少ない治療はどうか？

- 照射線量は積み重ね
- 40回の内、もし4回前立腺が照射野から1cmはみでると一部には線量が不十分だが、9割の36回は大丈夫
- 5回の内、もし1回でも照射中ガスでずれて照射野から1cmもはみでると、一部の合計線量は予定の8割くらいかも？
- 治療台に寝てから20分もたつと、臓器も体も動きが大きくなる

- 尿道の副作用が少し強め



ですから、回数が少ない場合には、より慎重に位置合わせが必要になります。慣れないうちは結構この精度が難しい問題になります。尿道の副作用に関しては、照射回数が少ないほうが若干強いようです。これは昔からの法則通りです。

時短の精度管理と対応策

照射回数が少なくとも、治療効果を上げ副作用を抑えるには、きちんと毎回丁寧に見て、その場で決定していけばいいわけです。技師、医師が十分いれば可能となります。

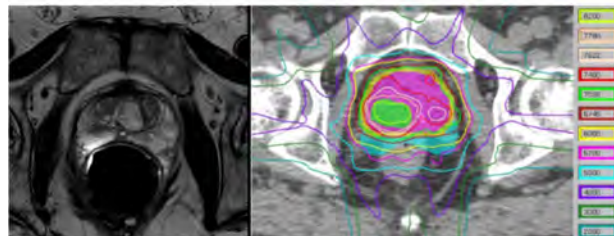
今の新しい機械ですと、MRで動きを見たり、AIを使って再計算することは可能ですが、これにもたついていて、30分、1時間経って、どんどん状況が変わってきてしまいます。1日に治療する患者さんを、ほんの数名しかできないような施設も多々ありますので、照射回数を減らす時短が本当にいいのかどうかという結論はまだ先になるかと思えます。

放射線治療は機械がやっているように思われているかも知れませんが、実際にそれを支えているスタッフである技師、物理士、医師、看護師らの確保、訓練、教育が何よりも重要になります。高精度とえば聞こえはいいのですが、より丁寧な治療と総合判断が必要になります。日本人は欧米人に比べると、比較的体格

も一定していて、指示にもよく従うので、手術はしやすく放射線治療もかなりやりやすいと思います。

同時局所線量増加

同時局所線量増加は全例に可能なわけではない



「同時局所線量増加」は、現在、治療計画の技術としては、特に難しいものではなくなりつつあります。がんの位置を正確にMRで判断して、そこに放射線を集中して当てるということは可能ですが、病巣を正確に見つけられるか、1~2 mmずれた場合でもかなりずれてしまうので、前立腺全体に当てることに比べるとかなり難しくなります。また広い範囲に放射線を当てる場合にはより難しくなってくるので、そう簡単にはいきわけではありません。しかし「同時局所線量増加」は非常に期待されている技術ではあります。

オリゴ転移

転移が2、3個、一応、保険では5個までに限られ、局所治療が可能な場合をオリゴ転移と言います。

オリゴ転移（再発）

- 限られた転移（3個くらい）で局所治療が可能な場合をいう
- 脊椎骨盤骨だけの5個までの骨転移を伴う前立腺癌に対して、前立腺の照射により長生きができる
- オリゴ転移の病巣を定位照射で制御すると、次の転移発生を遅らせ、薬物療法を遅らせることができる
- オリゴ転移の段階は複雑である



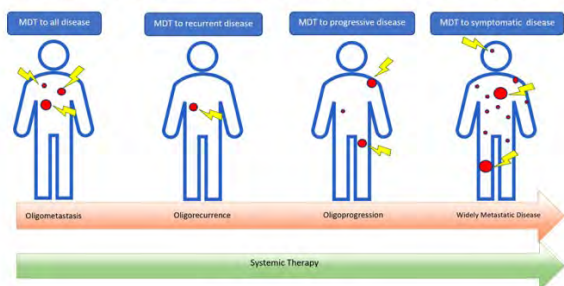
脊椎、骨盤骨だけで5個までの骨転移を伴う前立腺がんであれば、前立腺自体に照射することで、より予後が良くなることははっきりしてきました。

オリゴ転移の病巣に対する定位照射は、線量も高いし制御率も高いです。これによって次の転移が遅れて発生する。薬物療法を半年、1年間、優に遅らせることは、かなり可能になっています。

ただ、オリゴ転移という段階は非常に複雑です。最初から見えているオリゴ転移だけではなく、手術や放射線治療後の再発に伴うものや、ホルモン治療をやっている間に出てくる場合もあれば、非常に多数の転移がだんだん見えてくる場合もあります。現在、放射線治療の世界では、このようないろんな段階をきちんと分類されており、それぞれのオリゴ転移の形に応じて、その転移巣だけをたたく定位照射をどのように行い、薬物療法とどう組み合わせるのが良いのか、研究が進行中です。

Metastasis-directed therapy (MDT)

定位照射で転移巣を叩き、全身薬物療法を遅らせ支援する



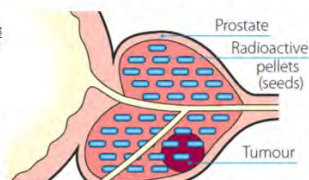
少数のリンパ節、肺転移、骨転移への定位照射というのは非常に期待された必殺技と言ってもいいと思います。放射線治療医はもうこれにかなり命運をかけています。例えば、脊椎への転移に対しては、長期に制御するために、わずか1回か2回の定位照射で、脊髄さえきちんと外すことができれば、非常に高い線量を当てることができます。今までの通常の治療の数倍の効力になりますので、完全に消滅するというのも期待できると放射線治療医は思っています。

小線源治療

小線源治療は、前立腺内部に放射線を出す物質の入った小カプセルを挿入する治療です。

小線源療法

- 内部から超高線量を照射できる。麻酔下で、動きをとめて線源を挿入するので外照射のようなズレがない。集中性はおそらく最も高い。
- 副作用として、尿道への影響が長め、強め。
- LDR 僅か1回かつ永久挿入
- HDR 2回以上の一時的挿入



外照射と違って位置がずれることがなく、非常に集

中性が高い治療です。

LDR（低線量率組織内照射）は、多数の放射性シードを永久挿入する治療で、1回で終わるので非常に効率的な治療ということになります。

HDR（高線量率組織内照射）は、機械を用いて針を刺し、照射後に線源を1回体外に戻します。この治療を、普通は2回行うことによって、非常に高い治療効果が得られています。

小線源治療は、麻酔を要する点では手術に近く、術者によって少し手技の差があります。どのくらい放射線を当てるのかなど、ある程度自由度があり、施設によって違うということはあるかもしれませんが。外照射も、いろんな線量分割があるので、施設による違いはあるかもしれません。

小線源治療の副作用としては、尿道の近くまで線源があるので、排尿に関する影響は強めに現れ、長くなる傾向にあります。強く当てる分、それなりの副作用はあるということを理解しておく必要があります。

トリモダリティ

トリモダリティは、高リスクの前立腺がんに対して、小線源治療と外照射、ホルモン治療をなるべく短期間で併用するという方法です。

Trimodality 三者併用療法

- 高リスクの前立腺癌に対して、小線源と外照射と短期ホルモン治療を併用する。外照射よりも前立腺への線量が高く、再発は明らかに少ない。併用ホルモン治療を減らせることが期待。
- 併用外照射も時短へ
 - 1.8Gy x 25回 骨盤照射
 - 2.5Gy x 15回 IMRT
 - 5 Gy x 5回 定位照射

外照射よりも前立腺への線量がより高くなるので、再発は明らかに少なくなります。うまくいくと併用するホルモン療法の期間を短くすることもできるのではという期待はあります。併用する外照射も、従来25回かけていたような治療が、単独の外照射と同様、時短になってきています。骨盤に当てる場合は、25回の方がいいかもしれませんが、だんだん短期間で行われるようになり、最近では15回、施設によっては5回の定位照射を行っているところもあるのではないのでしょうか。

術後照射

前立腺がんは高リスクであっても、手術するケースはどんどん増えつつあります。実際に手術で採取した組織、病理の結果をみると、手術をしてどういう場合に予想外の広がりがあるのかとか、こういう場合にはやはり取り残すことがあるということが非常によく分かります。

再発リスクがとても高い場合、手術の結果、前立腺のあったところに顕微鏡的な小さながん細胞が残っている可能性が高いので、そこに外照射を追加することで、かなり救われることが分かっています。

再発リスクが高いと予想される場合、手術後すぐに放射線治療を行う場合がこれにあたります。

術後救済照射

術後すぐに外照射をするということは、やはり多少の副作用が加わるので、できれば避けたいという思いがあります。そこで術後にPSAが上がってきた患者さんだけに絞って、PSA値は生化学的再発と認定される0.2ng/mlから0.5ng/mlまでぐらいを目安に、術後救済照射を行うとかなり治ります。救済照射のタイミングは遅くなればなるほど治りにくくなります。

ある程度PSAが上がってくる場合には照射単独では難しいかもしれません。最近はこれに骨盤照射を加えたり、短期のホルモン治療を加えたりすることで成績が上がるということは分かっていますが、長期の結果というのは、まだこれからです。

術後照射、術後の救済照射とも「通常分割」で行っているのが普通です。

照射後再発の救済照射

外照射後の再発も結構あります。照射後の再発に対して十分な画像検査ができていて、前立腺内の再発であると思えるなら、小線源治療や定位照射で救済できる可能性は十分にあります。5割以上の期待はできそうですが、これを行うかどうかについては、かなり悩むところだと思います。ホルモン治療を継続するほうが良いのかどうかという問題がある場合には、ぜひ考えていただきたいと思います。現在、画像でもかなり

小さな転移が分かるようになってきています。そこに対する定位照射というのは、オリゴ転移という意味で、やれる価値はこれから増えてくると思います。

併用ホルモン治療の適用と功罪

低リスクの前立腺がんであれば単独照射ですが、中・高リスクになってくると長期のホルモン療法を併用したくなりますし、したほうが安全だとは思っています。

その後PSA再発した場合には、長期であっても間欠投与にしたり、多発転移の場合にはホルモン療法の長期継続となってしまいます。併用ホルモン療法でがんの発育を抑制したり再発を減らす効果はあると思います。ただ副作用では、いわゆる更年期になることなので、一部の方では確実に老化が進んでいるように見えますし、合併症や他病死が増えてしまうことも考えられます。体力や気力の低下が非常に目立つ場合には、注意していただいたほうが良いと思います。

まとめ

- ・放射線治療は上手に慣れて使えば、手術と十分に肩を並べる治療といえる。
- ・機械や技術の進歩によって重い副作用は減り、時短も可能になってきた。
- ・放射線治療は機械も大切ですが、人の充実が必須。
- ・小線源治療や部分線量増加が治療成績向上の鍵。
- ・長期毒性を考慮し、ホルモン治療の併用は慎重に。
- ・術後や再発、転移への放射線治療はもっと利用したい。
- ・泌尿器科や他科、地域との連携、相互教育が重要。

いくら前立腺がんの進行が遅いと言われても、がんといわれると、命の長さは気になります。医学や医療は確実に進歩し続けます。標準医療は一つきりではありません。本当に治療選択肢はいろいろあります。

長い道のりになりますので、皆さん、自分なりの生き方、人生設計と照らし合わせて、よく考えて相談していただきたいと思います。

(要約：水太郎)



薬物療法の現状と将来展望

鈴木 啓悦先生 東邦大学医療センター佐倉病院 泌尿器科 教授

はじめに

今日は薬物療法についてお話しさせていただきますが、薬物療法と言っても、最近では、泌尿器科医でも前立腺専門でないとはよく分からないほど、多種多様化しています。そういった内容を整理しながら、近年の動向と言える個別化治療についてもお話しさせていただきます。

前立腺癌における薬物療法の現状と将来展望: APCCC

2010年以降、毎年のように前立腺癌に対する新規治療が開発・承認された。
 →2015年以降、乳癌(BCC)に倣って、スイスのザンクトガレン大学を事務局に、グローバル・コンセンサス会議(APCCC)が奇数年に開催されている。
 →泌尿器科医・腫瘍内科医・放射線診断医・放射線治療医・病理医・遺伝専門医・医学統計専門家・患者代表など多職種からパネルを形成。
 →何が標準的診療なのか？何が不足している検査・治療・エビデンスか？



スイスに事務局を置く“APCCC”という進行前立腺がんのコンセンサス会議がありますが、私はこれに2015年より参加しています。泌尿器科医はもちろんですが、多くの分野の医療関係者や患者団体がパネルを形成して、何が標準的診療なのか、検査・治療のエビデンスで何が不足しているのかなど、2日半に渡って多くのセッションで、進行前立腺がんの現状と課題を総括し、投票によって世界の現状を知り、意見を調整する仕組みがあるわけですが、そこで“去勢”という用語が話題になった時、イギリスの患者代表は、“去勢”などというのは犬猫に對し言う言葉だ、なぜ我々人間に對しそのような言葉を使うのか、とかなり怒っていました。このように、わが国においても、患者団体の意見をはっきり言っていたくことが、治療環境の改善にもつながるのではないかと考えています。

ドラッグ・ラグと臨床試験

ドラッグ・ラグというのは、薬剤の国内承認が世界よりかなり遅れてしまっている状態のことです。

日本での薬剤に関する承認状況は、最近、比較的良くなりつつありますが、患者さんにとって、海外で使える薬物が、日本では使えないという悲劇的なことが、以前は良く起こっていました。

2010年ぐらいから、やっと、日本の患者さんも、国際共同第3相試験に入ることができるようになりましたが、これに入るとは非常に重要でして、もし入っていないと、第3相試験に基いて欧米などで承認されたあとも、日本では国内の第1相試験、ないし第2相試験からやらないと保険適用とならないので、承認がかなり遅れてしまいます。

前立腺癌における薬物療法の現状と将来展望: ドラッグラグの解消

以前、前立腺癌は欧米に多く、日本人では男性悪性腫瘍の第5-6位の罹患率(現在は1位)。
 →2010年頃まで前立腺癌の国際共同第3相試験に日本は含まれなかった。
 →欧米で承認後に、国内試験を行って保険適応になった。→“ドラッグラグ”

薬剤名	承認日		ドラッグラグ
	Japan (PMDA)	US (FDA)	
ドセタキセル(抗がん剤)	2008年8月29日	2004年5月19日	51ヵ月
エンザルタミド(新規ホルモン薬) (化学療法後)	2014年3月24日	2012年8月31日	19ヵ月
(化学療法前)	2014年10月22日	2014年9月10日	1.5ヵ月
アピラテロン(新規ホルモン薬) (化学療法後)	2014年7月4日	2011年4月28日	38ヵ月
(化学療法前)	2014年7月4日	2012年12月10日	19ヵ月
カバジタキセル(抗がん剤)	2014年7月4日	2010年6月17日	49ヵ月
塩化ラジウム-223(放射線医薬品)	2016年3月28日	2013年5月15日	34ヵ月

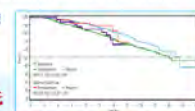
現在、日本で使われているドセタキセルとかカバジタキセルなどの抗がん剤は、4年以上のドラッグ・ラグがありました。ところが最近これが非常に短くなりつつあります。エンザルタミド(イクスタンジ)という新規ホルモン剤は、2014年にわずか1.5カ月の差で承認されています。これは国際共同試験の患者さん1700人のうち61名の日本人が、最初からエントリーできたおかげなのです。

前立腺癌における薬物療法の現状と将来展望: 日本人特有の問題

PREVAIL試験

Beer T et al. NEJM 2014; Kimura G et al. Int J Urol 2016
 1717名の化学療法前の転移性去勢抵抗性前立腺癌患者さんにおけるエンザルタミド(新規ホルモン薬)の効果調べた臨床試験

61名の日本人患者を含む。
 →日本人でも良好な成績。ただし、食欲低下などが日本人で多かった。



患者さんの体重: 全体の患者: 83 kg vs. 日本人患者: 66 kg 日本人は約20%体重が軽い!	投与5週目のエンザルタミド血中濃度: 全体の患者: 13.2µg/mL vs. 日本人患者: 15.9µg/mL 日本人は約20%血中濃度が高い!
--	--

このように海外の臨床試験に参加すると、早く承認されるというよい面もある一方、日本人・アジア人特有の問題に直面することもあります。

この臨床試験では、日本人のデータは非常に良好でしたが、食欲低下や、目まい、疲労感といった合併症は日本人のほうが多かったのです。欧米の患者さんの平均体重は83キログラムですが、日本人の患者さんでは66キログラムなので、約20%体重が軽いにも関わらず、等しく160mgという量を飲んだため、投与後5週間目の薬剤の血中濃度は、日本人の患者さんのほうが20%高かった。血中濃度が高いと治療効果はよくなりますが、副作用は強く出る可能性があります。アジア人は肝機能も若干、欧米人より弱いということもあり、世界同時の臨床試験に参加すると、副作用に特に気を付ける必要があります。

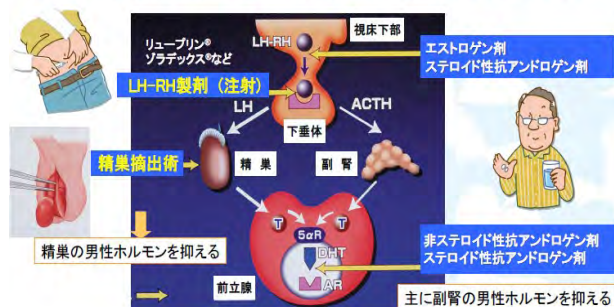
基本的なホルモン療法

チャールズ・ブレントン・ハギンズ先生は、1940年代に、前立腺がんがホルモン療法で改善できることを証明し、その功績でノーベル医学生理学賞を受賞されています。当時のホルモン療法は精巣摘除でしたが、近年は、そのほとんどにLH-RH製剤の注射が用いられています。

男性ホルモンの95~97%は精巣で作られており、残りの3~5%は副腎で作られていますが“前立腺がんにはこれらの男性ホルモンの抑制が重要である”という概念は、現在に至るまで受け継がれています。

ホルモン療法は、早期がんでも放射線治療と併用する場合もあるし、何より転移がんでは第1選択となります。ご高齢で根治治療ができない場合や、手術や放射線治療後の再発例など、幅広く使われています。

ホルモン療法の多様化: 精巣や副腎からの男性ホルモンを減らす



従来は精巣の摘出がホルモン療法の基本でしたが、最近ではリュープリンとかゾラデックスといったLH-RH製剤を3~6カ月注射することで、精巣の摘出と同じような効果を得られる時代になってます。

またこれに併用するものとして、従来はエストロゲン製剤などを使ってましたが、最近では非ステロイド性の抗アンドロゲン剤(経口剤)を併用することが多く、この抗アンドロゲン剤も、ビカルタミド(カゾデックス)などの第1世代から、より強力な第2世代の薬(新規ホルモン薬)へと移行しつつあります。

ホルモン療法の副作用

ホルモン療法の合併症



ホルモン療法は、転移巣も含めて全身のがんに効果が期待できるわけですが、副作用もあります。筋力の低下や、骨密度の低下により、転倒時に骨折しやすくなります。長期的にやれば、いわゆるメタボリックシンドロームですね。内臓脂肪が溜まって糖尿病や高脂血症になりやすく、心血管系の病気、たとえば心筋梗塞などにも気を付ける必要があります。

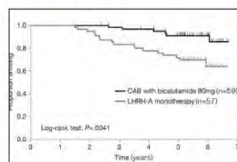
海外では認知機能への影響も言われていますが、日本ではさほど影響はなさそうに感じています。

CAB療法について

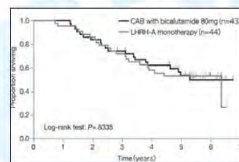
ビカルタミド(カゾデックス®)錠第Ⅲ相併用療法試験

Combined androgen blockade with bicalutamide for advanced prostate cancer: long-term follow-up of a phase 3, double-blind, randomized study for survival. Akaza H, Hinotsu S, Usami M, et al. CANCER 2009

Stage C/D1 (局所進行/所属リンパ節転移)

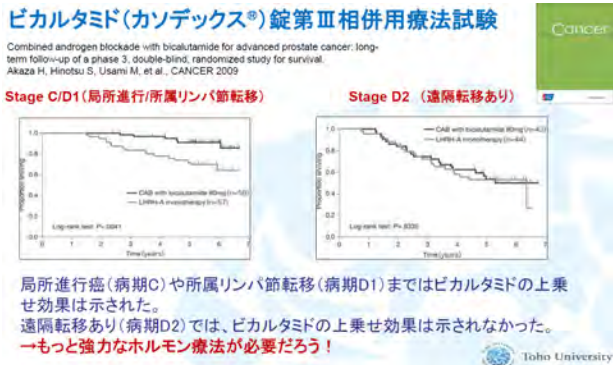


Stage D2 (遠隔転移あり)



局所進行癌(病期C)や所属リンパ節転移(病期D1)まではビカルタミドの上乗せ効果は示された。遠隔転移あり(病期D2)では、ビカルタミドの上乗せ効果は示されなかった。
→もっと強力なホルモン療法が必要だろう!

日本では、LH-RH製剤の注射によるアンドロゲン除去療法（ADT）に、抗男性ホルモン剤を併用するCAB療法が普及しています。日本で行われたCAB療法に関する臨床試験を紹介しておきます。

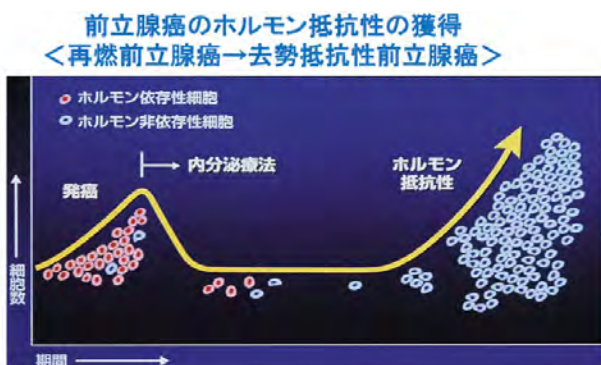


200人の被験者に対し、ピカルタミドを併用するCAB療法群と、LH-RH製剤の注射だけをする群に、それぞれ100人ずつ振り分け、予後を観察する臨床試験が行われました。

浸潤（局所進行がん）や所属リンパ節に転移があるだけの患者さんでは、CAB療法で予後の改善が見られたものの、骨転移や肺転移など、遠隔転移のある場合には予後は改善しませんでした。この結果が公表されたのは2009年ですが、この当時から、転移がんに対しては、もっと強力なホルモン療法が必要だろうと考えられていました。

去勢抵抗性前立腺がん（CRPC）

ホルモン療法というのは、早期がんから転移がんまで幅広く使われているわけですが、始めはかなり良く効いても、長期に継続していると、徐々に効かなくなってきました。ホルモン療法抵抗性、正式に言えば去勢抵抗性前立腺がん（CRPC）という状態になっていくわけで、これが臨床上の重要な問題となっています。



男性ホルモンは、精巣などから出て血液中を通過して全身のがん組織にたどり着きます。がん細胞の表面には、この男性ホルモンの受け手であるアンドロゲン受容体があり、これに男性ホルモンが作用するわけです。

長期間男性ホルモンが抑制された環境にいますと、がん細胞自体が酵素を強化して、コレステロールから男性ホルモンを作るとことや、がん細胞の表面にアンドロゲン受容体が増えてしまうということも分かってきてました。そうしたことから、ホルモン療法の強化がさらに必要ではないかと考えられるようになってきました。

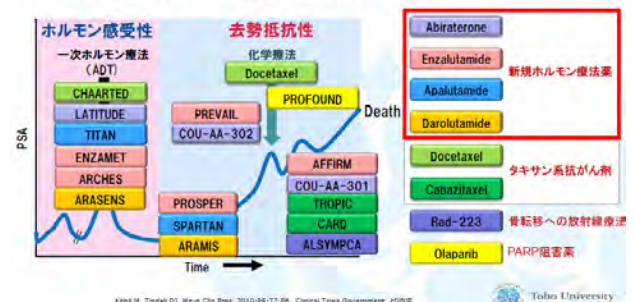
新規ホルモン薬（ARAT）

男性ホルモンの影響を断つには、「鍵」にあたる男性ホルモンと、「鍵穴」にあたるアンドロゲン受容体のどちらを抑えてもいいわけですが、まずは男性ホルモンをもっと強力に抑えるアビラテロン（ザイティガ）という薬（CYP17阻害剤）が開発されました。

アビラテロン（ザイティガ）は、精巣からの男性ホルモンと副腎からの男性ホルモンをブロックするだけでなく、がん細胞自体がつくっている男性ホルモンも含めて、その全てを強力にブロックするという作用機序があり、去勢抵抗性前立腺がんにも効くということが証明されて、現在、幅広く使われています。

アンドロゲン受容体を抑制する薬としては、エンザルタミド（イクスタンジ）、アパルタミド（アーリーダ）、ダロルタミド（ニューベクオ）などが開発され、これらも既に広く使われています。

進行性前立腺癌治療の流れ 2022年現在



これら第2世代の抗アンドロゲン剤は、ピカルタミド（カソデックス）等の第1世代の抗アンドロゲン剤に比べて、約8倍強力に、受け手側のアンドロゲン受

容体をブロックして、がん細胞をたたくことができると言われています。

ホルモン療法の変遷

ビカルタミド、エストロゲン製剤、ステロイドなどが効かなくなると、ドセタキセル（抗がん剤）が最後の砦と言われる時代が長く続いていましたが、2014年の夏以降、様々な薬剤が登場しました。

アビラテロン、エンザルタミド、アパルタミド、ダロルタミドなどの新規ホルモン療法薬とドセタキセルの後に使える抗がん剤カバジタキセルなどです。

骨転移に対する、体内からの放射線療法であるラジウム223とか、最近ではBRCA1/2という遺伝子変異のある人に効果的なオラパリブ（リムパーザ）も使えるようになってきました。

現在、転移がんが見つかった患者さんに対して、最初からこれらの新規ホルモン剤を使う、または最初から抗がん剤を使うといった、最初の段階でより強力にがん細胞をたたくことで予後を改善できるという時代に移ってきています。

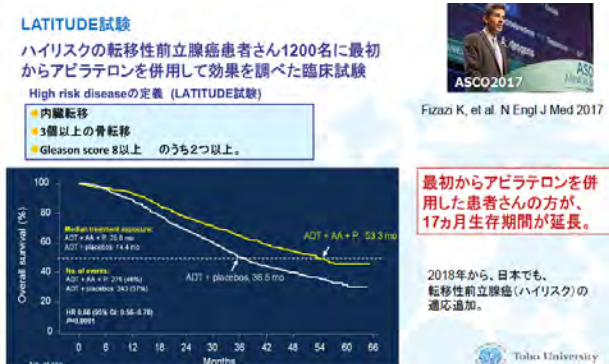
→ アップフロント療法

さらに、薬剤を1剤で使うのではなく、複数剤を併用するという事で、患者さんの予後が延びるというようなデータも出ています

→ トリプレット（三剤併用）療法 など

アビラテロンの併用：LATITUDE試験

アビラテロンは、当初は、去勢抵抗性前立腺がんには使えなかったのですが、2018年から転移がんの患者さんの最初の治療として使えるようになりました。

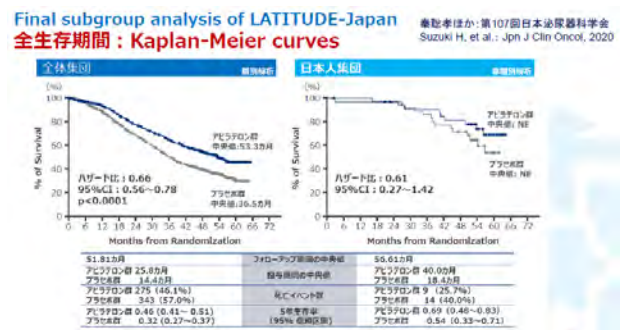


転移がんの患者さん1200人を対象にして、アビラ

テロンを最初から使った場合と、そうじゃない場合（各600人）の予後を観察したところ、腫瘍量の多い患者さんでは、アビラテロンを最初から使った方が、生命予後が1年半(17ヵ月)延びたことが分かりました。

また、このLATITUDE試験には70人の日本人患者が参加していたので、ドラッグ・ラグをかなり少なくすることができました。

日本人の患者さんは、プラセボ（偽薬：小麦粉）でも予後は比較的良かったんですが、5年後の生存率は54%、アビラテロンを最初から飲んでいただいた患者さんのほうは69%なので、アビラテロン併用によって予後が15%改善したことが分かりました。また、低カリウム血症とか肝機能障害は、日本人のほうが若干多いということも分かりました。



国際共同試験から、日本人患者さんにおける有効性や安全性の特徴が読み取れる。

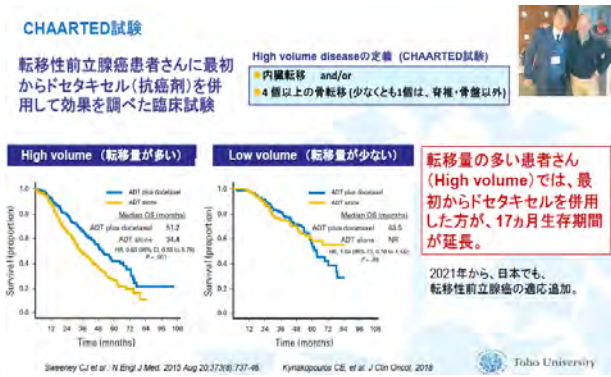
国際共同試験に最初から入っていただくと、日本人患者さんの有効性とか安全性の特徴が読み取れるので、一般の病院で、薬を使う時点で日本人の傾向が出ており、注意点がすぐに分かるという利点があります。

抗がん剤の併用：CHAARTED試験

前立腺がんに使われる抗がん剤は、ドセタキセル、カバジタキセルとも、タキサン系の抗がん剤です。

ドセタキセルは、去勢抵抗性前立腺がんでも使っても、約70%の患者さんで効果があります。セイヨウイチイという木の葉っぱから抽出されているようですが、食欲低下、下痢、骨髄抑制、脱毛とか、感染しやすくなるなどの副作用がありますが、他の抗がん剤に比べると、ましな部類といっても良いでしょう。最初から外来の化学療法室で投与が可能な薬剤です。

カバジタキセルも同種の薬ですが、ドセタキセルが効かなくなった患者さんにも有効です。



2015年ごろ、アメリカやオーストラリアなどで、ドセタキセルを最初から使うと予後が改善するかどうかを確かめるCHAARTED試験が行われました。

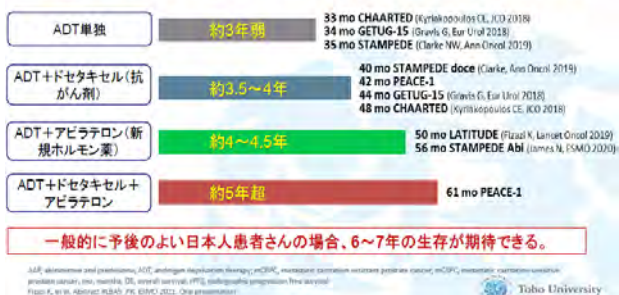
結果としては、腫瘍量の多い(内臓転移があるとかが骨転移が4つ以上ある)患者さんでは、ドセタキセルを最初から6回やったグループのほうが、17ヵ月予後が伸びたのです。

日本人の前向き試験データがないので、日本ではなかなか承認されなかったんですが、2021年の秋ぐらいから、日本でも、こういう転移性前立腺がんの患者さんで、最初からドセタキセルを使うことが可能になっています。

予後の延長

これまで見てきた薬物療法の変遷によって、転移がん患者さんの生命予後は確実に伸びてきました。ここでは、特に予後の厳しいとされる高腫瘍量の転移がん患者さんの予後について見てみましょう。

転移性前立腺癌患者さん(高腫瘍量:転移の多い)へのより強力な治療(抗がん剤・新規ホルモン薬)導入での生存期間の延長効果



従来のアンドロゲン除去療法だけでは、3年弱と言われていましたが、最初からドセタキセルを上乗せすると、3年半から4年に伸びています。

アピラテロンをはじめから使うと4年から4年半に、またアンドロゲン除去療法にドセタキセルとアピラテ

ロンの3剤併用を行うと、5年超(61ヵ月)の予後が見込めるようになってきました。

これは海外のデータなので、予後が比較的良好な日本人では、おそらく6~7年の生存が期待できるのではないのでしょうか。

ラジウム223

前立腺がんは造骨性骨転移が多いという特徴があります。転移がんとして診断された方の転移部位を見てみると、86%が骨であり、骨転移を制御することが前立腺がんにおいて重要と考えられます。

ラジウムは、元素の周期律表では、カルシウムと同じアルカリ土類金属に属しているので、カルシウムと似たような性状を持っており、骨に留まる性質があります。アルファ線を出す放射性同位元素塩化ラジウム223(ゾーフイゴ)がこの薬剤です。

骨転移に効果のある放射性医薬品:塩化ラジウム223



4週に一度、6回までやることで、骨転移に起因する痛みを除いたり、生命予後の改善効果が報告されています。

アルファ線は飛距離が短いので、骨髄に対する影響が少なく、副作用が少ないとされています。

有望なPSMA療法

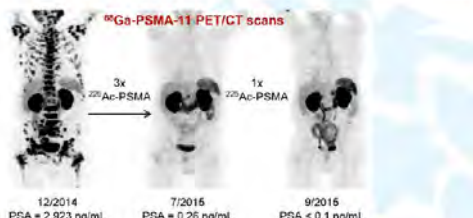
昨年、西郷輝彦さん(歌手・俳優)がオーストラリアに渡ってPSMA治療を受けたというニュースがありました。

前立腺がん細胞の表面にあるたんぱく質(前立腺特異的膜抗原:PSMA)に対して、ベータ線を出すルテチウムまたはアルファ線を出すアクチニウムをくっつけた薬剤を、点滴で何回か入れてやると、がん細胞の多くが縮小したり、転移巣が消失するという報告もあります。ルテチウムを使用したPSMA治療の有効性が

VISION試験で示されたことより、米国などいくつかの国ではすでに保険適用となっていますが、日本では、まだ臨床試験が始まったところです。

将来の治療：PSMA標的治療

¹⁷⁷Lu-PSMA(β線)や²²⁵Ac-PSMA(α線)での治療



この薬剤の承認が待ちきれなくて、医療ツーリズムでオーストラリアとかマレーシアなど、海外へ行って治療を受けるというような方もおられるようです。これも、ある種の放射線治療として、今後期待される薬剤であります。

乳がんと前立腺がん

乳がんと前立腺がんというのは、昔から裏表の関係にあると言われていました。罹患率は男女でそれぞれトップであり、死亡数もよく似ています。

アジア人移民の乳がん・前立腺がん

アジア(日本や中国)から米国へ移民すると、乳がん・前立腺がんの罹患率は上昇する! ただし、黒人・白人ほどではない。



我々アジア人がアメリカに移住しますと、女性の乳がん、男性の前立腺がんの罹患率が上昇すると言われています。

ただし、白人や黒人ほどは増えないので、乳がんや前立腺がんの発症理由としては、食事など外因的な比重は大きいものの、持って生まれた遺伝子もその要因であることは間違いなさそうです。

BRCA1/2とオラパリブ

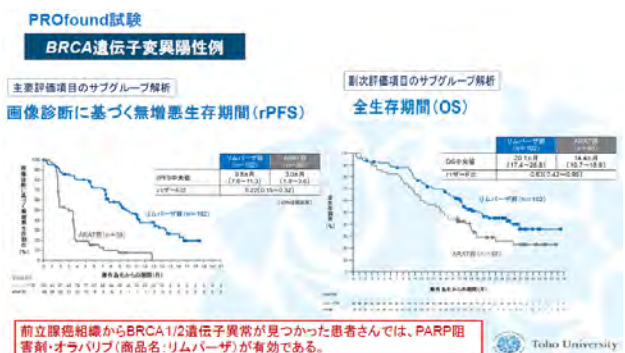
遺伝性乳がんの遺伝子である、BRCA1、BRCA2 (BRCAはブラカと読むことが多い) に異常を持って

いる人は、遺伝性乳がん卵巣がん症候群 (HBOC) と称され、乳がん、卵巣がんの他、前立腺がん、膵臓がんにもなりやすいと言われています。

BRCA1/2は、DNAの修復に関わっている遺伝子ですが、これらに異常を有する家系に生まれると、前立腺がんに関しては、このような報告がなされています。

- ・およそ5年以上早く発症
- ・進行がんになりやすい
- ・さらに予後が悪い

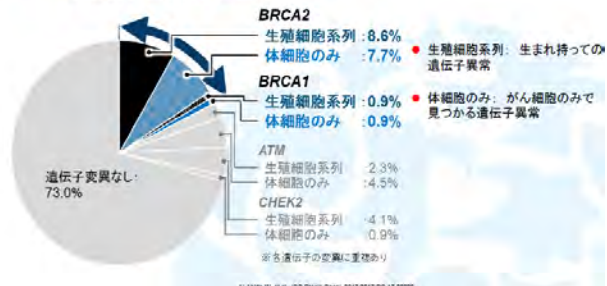
BRCA1/2遺伝子異常を持った前立腺がん患者さんを対象に、新規ホルモン薬 (エンザルタミドまたはアピラテロン) とオラパリブ (リムパーザ) を比較した試験がこれになります。



オラパリブを使ったほうが、明らかに予後が延びており、日本でも2年ほど前から、前立腺がんでもこの薬剤が使えるようになりました。

BRCA1/2遺伝子変異が見つかる頻度は

進行前立腺癌における遺伝子変異の頻度¹⁾
検討遺伝子: BRCA1/2, ATM, CHEK2



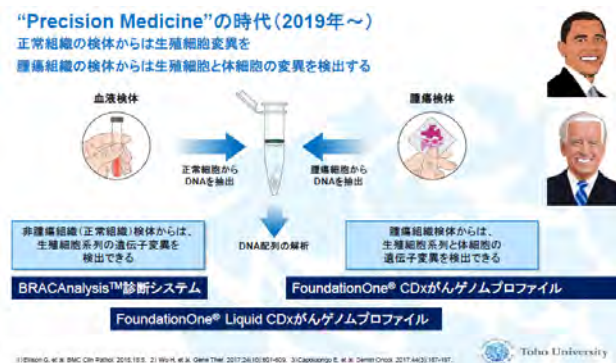
この図にあるような遺伝子異常を生まれながらにして持っている場合を、生殖細胞系列の異常といいます。前立腺がんでは、BRCA1よりBRCA2のほうが多いのですが、1と2を合わせてもせいぜい10%ぐらい

ですが、後天的な体細胞のみの遺伝子異常も合わせると、20%近くになるので、調べてみる価値は十分あるのではないのでしょうか。

プレジジョン・メディシン

海外、特にアメリカを中心に、患者さんのがん細胞の中の遺伝子の異常状況に応じて治療し、それに合わせた薬剤を使おうという時代になってきています。

実は、オバマ元大統領がこれを主導しました。



遺伝子異常を調べるには、普通に身体のを採って、生まれつきの遺伝子異常を調べる診断システムと、がん細胞の検体の遺伝子異常を調べるものがあります。

最近では、組織を採取するより血液を採るほうが簡単なので、こちらの方が進みつつあります。

薬物療法の将来

転移性去勢抵抗性前立腺がん(mCRPC)の主な遺伝子異常は4種類(AR経路、PI3K/AKT経路、DNA修復、細胞周期)ほどあって、それぞれの変異に対して、現在、治療薬の開発が進められています。

治療的を絞り、薬剤がうまく使われるためには、画像診断技術の進歩が必要です。現在の骨シンチグラフィは、残念ながら骨転移の3割を見逃すと言われています。PSMA/PETのような新たな画像診断技術で、より正確に転移部位を見極める必要があります。

血液などの体液から、がん細胞の異常を見極める方法をリキッドバイオプシーと呼んでいるのですが、どんどんその感度が上がってきており、今後、有望な検査と言えるでしょう。

闇雲に抗がん剤を使っても、重い合併症を被る方や、命を落とされる方もいるかもしれません。それぞれの

患者さんの持っている遺伝子異常(個性)に合わせて治療法を選ぶことが重要となってきます。

例えば、SPOPという遺伝子異常があれば新規ホルモン剤を使うのがベストですし、PTENという遺伝子異常があればAKT阻害剤を使うとか、そういったように、患者さんの遺伝子変異に合わせて個別化治療を行う時代に、おそらく5~10年後にはなっていくのではないかと考えています。

まとめ

薬物療法の現状と将来展望



今後の薬物療法にとって大事なことは、この3点だと思います。

- ・ 遺伝子変異に応じた薬剤を開発する
- ・ 画像検査技術を高める
- ・ 遺伝子検査の開発を進める

一律な治療ではなく、治療法をもっと多様化させ、より強力な治療を可能とし、何よりも大事なことは、患者さんに最適な個別医療を提供することです。

副作用が少なく、QOLの良い、そして良好な予後を期待できる治療戦略がとれる時代に向けて、今、動き出しているところであります。

(要約: 丸山温道)

局所進行がんとオリゴ転移がんの治療について



武内：本日のトークセッションは「局所進行がん・オリゴ転移がんの治療」についてです。

私が前立腺がんと診断されたのは、ちょうど18年前のことです。生検では10力所すべてにがんが見つかり、浸潤あり（局所進行がん）、PSA150、グリソンスコア9、相当ハイリスクのがんだったので、医師から「これはやはりホルモン療法ですね」と言われました。

最近はいづれ状況が変わってきて、浸潤がんというだけで、ホルモン療法を勧められる方は、よほど高齢の方を除いて、珍しいように感じています。

まずは三宅先生、手術をされる立場から、局所進行がんの治療の現状をお話してください。

三宅：局所進行がんと判断された場合、手術だけで完治に導くことは、一般的には難しいと認識されています。ただ、手術の進歩もあり、前立腺の周囲の組織をかなり広範囲に切除し、広範囲のリンパ節郭清を行うことで、治療の可能性を検討している施設や医師もおられます。局所浸潤がんをコントロールするために、ホルモン療法と組み合わせて手術を行うという考え方もあります。

局所進行がんに対しては、手術の工夫や、手術に放射線治療やホルモン療法を併用する治療も行われており、それも一定の評価を得ています。

武内：ありがとうございます。ただ、地方の病院の医師から、気安く「やはり手術が良いですね」と言われる患者さんが結構たくさんおられます。同じ手術でも、リンパ節郭清を丁寧にやるとか、他の治療も併用して、というところまでいかないことも多くあるので、大学病院などの先生と市中病院の医師との治療にギャップを感じてしまいます。

次は、萬先生にお聞きしたいと思います。現在では、浸潤がある場合には放射線治療が一般的になっている

ように感じるのですが、このあたりについてはいかがお考えでしょうか。

萬：局所進行がんの治療は、ホルモン療法単独で行うこともなくはありませんが、放射線治療を併用した方が、明らかに再発率・生存率ともに良いことが分かっています。

がんがかなり進行していて、手術に迷いがあるような場合は、ホルモン療法併用ではありますが、放射線治療が一般的な治療となっていて、がんが進行している人ほど、放射線治療を受ける機会が増えると思います。ただ、手術ができると言われて手術を受け、結果的に浸潤があったとか、当初の予想より進行していた場合でも、術後の救済放射線治療をうまくやれば、半数以上の方が救われているのも事実です。

浸潤がんでは放射線治療が有効ですが、手術が可能と思われれば、それでも良いのではないのでしょうか。

武内：ところで、泌尿器科のお医者さんからこういう言葉をよく聞きます。

「手術後に再発しても放射線治療を受けられるが、放射線でも再発しても手術はできない」

こう聞くと、やはりチャンスが多い手術にしたいという患者さんが多いように思います。最初に受ける放射線治療と手術後の救済照射では、かなり内容が違うと思うのですが、その点はいかがででしょうか？

萬：そうですね、確かに違います。放射線治療で完治を目指す場合、照射範囲はさまざまですが、標準分割では80Gy程度です。一般的ながんでは60～70Gyなので、これはかなり多いと思います。前立腺がんの場合は、線量が多いほど治療効果も上がるので、線量は多いに越したことはありません。手術後の照射は65Gy程度で、70Gyを超えることはありません。軽めの照射かも知れませんが、手術の影響に、放射線治療の影響が加わるので、尿漏れが若干増えることもあり、



放射線の後遺症がないとは言い切れません。

武内 : 放射線治療にはさまざまな種類があると思いますが、萬先生の病院では、浸潤がんに対してどのような選択肢があるのでしょうか。

萬 : 東京医療センターでは、X線を使う通常の「外部照射」と、内部から放射線を当てる「小線源治療」の2種類の放射線治療が行われています。

病状により適応が異なりますが、局所進行がんでは外部照射が多く、時には、小線源治療と外部照射を併用した局所治療も行っています。実際の治療範囲は、病状の進行度によって少し広がることもあります。

ホルモン治療を併用する期間も、またちょっと変わってきます。やはり、病状が進行しているほど、治療の強度を上げていくわけです。ただ、これは手術と違って最初に決めてしまう必要があります。手術の場合は、結果からいろいろなことがわかるので、必要に応じて治療を追加していくことが可能ですが、放射線治療の場合、治療開始前に検討した治療計画に従って治療を進めていくので、後から追加をするのは簡単ではありません。治療の種類によっていろいろな点が違うということを知っておいていただきたいと思います。

武内 : ありがとうございます。次に、オリゴ転移（少数転移）に話題を移したいと思います。

私は患者会を運営していることもあり、リンパ節転移が見つかったとか、骨転移が1つ2つ見つかったとか、患者さんのさまざまな病状を耳にしますが、「転移があったらホルモン療法しかない」という流れで、圧倒的多数の方がホルモン療法を受けておられます。

このことについて、今日お集まりの先生方にお伺いしたいと思います。

オリゴ転移は、ある程度積極的な治療もできると思うのですが、治療の現状やその根拠について、伊藤先生、ご説明をお願いできませんでしょうか。

伊藤 : かつて前立腺がんは、限局がん転移がんの大別されており、骨シンチで転移が1個でもあれば、すでに全身に転移しているだろうと考えられ、全身治療しかないという考えが主流でした。現在は、限局がん転移がんの中間的状态として、定義は定まっていないのですが、目に見える転移が5個以下のものを、オリゴ転移として、より広範囲な転移を有するものと区別することで、より積極的な治療が可能になるという考え方があります。治療方針としては、原発部位である前立腺に対する局所治療を追加する方法と、画像で診断された転移巣へ直接照射する方法が考えられています。リンパ節転移の場合は、転移がどこかでせき止められている可能性が高いので、私自身も、画像で見える転移部位に、積極的に照射を行っていますが、骨転移は血流に乗って転移したものであるため、転移が1個見えると、通常の画像では検出できない複数の転移があることが多いので、骨転移部位への直接照射の有効性は、エビデンスに乏しいところではあります。

本日まで登壇の先生方は、リンパ節転移や骨転移への直接照射の経験をお持ちだと思いますので、それぞれの先生方にお話を伺いたいと思います。

武内 : ありがとうございます。では、鈴木先生の施設での、基本的な考え方や対応をお話いただけますでしょうか。

鈴木 : 今、伊藤先生からご説明がありましたが、オリゴ転移の定義は、5個以下なのか3個以下なのかという議論があります。私どもは3個以下を目安にしています。海外では、すでにSTAMPEDE試験により、前立腺への放射線治療は、オリゴ転移の患者の予後を改善するという結果が出ています。世界のガイドラインにも記載されているので、私どもの施設でも前立腺局所に対する放射線治療を行っています。臨床試験での線量は65Gy程度でしたが、私どもの施設では、副

作用が起きない程度の線量70～72Gyを照射しています。

転移部位への照射については、世界の前向き試験のデータもありますが、まだ実験的な治療の域を出ていなくて、標準的治療にはなっていないと考えています。臨床試験では、転移の数が3個以下あるいは5個以下というのは、どの画像検査によるものかが非常に重要になります。

例えば、諸外国の臨床試験では、PETを使用して、3個以下の転移を発見し、その部位に放射線治療を行った、というような試験が行われています。

当施設での実際の臨床では、CTや骨シンチで骨転移が3個以下である場合に、例えばPETを行っても3個以下かどうか分からないので、臨床現場では前立腺局所には照射しますが、転移巣には照射していないのが現状です。

武内：リンパ節転移の場合はいかがでしょうか？

鈴木：リンパ節転移が本当に1個だと思ったら郭清を考えます。放射線治療については、各施設の放射線治療医がどう考えているかということもあるので、放射線治療医とのコミュニケーションも大事になると思います。

武内：三宅先生はどのようなお考えをお持ちですか？

三宅：私は、オリゴ転移に対する積極的な治療は慎重に考えています。ホルモン療法、薬物療法で効果があればよいわけです。薬物療法は非常に進んでいますし、先ほどのオリゴ転移の定義自体も、まだ確たるものになっていませんし、臨床試験の成績も不足しています。

したがって、私自身は、すべての人に放射線治療を勧める気持ちにはまだなれません。

武内：ありがとうございます。では、放射線治療医の立場から、萬先生のお考えをお聞かせください。

萬：放射線治療については、欧米はもとより、日本でも、オリゴ転移へのアプローチは非常に進んでいます。大規模な臨床試験はこれからですが、すでに小規模な第II相試験がいくつか進行中です。前立腺以外の多くのがんに対しても行われており、乳がんではややネガ

ティブな結果が出ていますが、肺がんなど他のがんでは積極的にやれる印象を持っています。

それと、オリゴ転移に限りませんが、強力な定位照射という放射線治療で、脊椎転移の痛みをほぼ完全に取り除くことが可能になりました。長生きする人が増えてきたこともあり、さまざまながんに対し、痛みをより良く、長くコントロールできる放射線治療が行われるようになってきました。

前立腺がんでは、ホルモン剤をすぐに使うべきかどうか迷うようなときに、リンパ節転移や骨転移が1～2箇所であれば、定位照射を積極的に行うことが増えていると思います。施設や医師によって考え方が違うので一概には言えませんが、放射線治療をやっている人たちは、オリゴ転移の治療に積極的になりつつあると思います。もっとエビデンスが明白になれば、オリゴ転移への放射線治療はさらに推進すると思います。

武内：ありがとうございました。お話しいただいた4人の先生のうち、放射線科医は萬先生お1人だけです。私は日頃から多くの医師と話をしていますが、泌尿器科医よりも放射線治療医の方が、オリゴ転移の治療に対して、前向きな先生が多い印象があります。

局所進行がんとオリゴ転移について、先生方のお考えとリアルな実態をお伝えできたと思います。会場の中にも、オリゴ転移を抱え悩んでいる方がおられるのではないのでしょうか。リンパ節転移は、ある程度の範囲であれば、完治はともかくとして、何年も生きられるケースも増えてきているようです。骨転移の場合も、数年は薬物療法をせずに過ごせるという事例も、珍しくないようです。ただ、こうした積極的治療を受けるかどうかは、年齢や健康状態にもよりますので、かなり個別の検討も必要だと思います。

本日は、予定されていた講演に代わって、臨時的トークセッションとなりましたが、ご協力いただいた先生方にも、大変貴重なご意見をいただき、誠にありがとうございました。

(要約：林さえ子)



日本トイレ協会： 寅 太郎（運営委員） / 高橋未樹子（理事）

■ 講師：寅 太郎（日本トイレ協会 運営委員）

社会課題として解決する必要性

最近、キャスターの小倉智昭さんが、膀胱がんを患って尿漏れパッドを利用しているが、その捨て場所に困っている、という話をYouTubeなどでカミングアウトされています。

✿ 小倉さんも困っています



この話を聞き、私自身も同様の体験をしていたことを思い出しました。40代の後半から55歳まで、股関節の痛み止めの座薬を多用していたのですが、座薬の成分が漏れ出てくるため、女性用ナプキンをずっと5年間、24時間つけていた時期があったのです。そのため出張など外出時にその捨て場所に非常に困っていたのでした。さらに調べると、膀胱がんや前立腺がんだけでなく、脊椎管狭窄症や高齢者の方なども、尿漏れパッドを使っている人がいることがわかってきました。

しかし、自分で困難を体験し、日本トイレ協会に属しながら、私は“男子トイレにもサニタリーボックスが欲しい”と言い出せなかった。理由を考えると、一個人の課題として考えていたからではないかと気づきました。そして、この問題を社会課題として、みんなで解決していく必要があるとの考えに至りました。男性はなかなか、自分が尿漏れパッド等を使っている、というのは言い辛いのですが、SDGsが目指す

誰ひとり取り残さない社会の実現のために、全ての人があたり前に、日常生活を送れるようにしていきたいというのが、この活動「男性トイレにもサニタリー・ボックスを！」の始まりでした。

活動の経緯と現状

2022年2月、日本トイレ協会で、男性トイレにもサニタリーボックスを設置しようというテーマで話をしました。その後セミナーを開いたり、新聞のコラムやNHKでも取り上げられたりして、この活動が共有されてきました。全国の県単位や自治体単位などでの広がりも増えてきており、把握できてる範囲で7県、256の自治体／団体が、サニタリーボックスの設置に対応してくれている状況です。

✿ 各地での対応



そのうち多く自治体では、議会で決めて、ホームページ上でも住民に案内をしてくれています。もちろんそれぞれで対応の濃淡があり、とりあえず市役所のトイレには設置する、というところから、区が管理する建物と公園の全てに設置する、と宣言してるところ（東京都江戸川区）までさまざまです。民間では、自動車ディーラー（トヨタモビリティ東京）、スーパー（イオン）、鉄道会社（JR西日本）などで、試行も含めて設置が始まっている所もあります。日常生活で使う施設では、早く設置ができるようにしていきたいと考えています。

設置にあたっては、臭いやスペースの問題、いたず

らされるリスクなど、懸念点もありますが、まずは設置してみて、困っている人が捨て場に困らないようにすることを第一と考え、取り組んでいるところです。

■ 講師：高橋未樹子（日本トイレ協会 理事）

アンケート調査結果の報告

尿漏れパッド等の処理に問題のあることがわかってきたのですが、そういったトラブルを抱える人がどの位いて、具体的にどんな困りごとを持っているのか、その実態を調査してみようということになり、2022年、2月と6月にアンケート調査を行いました。

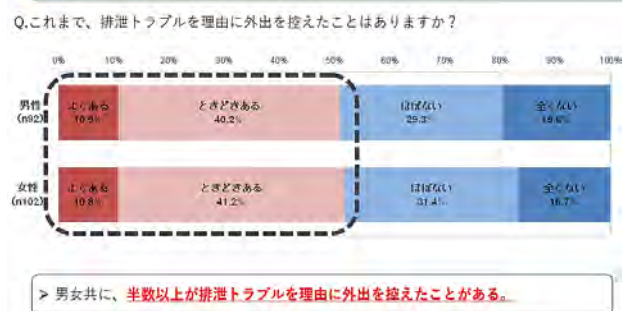
まず、排せつトラブルがあって、尿漏れパッドやオムツ等、吸収用具を使う人がどの位いるのかを調べました。

吸収用具を使用する割合



これはあくまでも私たち日本トイレ協会の会員を中心に行った調査結果ではあるのですが、女性では200人のうち16%、男性では333人のうち12%が吸収用具を使っているという結果となりました。そして年代が上がるほど、使っている人の割合が増えて、70代では27.1%が使っていました。

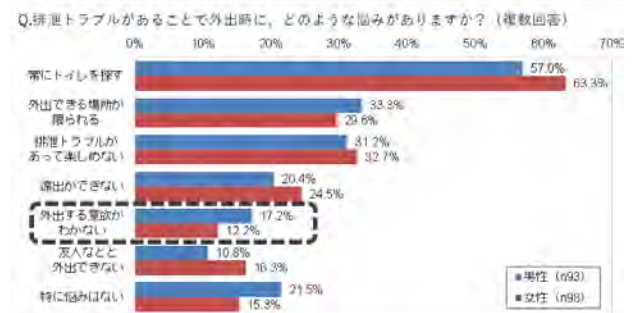
外出を控えたことはある？



次に、排泄トラブルを理由に外出を控えたことがあるのかを聞いたところ、「よくある」「ときどきあ

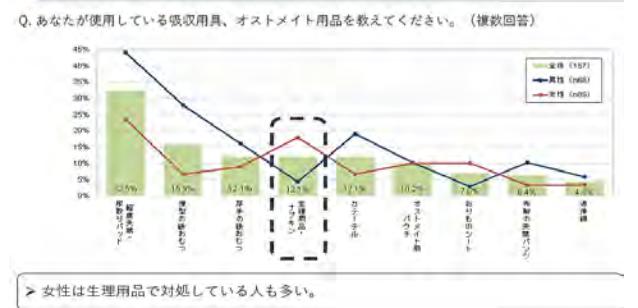
る」という回答を合わせて、男女とも半数以上になりました。

外出時の悩み



具体的な外出時の悩みとしては、「常にトイレを探す」が一番多く、これに続いて「外出できる場所が限られる」、「排泄トラブルがあって楽しめない」が多かったです。この中で注目したいのは、そもそも「外出する意欲がわからない」という回答です。新型コロナウイルス感染症の流行に伴い、私たちも外出を控える機会が多く、それをストレスと感じた方もいらっしゃると思います。私自身も大きなストレスを感じました。前述の、外出を控えたことの有無の回答も考慮すると、排せつトラブルを抱えている方が、外出できないストレスを普段から感じているのだと推測できます。これは調査した私たちにとって大きな衝撃でした。使っている吸収用具についても調べました。

使用している用具



吸収用具といっても、いろいろなものがあるのですが、この結果で興味深いのは「生理用品・ナプキン」の回答です。女性は生理というものがあるので、その延長で尿漏れ対応としても生理用品・ナプキンを使う人が多いのですが、男性はそういったものの使用経験がないので尿取りパッドやおむつを使う方が多いのだと思われます。

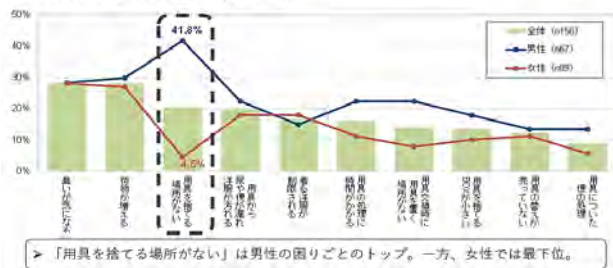
ちなみに、皆さんには、ドラッグストアに行って、

どこにこのような吸収用具が置かれているかを、一度見ていただけるといいと思います。女性用の尿漏れパッドは、生理用品と近いところに置かれていますが、男性用となると、介護用品の売り場に置かれているため、買うことに抵抗があったり、そういったものがあること自体を知らなかったりする人もいました。

次の質問では、外出時に用具の使用で困っていることを聞きました。その中で「用具を捨てる場所がない」という回答で男女に顕著な差が現れました。

用具の使用で困っていること

Q.外出時に吸収用具（パンツ、パッド、おむつ、生理用品など）、オストメイト用品の使用で困っていることは何ですか？（複数回答）

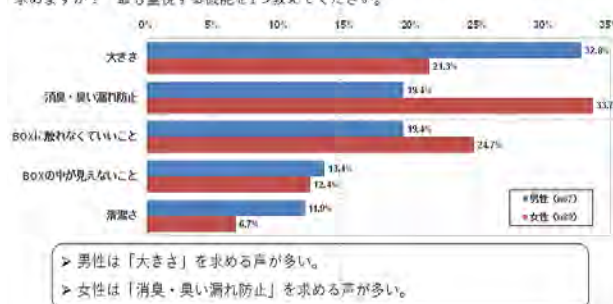


女性では最小の4.5%だったのに対し、男性ではトップの41.8%でした。これはまさに私たちの活動の必要性を裏付ける結果であると思います。

では、捨てる場所（サニタリーボックス）としてどのような機能を求めるか、を聞いたところ、男性の回答では「大きさ」がトップでした。

BOXに求める機能

Q.外出先での吸収用具、オストメイト用品を捨てるための専用のBOXに、どのような機能を求めますか？最も重視する機能を1つ教えてください。



先の回答にあったように、男性では紙おむつを使う比率が高いため、捨てやすく、満杯になりにくい大きさのものを設置することが大事だと思われます。ただし、単に設置すればよい、大きければよいということではなく、実際には色々な条件を考慮する必要があります。狭いトイレスペースに比して大きいゴミ箱を設置したために、便器に座る姿勢を安定させるための跳

ね上げ式手すりを動かせなくなっている、という実例もありました。設置にあたっては、管理運用も含めた総合的な観点から検討するということが大事なのです。

さいごに

さいごに



私たちも調査して初めて、女性だけでなく男性にも排泄トラブルを抱えている人が多いということがわかりました。こういった困りごとというのは、当事者以外にはなかなか伝わらないので、この会場にもそういった方もいらっしゃるかなと思うのですが、皆さんの困りごとの声を、私たちに届けていただきたいと思っています。

私たちは、今日ご紹介したアンケートを、引き続き現在も継続中です。下記のQRコードを読み込んでいただくか、URLからアクセスをしていただき、アンケートにご協力いただければ幸いです。

<https://forms.gle/YBke1xpqkbCTNHhc7>

アンケートのお願い

尿漏れや便失禁、人工膀胱・肛門などの排泄トラブルを抱える方、およびその介助者の方々に、アンケートのお願いです。



届けていただいた声をもとに、いろんな施設にサニタリーボックスを設置するという動きをやっていきたいと思っているので、よろしくお願いします。

（要約：岡本光浩）

日本泌尿器科学会の

「前立腺癌診療ガイドライン」が改訂されます



赤倉功一 先生

JCHO東京メディカルセンター

副院長・泌尿器科部長

医療閑話

■まもなく新版ガイドラインが発行されます

日本泌尿器科学会では、2016年版前立腺癌診療ガイドラインの刊行以後、改訂がなされていませんでした。その間に、前立腺癌に関する新しい診断および治療が開発されて、内容の刷新が求められていました。そこで2020年に改訂が開始されましたが、今回より、Minds（公益財団法人日本医療機能評価機構）の指針に沿って作成することとなり、ガイドラインの構成が大きく変わったこと、さらに新型コロナウイルス感染症の蔓延の影響のため対面での会議が困難となり、改訂作業は予定より大幅に遅れることとなってしまいました。最近になってようやくドラフトが完成し、まもなく新版が発行される見込みです。

■今回のガイドラインの特徴

日本泌尿器科学会のガイドラインは、臨床的疑問（CQ: clinical question）を設定して、それに答える形式となっているのが特徴です。例えば、「中高年男性に対するPSA検査による前立腺癌検診は推奨されるか？」という問いに対して、推奨文を回答して、その推奨の強さおよび確実性を記載しています。今回のガイドラインにおいては、システムティックレビューという網羅的な文献検索を行なって、世界中で発表された関連研究の成果を見落としなく検討できるようにしました。さらに、各々の臨床的疑問に対する推奨内容に関して、委員による投票を行なって合意を得たうえで決定しました。ドラフトは委員の間で査読を行ない、さらに一般に公開して意見（パブリックコメント）を求めることになってい

ます。

■推奨の強さ・確実性とは？

臨床的疑問に関して、患者に推奨するかどうかを推奨の強さとともに回答しています。

- 「行なうこと」を推奨する/強く推奨する
- 「行なうこと」を弱く推奨する/提案する/条件付きで推奨する
- 「行なわないこと」を弱く推奨する/提案する/条件付きで推奨する
- 「行なわないこと」を推奨する/強く推奨する

さらに、その推奨の確実性について、4段階で評価しています。

- A（強）：強く確信がある
- B（中）：中程度の確信がある
- C（弱）：確信は限定的である
- D（非常に弱い）：ほとんど確信できない

■他国のガイドライン

アメリカでは、NCCN (National Comprehensive Cancer Network)という全米を代表とするがんセンターで結成されたガイドライン策定組織があり、さまざまながん種に対するガイドラインを発行しています。この組織には専門の職員が多数在籍しており、年に数回の改訂を行なって最新の情報が反映できるように運営されています。NCCNガイドラインは世界的に広く利用されており、また日本語版も公開されています。しかし、NCCNガイドライン日本語版は、費用確保の目途が立たず、2022年以降は更新されなくなってしまいました。また、ヨーロッパ

泌尿器科学会（EAU: European Association of Urology）では、前立腺癌に関する独自のガイドラインを策定し発行しています。さらに、アメリカ泌尿器科学会（AUA）、アメリカ臨床腫瘍学会（ASCO）、アメリカ放射線腫瘍学会（ASTRO）、ヨーロッパ臨床腫瘍学会（ESMO）、ヨーロッパ放射線腫瘍学会（ESTRO）、国際老年腫瘍学会（SIOG）などの関連学会も、前立腺がんに関係するガイドラインを発表しています。

NCCN (National Comprehensive Cancer Network)
<https://www.nccn.org/home>

NCCNガイドライン日本語版
<https://www2.tri-kobe.org/nccn/>

ヨーロッパ泌尿器科学会ガイドライン
<https://uroweb.org/guidelines>

■今後の課題： 患者向けガイドラインの刊行に向けて

これまでの診療ガイドラインは、医師をはじめとした医療従事者を読者として想定していました。しかし、最近では、他国や他のがん種においては患者向けガイドラインが作成されています。これらの患者向けガイドラインは、患者の立場から、治療や生活全般に関してわかりやすく書かれています。今回の日本泌尿器科学会前立腺癌診療ガイドラインでは間に合いませんでしたが、将来的には前立腺癌についても患者向けガイドラインを刊行することが期待されます。その作成の過程では腺友倶楽部の皆さまのご支援ご尽力が必要です。その節にはどうぞよろしくお願い申し上げます。

医療閑話

前立腺癌診療ガイドライン改訂の患者委員として

NPO法人腺友倶楽部 理事長 武内 務

Minds診療ガイドラインのHPには「なぜ診療ガイドライン作りに患者・市民が参画するのですか」という質問に対し、このような答え(要約)が書かれています。

「患者・市民が作成に加わり、医療者と協働して問題に向き合い、患者が知りたい医療情報や、療養生活に必要な事項について、お互いの立場を尊重しながら議論を重ねることで、診療ガイドラインの信頼性・公正性を高めることが期待されます。」

このたびの診療ガイドラインの改訂にあたって、患者委員の委嘱を受けたのは2020年の年明けでした。

他のがん種では、患者も診療ガイドライン作成に加わり、患者用ガイドラインも発行されているので、前立腺がんも、やっとそのような流れになってきたかと、ありがたくお引き受けさせていただきました。

システマティックレビューに基づいてエビデンスの評価を行う作業は、相当やっかいな仕事だと思われます。ボランティアである委員の先生方には、感謝の気持ちで一杯です。

現在、改訂委員会では、ワーキンググループよりあがってきた原稿の整理を行いながら、「総論」のアルゴリズム図表の検討に入っています。これは患者にとっても重要かつ目にも触れやすい部分であり、患者委員として、いくつか意見は申し上げているのですが（対案を提出しているものもあります）、どの程度取り入れていただけるかは、まだなんとも言えません。

ガイドラインの完成予定は、8月末と聞いております。いずれ、会報「腺友倶楽部」第10号あたりで、この度の改訂のポイントについても、整理、報告したいと思っています。

患者用ガイドラインの必要性も感じており、口頭では申し入れを行っているのですが、泌尿器学会からは、まだ明白なお返事はいただけておりません。もし、学会として動いていただけないとか、数年待たねばならないようであれば、心ある専門医の方々と共に、患者用のガイドラインに準じる本を作成、発刊したいと思っています。



がんになって学んだこと

慶應義塾大学 名誉教授

藤田医科大学がん医療研究センター センター長

一般社団法人日本癌学会 理事長

佐谷 秀行 先生

これまでの歩み

2002年秋、私は1981年に医学部を卒業し、数年間は脳神経外科医として臨床に携わっていました。

最初は研修先の救急病院で頭部外傷や脳出血の手術を毎日のように行い、瀕死の状態で運ばれてくる患者さんを救うことに生き甲斐を感じていました。しかし、地域の第一線の病院から大学病院に戻ってくると、悪性脳腫瘍の患者さんを担当することが多くなり、その患者さんたちは、これまでのように容易には救命できないことに大きな衝撃を受けました。

現状の臨床では、悪性脳腫瘍には太刀打ちはできないことを認識し、難治性がんの実態を知り、その治療を考案するという大義を胸に、基礎研究の世界に身を置くことになりました。

基礎研究は、一見優雅で崇高な仕事のように見えますが、実は暗闇の中を手探りで進むようで、どこまで行っても目標が見えない苦しい毎日が続きました。

大学院を卒業して博士号を取った後も、がんは依然として、巨大な壁となって私の目前にそびえ立っていて、このままでは臨床医としても研究者としても中途半端になると思い、もっと自身を磨くために米国留学を決意しました。

テキサス大学MDアンダーソンがんセンターという世界最大規模のがんセンターで、7年間研究生活を送ったことで、ようやく治療に役立つがん研究を、一生の仕事にしようと決意することができ、1997年に、熊本大学に新設された腫瘍医学講座の教授として帰国しました。

その後、熊本大学で13年間、そして慶應大学で15年間の研究生活を送り、昨年、慶應を定年退職し、現

在は、愛知県にある藤田医科大学のがん医療研究センターで研究生活を続けています。

慶應では、臨床研究推進センターという、基礎研究で開発した技術や薬剤を、実際の臨床に応用するための支援を行う組織のセンター長を務め、基礎と臨床をつなぐという、私自身が目標としていた立場で、研究の社会実装を推進する役割を担うことができました。

がんとの出会い

このように、私のキャリアは実に単純であり、「がん」一筋の人生ですが、他の研究者や医療者と違った私の「強み」は、59歳の時に前立腺がんにかかったことだと思っています。

ある年の健康診断でPSAが高値であるという結果が返ってきていたのですが、前立腺肥大でもPSAが上昇することは知っていたので、忙しさにかまけて再検査を怠っていました。

正月休みにそのことを思い出して、新年早々に再検査したところ、前回より数値が高くなっていて、これはまずいということになりました。最後まで良性疾患を信じて検査を重ねましたが、最終的には生検で明らかな悪性所見が出てしまい、観念して手術を受けることになりました。

まだ手術ロボットは十分に浸透していない時期でしたので、腹腔鏡で手術を行いました。手術で郭清したリンパ節にも多く転移が見られ、ステージ3との診断でホルモン治療と放射線治療のフルコースを行うことになりました。

その上あろうことか、治療初期にあまり休養を取らずに、いつもの調子で仕事をしたものですから、術後

2週間で高熱が出はじめ、術後感染に起因する敗血症との診断を受けて、約1ヶ月入院することになってしまいました。

絵に描いたような「医者の不養生」であり、とても皆さんにアドバイスできる立場ではありませんが、幸い退院後は、元気に毎日を過ごしており、術後もう6年になります。

がんになって学んだこと

医師であり、研究者であり、患者である私は、自身が様々な立場でがんと闘うという経験ができたことを、今は宝物のように感じています。

確かにがんを診断され、しかもステージ3と分かった時、専門的な立場から悪い未来が見通せるため、そのショックは大きかったです。しかしその代償として得た物をもっと大きかったです。まずは健康で仕事ができることの有難さを知ったこと、そしてこれまで仕事にかまけて蔑ろにしてきた家族の大切さを思い知ったこと、そして立ち止まって人生の意義を考えるようになったことです。

入院期間中は自身の心の拠り所を探すため、様々な本を読みましたが、一番心に響いたのが何と仏陀の教えでした。

過ぎ去れるを追うことなかれ
 いまだ来たらざるを思うことなかれ
 過去 そはすでに過ぎ去りたり
 未来 そはいまだ到りざるなり
 されば ただ現在するところのものを
 そのところにおいてよく観察すべし
 揺らぐことなく 動ずることなく
 そを見きわめ そを实践すべし
 ただ今日まさになすべきことを

(原始仏教典「一夜賢者教」より)

心の中の映像に過ぎない過去や未来に囚われることなく、「今という現実」に集中し、それだけを考えて実践する。

自身が病になったことを後悔するのではなく、そしてこれから病がどのように変わっていくかに心を奪われるのではなく、今生きて対面している現実だけに精神と行動を集中する。

こうした教えはまさに私の内部を作り変えてくれたと思っています。

さいごに

今も、がんの患者さんからご相談を受ける機会は多くありますが、診断と治療というプロセスで私が受けた苦痛は、彼らと共通の物であり、患者さんと対峙するのではなく、横に並んで、がんという病気と闘うことができるようになりました。

現在、私は約1万3千人のがん専門の医療者や研究者を会員として持つ日本癌学会の理事長という、私には相応しくない大任を仰せつかっていますが、患者さん側の視点で、がんの研究や診療の在り方を考えることができるので、その立場でしか気づかない運営をしていきたいと心がけています。

この度は、自身の病気とそれによって学んだことを整理する機会をお与えいただきました赤倉功一郎先生に深く感謝いたし、私の拙ない随想を閉じさせていただきます。

がんサバイバーに運動が必要な理由

前立腺がんサバイバーの 運動教室を通して見えてきたこと

■ 運動をがんの標準治療に

2012年秋、修士2年目の私は、がんサバイバーへの運動支援分野で、世界の最先端に行くカルガリー大学での共同研究プログラムに参加しました。カルガリー大で目にしたのは、がんと診断されたばかりの治療前の人、そしてがん治療まっ只中の患者たち、さらにがんの治療が終わって10年以上経つ人々が、大学内のトレーニングルームで、運動学専攻の学生たちのサポートを受けながらトレーニングを行う姿でした。

Thrive Centre, University of Calgary



「日本は健康弱者に対する運動支援が不足している」と感じ大学院での研究を決めた私でしたが、日本国内でのモデルケースがなかなかない中で、この光景には大変驚きました。さすが大学を挙げて「運動をがんの標準治療に！」と謳っているだけではありません、机上だけで理論を語るのではなく、実際にプログラムを次々と走らせる仲間たちを見て、とても刺激を受けたものです。

あれから10年が経過し、日本でも「がんと運動」の関係が、いろいろなところで言われるようになってきました。がん治療前や治療中の方々は、まずはいかにがんを体から取り除くか、その治療法について、また治療による副作用について等が最も気になる場所かと思えます。しかし、実際のところ、治療が終わってからの生活の方が十分に長く、そして途切れることなく毎日続きます。そこで、治療後も（もちろん治療前や治療中も！）毎日を健やかに、そして再発リスクを下げながら心地よく過ごしていくための運動療法について紹介します。

山内 やよい

博士：スポーツ科学

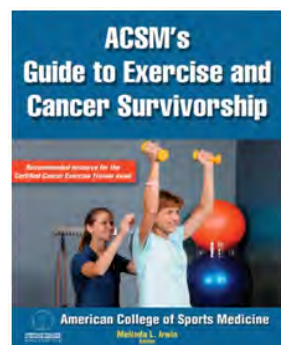
早稲田大学グローバルエデュケーションセンター：ヨガ

杏林大学保健学部看護学科：健康教育

法政大学社会学部：スポーツ総合Ⅱ

■ 治療後の運動が再発リスクや治療の副作用を防ぐ

がん治療後の再発予防では、がん種によらず、禁煙や節酒、食事、適度な運動と適正体重の維持など一般的な生活習慣を整えることが大切です。



アメリカスポーツ医学会

がんサバイバー向け 運動ガイドライン

有酸素運動

- ・ 150分/週の中強度の運動
- ・ 75分/週の高強度の運動

筋力トレーニング

- ・ 2-3日/週

柔軟性トレーニング

(e.g. ヨガ、ストレッチング)

運動において、既に科学的根拠として確立されている機序としては、肥満や糖尿病との関連が挙げられます。糖尿病の人はそうでない人に比して、がん罹患リスクが20%高いという結果があります。糖尿病は血糖コントロールの不良が原因であることが多いのですが、身体が血糖値を下げようとするときに大量に放出されるインスリンに、腫瘍増殖作用があると言われていいます。ではインスリンの代わりに血糖値を上手にコントロールするにはどうしたらよいか。運動です。運動は血液内の糖분을減らすことにより、インスリン濃度と炎症を低減させます。インスリン濃度と炎症の値は、前立腺がんのリスクに関連があることがわかっていいため、重要なポイントだと言えます。さらに、運動の中でも、ウォーキング等の有酸素運動よりも、いわゆる筋トレと言われるものの方が血糖値を下げる効果があるので、心臓等に問題がない人は、積極的に筋トレを行うとよいでしょう。

前立腺がんの治療では、ADT（アンドロゲン除去療法）が行われることが多いと思います。ADTの副作用には、筋量の減少や、脂肪量の増加（体型の女性化）や骨粗しょう症などが挙げられます。このような副作



用への対処にも、筋力トレーニングや有酸素運動は、非常に有効であると言えるでしょう。

また、治療の後遺症として高頻度で発生すると言われる「尿失禁」や「勃起不全」なども、骨盤底筋群のトレーニング（ケーゲル体操）である程度コントロールできると考えられます。加えて、前立腺がんが診断された男性は、健常男性に比べて、うつ病や不安症の発症率が約30%、心臓発作のリスクが4倍、自殺するリスクが2倍高くなると言われています。運動はこれら精神的な障害に対しても、有効であることがわかっています。

2022年に発表された、760人のADT（アンドロゲン除去療法）中の前立腺がん患者を対象とした、オーストラリアの大規模RCT（ランダム化比較試験）では、地域密着型運動プログラムへの参加が、ADTを受けている前立腺がんサバイバーの、体重増加の防止、血圧の低下、身体機能の改善に有効であったと結論づけています。その他、運動プログラムの介入が前立腺がんサバイバーのQOLの改善に有効である、とする研究なども、続々発表されています。

■サバイバーシップで大切なのは、人と人とのつながり

私は7年ほど前から「男性がんサバイバーのためのからだづくり教室」を主宰しております。その中でお伝えしている内容は、どなたでも取り組める（上述の骨盤底筋群トレーニングなども含む）簡単な筋力トレーニングや呼吸法、季節に合わせた健康管理などで、現在は参加者全員が前立腺がんサバイバーの方です。

運動の効果はもとより、私が2018年に助成を受けた、男性がんサバイバーを対象とした研究の中で、定期的な運動教室への参加が、治療や後遺症、趣味などの情報交換の場として、ちょっとしたコミュニティの役割も担っていることがわかりました。

人は人と繋がり、相互に支え合いながら生きています。他者との繋がり、精神的な健康を保つうえでも重要であり、今後も必要なサバイバー支援の形であると思われます。

私がカルガリー大で目にしたあの光景は、単にサバイバーが運動をするということに留まらず、地域でサバイバーを支える理想的な姿だったのです。

また、前立腺がんは比較的高齢の方が多く罹患します。そのため、治療中から中断なく筋力・体力を維持して、フレイルを予防することが非常に大切です。運動教室では、適度な運動負荷によるフレイル対策にも取り組んでいます。



どの病も、治療に前向きに向き合うためには、「十分な気力と体力をもつこと」がとても大切です。前立腺がんの死亡率は、一定程度低く保たれており、治療後の長い生存期間を再発なく過ごすこと、筋量減少や骨粗鬆を防ぎ、尿失禁や勃起不全を上手にコントロールしQOLを保つこと、心の健康を維持することがとても大切です。そのためには、ぜひ運動を習慣にして、健やかに、そして力強く、サバイバーシップを生き抜いてください。

★男性がんサバイバーのためのからだづくり教室

<https://goodpage.me/yoga-holospirica/memberships/85>

50代前半で前立腺がん？

志村 健一

■アメリカ移住の夢

2018年12月、私たち家族は、新年度から一年間アメリカで生活する予定を立て、アメリカ大使館でビザを取得、あれこれ移住の夢をみながら幸せな生活を実感しておりました。



■予期せぬプレゼント

クリスマス直前に、朝トイレで尿の色が茶色いことに気がつき、それが二日続いたため、近くの泌尿器科をクリスマスの日に受診したところ、即座に、前立腺肥大だけでなく、前立腺がんの可能性があるとわれ、PSA検査のための採血と、ユリーフ錠を処方され帰宅しました。

それまでトイレが近いことや排尿時に尿が割れることくらいはありましたが、まさかそれが深刻な状況とは全く思っておりませんでした。

50歳を過ぎてから、職場の健康診断から人間ドックに変え、健康には自信があったのと、前立腺がんは高齢者のがんというイメージが先行し、オプションであるPSA検査（2000円）については、完全にスルーしていました。

なんというクリスマスプレゼントだったのでしょうか。

年が明けて検査結果を聞きに行ったところ、PSAの値は78。「すぐに大きな病院で検査が必要」と言われました。病院は特にどこという希望もなく、家から近い大学病院で受診できるように手配していただき、

そちらでの検査が始まりました。

生検のために入院し、退院したのは52歳の誕生日でした。

なんという誕生日プレゼントだったのでしょうか。

■不安と孤独

その頃の私は、頭の中が真っ白、何も手につかず、眠れないという状態で、前立腺がんの知識もなく、「可能であればすぐに手術を」とお願いしていました。

すべての検査が終わり、結果はT3bN1M0、グリソンスコア9という超ハイリスクの診断でした。

私は、社会福祉教育、研究の仕事をしており、これまで人のために冷静になって働いてきたはずでしたが、自分のこととなると全く何もできず、完全な思考停止状態になっていました。

妻がいてくれたので、生活はいつも通りに過ごせているにも関わらず、自分が世の中の誰よりもちっぽけな存在に思えた時期でした。



■ 出会いに恵まれて

検査入院などで職場に迷惑をかけるわけにもいかないため、この状況を説明したところ、職場の同僚が、頼んでもいないのに「都内の前立腺がんであればここ」とその同僚本人が押す大学病院に勝手にアポを入れてくれ、また別の知人は腺友倶楽部の武内理事長の連絡先まで調べて伝えてくれました。

武内理事長にメールを送り、入会手続きの前後でしたが、丁寧にメールで相談にのっていただきまして、少しずつ希望を見出しました。こちらに相談もなく勝手にアポを入れられた大学病院には、今後お世話になるかどうかは別にして、まずは相談に行ってみました。こちらは武内理事長がくださった都内の病院の情報にも含まれており、最初の病院では手術が一択でしたが、トリモダリティという方法を選択できるという説明を受け、結果的にこちらに転院することにしました。

家族の夢であった一年間のアメリカ生活はあきらめざるを得ませんでした。自分の弱さに気づき、家族、同僚、知人に支えられているというあたりまえのことを再確認できたのは、ありがたいことでした。そして当時はまだ一度も会ったこともないのに、武内理事長がメールでサポートしてくださったこと、腺友倶楽部のウェブサイトの情報はかけがえのないものでした。このことは今も変わりません。

■ 治療を終えて

まもなく56歳になります。トリモダリティ終了から一年半が経過し、徐々にPSAの数値が上昇しています。

泌尿器科からは最初の状態が悪かったので、早めにホルモン療法の再開をすすめられておりますが、放射線科はまだ大丈夫というアドバイスの狭間にあります。

相変わらず自分のことに関しては冷静に考えることができず、あいかわらず悩み落ち込みます。悲観的な性格はなかなか修正できないものです。

食事については、確かに外食、飲酒は減り、肉より魚となりましたが、心配症なわりには、厳格な食事療法は自分には無理だろうと思うところがあったりします。何を食べ飲むべきか、せめて一般的に言われているようなことには気を付けたいものです。



■ 早期にPSA検査を！

ところで、腺友倶楽部でも同年代の方が増えているように思います。前立腺がんの若年化が進んでいるのでしょうか。私自身はPSA検査をもっと早く受けていればという悔いが残っています。

それほどの費用負担にはならないので、人間ドックではオプションでなく、50歳以上は検査項目として必須になればと思いますし、もっとその重要性を多くの人に知っていただく必要があります。

武内理事長のウェブサイトでこんな言葉を見つけました。

「たとえ明日 世界が滅びようと、私はリンゴの木を植える」

マルチン・ルターのことばのようですが、この気持ちを持ち続けたいものです。

腺友倶楽部との出会い

古川 泉

■ はじめに

私は68歳ですが、ホルモン療法+2種類の放射線治療(小線源治療と外照射)を受け、現在、ホルモン療法終了から5年を経過し、6ヶ月毎に血液検査でPSA値の観察を続けています。

- ・ 2015年 1月 ホルモン療法開始
 (リュープリン注射+ビカルタミド錠)
- ・ 同年 6月 小線源挿入
- ・ 同年 8月 外照射
- ・ 2017年10月 ホルモン療法終了
 外照射の後、2年間ホルモン療法を続け、以後はPSAを観察しながら現在に至っております。



■ 放射線治療を選んだ理由

最近、腺友倶楽部のメーリングリストで、新たに入会された方々が、今後の治療方法についていろいろと検討されている状況に接しますが、皆さん、深く研究されていて感心させられます。

私の場合、腺友倶楽部の存在を知ったのは、外照射治療のため入院中の時だったので、治療方法を検討する段階では何の知識もなく、病院で担当医から受けた説明以外には、がんの放射線治療に関する本を一冊読んだだけでした。

放射線治療を選択した理由ですが、当時の私の理解では、外科手術と放射線治療とでは、結果に大きな違いがないということと、放射線治療の場合は社会復帰が早く、仕事等の日常生活を続けながら治療を受けることができる、という程度でした。

前立腺がんが確定した年度末に、定年退職を迎えており、その後再就職するつもりでしたので、3泊4日の小線源挿入は何とかなるとしても、その後の外部照射は通院可能とは言うものの、新しい職場でいきなりひと月近く時休というのも憚れるなあと漏らしたら、担当医から「1年ほど先に延ばしましょうか、1年もたてば職場にも慣れて休みも取りやすいでしょう。」と提案され、「え〜っ、1年間放っというて大丈夫なの」と驚いたものでした。

今ならPSAの観察をしっかりやっていれば、進行がゆっくりなので、十分対応可能だということも分かりますが、当時はその程度で、結局、仕事を継続するのに都合が良い放射線治療を選択しました。

■ 腺友倶楽部との出会い

再就職については、ドタキャンとなりましたが、事情を説明し、お断りをして、これまでの職場で再雇用という形を選択しました。

職種も、誰でも代役がとまる単純な事務だったこともあり、外照射治療に際しては、図々しくも病休を取り入院しました。

そして、入院中の暇つぶしにネットサーフィンしていて「腺友倶楽部」にたどり着いたしだいです。

そこで、武内理事長の体験記を目にし、何というか、それまでかかっていた霧がスッパリ晴れたように、とても解放された気分になりました。理事長の当時のPSA数値も衝撃でした。

おかげで前向きな気持ちになり、残りの入院期間を楽しく過ごすことができました。

元来、お気楽な性格のため、それまでの人生でそんなに悩むこともありませんでしたが、さすがにがんと言われると結構ショックで、重い気分になっていたのですが、くよくよ考えずにがんと付き合いにくいと割り切れました。

■ 前立腺がんの判明から、今日まで

前立腺がん発覚のきっかけは、当時の宿舍最寄り、福岡市東区にある病院(2022年、刃物沙汰で全国ニュースに取り上げられました)で受けた人間ドックでした。

要再検査ということで、紹介状をもらって、職場に近い総合病院であるH町病院に行きました。(H町は旧所在地の町名だとか)



半年くらいは、いろいろな検査をしましたが、PSA増加の原因が判明せず、最終的に生検を受けることになりました。

当時単身赴任中だったので、治療をどうするかということになった時、妻を呼びよせ、担当医の説明を受けました。まず、外科手術か放射線治療かの選択で、私が「放射線でいきたい」と言った時、Dr.コトーのような名前の担当医が「放射線なら、今、いいのがあるんですよ」と切り出して、小線源治療を勧めたのが、今でもずっと記憶に残っています。

この先生も2019年3月に、H町病院を定年退職されました。この時は、まだPSAの数値が微増中でピークに達していなかったこともあり、少し不安に感じていましたが、その後、同年4月のPSA0.17をピークに下降に転じたので一安心しました。

PSA検査は半年毎になりましたが、次に担当していた泌尿器科の先生が、突然亡くなられ、その後任がなかなか決まらず、21年7月の検査時から、新しい担当医の診察を受けることになりました。

「2年間変化がないですね～。病院を移ってもらえま

せんか。」

「北九州から来られてるんですか。J病院はどうか、九大の医者もいますし。」

検査だけなら自宅に近いほうが良いかと思い、J病院への転院を了承しました。

外科手術は九大病院を勧められたし、皆さん九大出身だったのですね、

J病院に検査に行き行って驚いたのは、泌尿器科の医者は非常勤の医師で、九大病院から週2回派遣されているようでした。

当面検査ができれば支障はないし、今後数値から変化して再発、転移の可能性が出てきたなら、その時点で病院を選択しようと楽天的に考えています。

そろそろ次の検査日から近づいていますが、変化がないことを祈りつつ臨むことにします。

腺友倶楽部との出会い、武内理事長の体験記から計り知れない希望を頂きました。

ありがとうございました。



オリゴ転移がんを抱えて (1)

三好 亮

■はじめに

この文章は、2020年4月に前立腺がんの診断を受けるに至った経緯から、今日までの間の私の体験談を書き綴ったものです。

これから新たに罹患される後輩の方々に少しでもお役に立てればという思いで執筆しました。ご一読いただければ幸いです。



氣比神社

■症状 (49歳)

2019年初頭から尿意を感じてトイレに行くと、何故か急ブレーキがかかるように、チョロチョロとしか排尿できなくなり、ものすごくムズ痒い感覚に襲われるようになりました。

ただこの状態は、酔っぱらったときだけに発生したこと、この頃から、通常時でも排尿の勢いが弱くなってきた自覚がありましたが、「これが老いか」と、あまり気にしていませんでした。またこの頃から、右鼠径部に若干の痛みを感じることもありましたが、足を動かすことで収まっていました。なにぶん多忙を極めており、医者に行く時間を勿体ないとも考えていました。

■泌尿器科 (開業医) へ

2020年2月、仕事が一段落しはじめた頃、久しぶりに実家を訪れ、父の膀胱がんの治療経過を聞かされた際に、そういえば自分も飲酒時にだけ排尿しづらくな

るのは何故だろう、と元看護師の母親に何気に相談しました。母親からは「前立腺肥大じゃない?」と言われ、じゃあ診てもらおうかと思いつき、ネットで福井市の開業医をピックアップし受診することにしました。

初診でエコーを受けたところ、前立腺が通常の2倍くらいの大きさに肥大している言われ、前立腺肥大と診断されました。

とりあえず1ヶ月間薬を飲んで様子を見ることになり、1ヶ月後再診することになりました。

■再診

2020年3月、再びエコーを受けると、薬を飲み続けたにもかかわらず、前立腺がまったく縮小していませんでした。薬をもっと強いものに変える旨の説明を受けました。またその際に、年齢から考えてもまず問題はないが、念のためにPSA検査を受けることになり採血しました。検査結果は4、5日が出るので、もし万が一、異常があった場合のみ連絡するとのことでした。

■電話

再診から4日後、仕事に見慣れない番号から着信があり、「誰だろう?」と受けると泌尿器科のドクターからでした。一瞬「えっ? なんの用だろう」と思った直後に、「PSA検査で数値が95.8あり、すぐでも精密検査が必要」「A、B、Cの3つから転院したい病院を選んでほしい」と話があり、自分の身に何が起きているか見当もつかず、ボーッとした状態ながら、住まいの敦賀市から一番アクセスのよいC病院を選ぶと、「とりあえず予約をしてからもう一度かけ直す」と電話が切れました。

すぐさま携帯からネットで「前立腺がん PSA値」と検索すると、自分の検査結果が前立腺がん確定であること、転移の可能性も充分あり得ることがわかり、一瞬体が震えました。とは言え、自分ががんに罹患し

ているだろうことは理解できたものの、「前立腺がんって?」「転移って?」と、ことの重大さを認識していませんでした。

そうこうしているとドクターから電話が入り、「C病院で4月2日に予約が取れた」「受診するまでに紹介状を取りにくるように」と話がありました。私はたった今仕入れたにわか知識をドクターにぶつけたところ、「自転車スポーツとして乗っていないか?」と、以前PSAが100以上あった患者さんが、精密検査によりシロだった事例や、この若さだから転移は考えにくいかも、ということでした。

今思えば歯切れが悪かったので、この時点でドクターは最悪の結果を想定していたのかもしれませんが。

■ 転院

2020年4月2日、朝一で開業医を訪れ紹介状を受け取り、その足でC病院に向かいました。

C病院ではすぐさま採血を受け、検査結果が判明しだい診察となりました。結果はPSA値149.9と、約3週間の間に50以上上昇しており、にわか知識の「100以上はほぼ転移あり」ということを思い出し、「あ〜あ」といった感覚に陥っていました。でも正直、転移しているということがどういうことか、この期に及んでも正確に理解していませんでした。

ドクターには「私はがんなのか?」「転移の可能性は?」としつこく食い下がりましたが、「まだはっきりしたことは分かりません」の一点張りで、詳しいことは教えてもらえず、そのくせ「症状が非常に悪いので、すぐに投薬を始めましょう」と「ビカルタミド」と痛み止めの「カロナール」を処方されました。

■ 検査

翌日4月3日に生検を受けました。この日もドクターは「分かりません」の一点張りでした。

そのくせ、「仕事を辞めて治療に専念できる環境を

ととのえるように」、私が経営者だと伝えると「ではすぐにでも、後進に譲る段取りをするように」と言われ、「それってがん確定って言ってますよね」と突っ込んだ覚えがあります。

この日の帰路、運転していると、急に涙がこみ上げ、いい年こいてと思われるかもしれませんが、大泣きしてしまいました。前立腺がんの症状が出てから現在まで、泣いたことはこの一度きりで、その分も含めてといえますか、それくらいの大泣きでした。

その後20日にMRIと骨シンチを受診しました。

骨シンチ後、「結果を知りたければ教えます」ということで希望すると画像結果を提示され、「この光っているところ転移箇所です」と教わりました。

転移箇所と言いながら「分かりません」とは、いったいどういうこと?と看護師に愚痴ると、「先生は病理診断の結果を見ないと総合的に判断できないんですよ」とのことでした。

そして22日に診断結果を聞きに来る際、妻を連れてくるように言われました。「妻も多忙で、私一人ではダメですか?」と尋ねると、「そんな悠長なことを言ってる場合じゃない」と叱られました。

■ 診断

2020年4月22日、CTを受診後、妻同席のもと診断を受けました。

低分化型前立腺がん、GS4+5=9が10本中10本、骨盤内の両側リンパ節に転移、右恥骨に骨転移あり、とのことでした。

この時ほど自分の間抜けさを思い知ったのですが、「ということは、ステージは?」と質問し、「4です」と言われて、初めて転移=ステージ4ということを知り、瞬間1mほどストーンと落ちたような感覚に見舞われました。

「ということは、私はあとどれくらい生きられるのでしょうか?」との質問には、「3年~5年かな、い

や、5年は難しいかな」とのことで、これが余命宣告だったのにもかかわらず、既に私は抜け殻状態で、そんなこと、どうでもいいような感覚でした。

その後、転移があるので手術、放射線治療はできないこと、今から男性ホルモンの分泌を抑制する「リュープリン」という注射を打つこと、転移箇所を修復するための「ランマーク」という飲み薬を新たに処方すること、「ピカルタミド」と「カロナル」も続けて処方することを告げられ、それらをうわの空で聞き流し、注射後帰路につきました。

私の動揺を察してか、妻が運転を引き受けてくれ、車中、息子のこと、家のこと、実家の父母には内緒にすること、これからどう生きるか、などを話しました。

この時点では「俺はあと残り少ない人生を、周りの人々に感謝しながら全うする」と宣言していたような気がします。

帰宅後、息子の帰りを待って、がんであること伝えました。小6の息子はキョトンとしながら聞いていて、たぶん理解できていない印象でした。

■ 転機

その後2日間は仕事が手につかず、「あしたのジョー」でいう正に真っ白な状態で過ごしました。

そして2日後の深夜、いきなり猛烈な怒りの感情が沸き起こり、ベッドから飛び起きました。

「こんな訳のわからん臓器のせいで死んでたまるか！」

安っぽいドラマの1シーンのように感じるかもしれませんが、正直少し自分に酔っているような、逆にそうすることで気持ちが楽になるような、またそういう感情が芽生えたことが嬉しいような感情でした。

それからはパソコンに噛り付き、前立腺がんの知識、転移ありでの治療方法などを片っ端から情報収集し、そこで「腺友倶楽部」の存在を知ることになりました。

さっそく入会手続きを踏み、メーリングリストに書

き込ませていただいたところ、6名の方から激励の返信をいただき、ものすごく勇気付けられましたことを今でも思い出し、感謝しています。

その中の武内理事長からのメールで「オリゴメタ」というキーワードを知ることになり、これがターニングポイントになったと思います。

■ オリゴメタ

それからは「オリゴメタ」についての情報収集に全力を尽くしました。

「オリゴメタ」の定義、転移があっても保険適用で放射線治療を積極的に施術してくれる病院があること、ただし、まだまだ古き泌尿器科のガイドラインに沿って治療プランを立てる病院が大半であること、治療後は大幅に予後が良くなる可能性があること、自由診療で施術してくれるクリニックが、都会では多数あることetc、その時の自分には唯一の希望の光に思え、「これを受けずに何とする」と躍りになっていました。

■ 地域医療格差

さすがに自由診療では費用的に厳しい面もあり、保険適用で治療してくれる病院に絞って探すことに決めました。

まずは主治医に「オリゴメタ」について問うと、「私はそんなものは信じていません」とバッサリ切り捨てられました。

次に県内医大病院の「がん相談センター」に電話したところ、とりあえず要件を聞いて返答するとのことでした。半日後の返答では、「当院では泌尿器科のガイドラインに則り治療する方針」「その方針を逸脱する場合はコンプライアンス委員会にかけerる必要があり、それには半年近く要する」とゼロ回答を突き付けられました。

自分の中では県内最高峰と勝手に位置づけていたこともあり、これには少々凹みました。

その後、県立病院や赤十字など、目ぼしい病院に次々電話したのですが、「診察してみないと何とも言えない」と、今の自分が欲していた「治療しましょう」という明確な返事が得られなかったため、「こんなクソ田舎じゃダメだ」と近場の病院を諦め、全国に目を向けました。

神奈川のO病院や九州の病院などに電話したところ、「診察次第ですが“オリゴメタ”なら可能です」と、期待通りの返事をいただきました。

静岡のS病院においては、放射線治療科長自ら1時間以上ご対応くださりました。「治療は可能、最近では治療できる病院が増えてきており、わざわざ静岡まで来なくとも、関西など近場にある」「もし見つからなかった場合は引き受けます」との話をいただきました。この時、既にノリノリな気分になっており、「助かるかもしれない」と、放射線ステージ4では延命治療でしかないことを、忘れてしまうくらい高揚していました。お気付きのとおり、あとから思い起こして物凄く落ち込むことになるのですが。

■ 腺友倶楽部

その後、腺友倶楽部のことを急に思い出し、また同時に投稿に対しての返信にお礼をお伝えしていなかったこと、何よりその時の受信以降まったくメールが届いていないことに気がきました。

これは入会直後にメールサーバを切り替えた際、メーラーの設定を誤っていたことが原因でした。

すぐに是正し、お詫びと病院を紹介してほしい旨のメールを投稿し、数名の方からアドバイスをいただきました。これには前にも述べましたが本当に有難かったです。そして自分で道を切り開こうと躍起になり、腺友倶楽部の存在を忘れかけていたことを恥じました。

その中から武内理事長にご紹介いただいたK病院でお世話になるのですが、なぜK病院にお願いしたか、その理由はこんなところですよ。

- ・ 武内理事長の体験談を読んで、発覚時のPSA値が近かったこと
- ・ K病院での治療後、10年以上ご健在であること
- ・ 放射線治療科と泌尿器科がタッグを組んだ「前立腺がん専門ユニット」で診療していただけること
- ・ 何より武内理事長のご紹介であったこととK病院のネームバリュー

そして2020年7月22日、放射線治療科M教授を頼ってK病院を訪ねてみたところ、治療を引き受けていただけることになったのです。



敦賀港

* この続きは、次号に掲載します

今を生きる！

GIST（消化管間質腫瘍）と向き合って20年

GIST・肉腫患者と家族の会 NPO法人GISTERS 理事長 西館 澄人

■ 妻のGIST罹患

2002年秋、当時私はパティシエとして自分の店を出そうと準備を始めているときでした。すでに焼き菓子の工房を稼働させてネット販売を始めており、仕事帰りや休みの日に製造し発送するという日々を送っていました。売れ行きも好調で、あとは店舗をいつ出そうか、というところまで来ていました。



ただ少し気がかりだったのは妻の体調で、特に痛みなどはなかったのですが、胃腸の調子が悪いと話しており、それも1か月以上続いていたので、何か悪いものができているのではないかとそれだけが心配でした。

病院へ行くように何度か促したのですが、妻は毎年、秋祭りで神輿を担ぐのを何よりも楽しみにしており、祭りが終わったら行くから・・・と言って聞かなかったので、私も、まあ痛みがないのであれば少しぐらい大丈夫だろう、と高を括っていました。

ところが、病院で検査したところ、胃の外側に何か腫物ができており、胃粘膜下腫瘍との診断で、大きさも4センチ近く、すぐに摘出した方が良く手術を勧められました。

■ ガンじゃないから大丈夫？！

私も驚いてすぐに病院に駆けつけたのですが、胃の粘膜下腫瘍で平滑筋腫、あるいはジスト（GIST：

Gastrointestinal Stromal Tumor：消化管間質腫瘍）でしょう、との事でした。

ジスト？と耳慣れない病名が気になりましたが、「ガンじゃないから大丈夫ですよ、手術できれいに取ってしまえば、おそらく再発などもないでしょう」

医師のこの説明に納得してしまい、その後も病気について特に調べることもしませんでした。妻は痛みなどを訴えることもなく至って元気でしたので、手術当日も施術が3時間ほどで終わるという事で、手術室へ向かう妻へ「じゃあ、3時間後にね」と笑いながら送り出したほどです。

医師の「ガンじゃないから大丈夫」という言葉は、患者や家族を安心させてはくれますが、同時にその後の思考を停止させてしまうという困った効果もありました。



■ 余命数カ月

事が急展開したのは、手術が始まって30分ほど過ぎた頃で、院内放送で手術室の隣の部屋へ呼び出されたのです。

「広範囲に広がる無数の腹膜播種が見つかりました。残念ですがこれ以上手の施しようがありませんので、手術は中止させていただきます。」

いきなり執刀医がこう切り出してきました。私は理

解がついて行かず、「えっと・・・はい？」何と言ったかは覚えていません。執刀医はさらに説明を続けていましたが、あまりにも現実離れした話で、それが自分の身に起こっている事なのだと理解できず、頭の中は真っ白になっていました。

とにかく手術は中止、原発巣はそのままにして、腹部は閉じられてしまいました。

「おそらく余命は2か月から3か月。今11月だが年を越せるか分からない。原発巣を取らないのは、腫瘍を取ってしまうと、それだけ回復に時間がかかってしまうから。できるだけ早く退院して家族の時間をたくさん持てる方がよいでしょう」

およそ、そんな話をされたように思います。



米津玄師さんの曲で、“「止まない雨はない」より先に その傘をくれよ”という歌詞がありますが、その時の私も「そんな心配りの前に、手術して治してくれよ！」と叫びたかったです。

あまりにも不条理な出来事で、自分の中には怒り、悲しみ、不安、苛立ち、様々な気持ちが溢れ、渦巻いていたように思います。ですが、わずかに残っていた理性が、素早い状況判断で、家族の思いを尊重してくださった主治医に感謝しなくてはいけない、と考えたのでしょうか。執刀医にお礼を言い、頭を下げてその部屋を出ました。するとひとりの看護師さんが後を追ってきてくださり、「なんでも相談してくださいね。最期まで私たちがサポートしますから」そう声をかけてくださいました。素晴らしい寄り添い、素晴らしいサポートだとは思いましたが、その不条理さをまだ受け入れられていない私にとっては、本当に申し訳ないのですが、ただ「うっとおしい」だけの言葉でした。

■ 諦めたらそこでおしまい

手術を受けた当時、妻はもう一つ別の「心療内科」の治療も受けていたのですが、そちらの主治医に相談した結果、詳しい病状はしばらく伏せておいた方がよいらろう、という事になり、妻は摘出手術を終えたていで病室に戻ってきました。

手術が終わったことを喜んでいる妻を見ながら、私の心の内は複雑でした。事前にもっとGISTの事を調べておくべきだったという後悔もありましたし、「ガンじゃないから大丈夫」といった主治医の言葉は、診断ミスだったのではないかと、という不信感もありました。でも、今一番重要なのは、残された時間が僅かしかないという事で、もし医師の宣告の通り、余命2～3ヶ月という事を私が受け入れ、妻を看取るための準備を始めてしまったら、妻が治療を受ける機会は、二度と訪れないだろうということに気づきました。

私が諦めたら妻の生命もそこでおしまい、そう考えると、すぐに「余命」の話を信じる気にはなれず、逆に「冗談じゃない！」という気持ちが湧き上がってきました。

「ガンじゃないから大丈夫」という言葉も間違っていた。ならば「もう手の施しようがない」という言葉も、間違っているかもしれないじゃないか。とにかく自分で確かめてみよう。治療してもらえる病院を探そう。そう考え、GIST、腹膜播種の両面から、専門医と呼ばれる医師を手繰り、情報をかき集めました。



■ GISTの特効薬がありますよ

いくつかの病院に連絡しては断られていたのですが、当時としてはめずらしい「がんよろず相談」という看

板を出しているがんセンターがあり、他の病院で治療していても、相談が受けられるという事でしたので、早速、セカンドオピニオンの予約を取りました。すると対応してくださった医師が、たまたまGISTに詳しく、腹膜播種にも精通した医師で「GISTでしょ？それなら特効薬がありますよ。奥さんのこの状態でも、効く可能性が十分あります」と教えられました。

「グリベック（イマチニブ）というお薬で、GISTに対する治験が日本でも進行中です」との事でした。

「特効薬と言っても本当に効くのだろうか？」心配になり、一足先に承認されていたアメリカのGIST患者会で話を聞いてみると、確かによく効くお薬で、患者会にも多くの体験談が寄せられていました。

中には、妻と同じく腹膜播種の状態で服用を始め、半年以上存命している、もちろん効果も持続している、という話も聞くことができ、俄然、期待が高まってきました。

■ 未承認薬（グリベック）の個人輸入

日本では、グリベックの治験は終了しており、承認申請を待っている段階。どうすれば薬を手に入れ、服用することができるのだろうか？ 必死に、未承認薬を手に入れる方法について調べていると、国内のGIST治療について、患者さんたちが情報交換をしているネット掲示板にたどり着きました。そこでの情報から、グリベックは海外では承認されているので、個人輸入が可能で、その方法についてもその掲示板で共有されていました。

主治医にその話を持っていくと、少し調べてくださっていたようで、「確かによく効いているようだ、だけど、どんなによく効いても半年くらいだと思うよ」そうは言いながらも、個人輸入についての承諾と処方についてもご協力いただけることとなり、妻はグリベック（イマチニブ）の服用を開始することができました。

この薬は妻によほど合っていたのでしょうか。服用開始から3か月後のCT検査では、原発巣以外の腫瘍は全て見えなくなり、原発巣自体も縮小しているという結果でした。主治医も本当に驚いており、私も諦めな

くて良かった、と心底思える瞬間でした。

■ 「癌」と「がん」の違い（医師の言うガンとは何？）

ちなみに、患者会でお話を聞いていると、主治医から「GISTはガンじゃない」と言われて安心してしまいましたという、私と同じ体験をされている患者さんやご家族がとても多いことに気がきます。確かに厳密に言うならばGISTは「癌」（がん腫：カルシノーマ）ではありませんが「肉腫」（サルコーマ）の一種で、つまり「がん」（ガンサー）ではあるのです。

先生方がどんな意図で「ガンじゃない」と言ったのかは分かりませんが、診断されたばかりの患者さんやご家族が、これらを区別できるはずもありません。

正確な情報で、事前にきちんと治療を始める準備を進めてもらうためにも、「ガンじゃない」というグレーな発言は止めていただき、漢字の「癌」とひらがなの「がん」の違い、GISTという肉腫についてなど、治療を受けるために必要な基礎知識を、しっかりと説明していただきたいと思います。

■ GISTは希少がん？！

その後、先にお話したネット掲示板の運営を、私が引き継ぐこととなり、患者さん同士の交流を広げ、任意団体を経て、2013年にNPO法人GISTERSを設立しました。

GISTERSは「リレーフォーライフ・ジャパン」に、2006年のエキジビションから参加しており、アメリカでグリベックの開発資金を提供してくれたリレーフォーライフの素晴らしさを、当事者として全国で伝えています。





妻のGISTは、グリベックによって6年以上抑えられました。薬剤耐性により徐々に効果が弱くなり、最後は2009年10月、自宅で家族が見守る中、息を引き取りました。享年44歳でした。

診断からちょうど7年の闘病でしたが、よくもって半年と余命宣告されていたことを考えると、驚くほど延長されましたし、なにより7年という時間を与えられた事で、病状を理解して受け入れ、立ち向かい、そして、最期の時を、患者としてどう家族と接するか、あるいは、家族としてどう患者と接するかをじっくりと考える事ができました。

妻が亡くなった後も、妻を支えてくださった患者仲間やご家族の皆さんへの恩返しのつもりで、この活動を続けています。

■ GISTと新薬について

GISTは、グリベック以降も3つの治療薬が承認されており、さらにその後も、国内外で薬の開発が進められていますので、GISTという病名自体は、比較的よく知られています。しかし10万人に一人という罹患率からも、GIST治療で経験豊富という医師は、それほど多くはいらっしゃいません。

専門医と呼ばれる経験豊富な医師が少ないがために、適切な治療にたどり着けない患者さんが相当数おられるというのが日本のGIST診療の問題点と言えます。

近年、ドラッグ・ラグの究極版である「ドラッグ・ロス」という言葉が使われるようになってきました。海外で承認された新薬が、日本国内で承認を求める動きがないまま、有望な新薬が患者に届かず、消えてしまいかねない状況のことです。

GISTではこの洗礼をまともに受けており、サードラインの治療薬までは、世界標準と並んでいた日本のGIST治療薬ですが、2020年にアメリカ・ヨーロッパで承認されたフォースラインの治療薬の2剤は、未だに日本で治験開始の目途すら立っていません。

また、その間、日本でのみ承認された治療薬ピミテスピブ（Pimitepsib）は、世界のどの国でも開発が進んでおらず、逆に、海外の患者さん達から情報を求められています。日本から世界へ向けた情報発信も必要になってきました。今、何とかこれらの問題を解決するべく、患者会と医療者が共に対策を練り、動き始めています。



妻の罹患をきっかけに、GISTと向き合って20年になりますが、良い経験も苦い経験も、他の多くの希少がんに先んじて経験しているのがGISTであり、後に同じような経験をされるであろう希少がん患者の皆さんにとって、GISTの経験が Good Practice となれるよう、これからも、日々取り組んでいかなければと考えています。

西舘 澄人：

- GIST・肉腫患者と家族の会 NPO法人ジスターズ 理事長
・ <https://www.gisters.info/>
- 一般社団法人 日本希少がん患者会ネットワーク (RCJ) 副理事長
・ <https://rarecancersjapan.org/>

腺友倶楽部の動画配信サイト「Mo-CHANNEL」

～ 前立腺がん（男性がん）関連の良質動画を集約しています～



視聴INDEX 当サイトについて



Pickup Video

講演1「最新のスクリーニングと診断について」



新着ビデオ

前立腺がんのI-125密封小線源治療

森田 将
昭和大学江東豊洲病院 泌尿器科



前立腺がんのI-125密封小線源治療

Posted on 2023年



Mo-FESTA CANCER FORUM 2022
主催者挨拶

Posted on 2022年



最新のスクリーニングと診断について

Posted on 2022年



治療総論：限局がんを中心に

Posted on 2022年



【トークセッション】局所進行がん
とオリゴ転移がんの治療について

Posted on 2022年



外照射の進歩と小線源療法

Posted on 2022年



薬物療法の現状と将来展望

Posted on 2022年



男性トイレにもサニタリーBOXを！

Posted on 2022年



去勢抵抗性前立腺がん治療中のQOL
と骨転移への早期対応の重要性について

Posted on 2022年

[ビデオ一覧へ](#)



ヤンセンが目指すのは、 病が過去のものになる未来を作ることです。

世界のすべてが、私たちの研究室。
病と懸命に闘う患者さんのために、
高い科学技術、独創的な知性、
世界中の力を合わせ、新しい可能性を切り拓く。

すべては、私たちの解決策を待つ、ひとつの命のために。
複雑な課題にこそ挑んでいく。
新しい薬を創るだけでなく、それを最適な方法で提供する。

革新的な薬や治療法を、届ける。
世界中に、私たちを待つ人がいる限り。

誰もが健やかに、いきいきと暮らす社会。
そんな「当たり前」の願いのために、
自ら変化し、努力を続けます。



ヤンセンファーマ株式会社

www.janssen.com/japan

www.facebook.com/JanssenJapan



Better Health, Brighter Future

タケダは、世界中の人々の健康と、
輝かしい未来に貢献するために、
グローバルな研究開発型のバイオ医薬品企業として、
革新的な医薬品やワクチンを創出し続けます。

1781年の創業以来、受け継がれてきた価値観を大切に、
常に患者さんに寄り添い、人々と信頼関係を築き、
社会的評価を向上させ、事業を発展させることを日々の行動指針としています。



●

We chase the *miracles* of science to improve people's lives

私たちは人々の暮らしをより良くするため、科学のもたらす奇跡を追求します。

●

サノフィ株式会社

〒163-1488 東京都新宿区西新宿三丁目20番2号 東京オペラシティタワー

www.sanofi.co.jp

sanofi

What science can do

オンコロジー併用療法

アストラゼネカは、バイオ医薬品と低分子医薬品を併用することで、がん細胞を直接攻撃すると同時に、身体の自己免疫システムを活性化することにより、がん細胞の細胞死を誘発する治療法の開発に取り組んでいます。



放射線治療に関わる一連の情報を統合管理するシステム

ARIA

Oncology Information System

ARIA® Oncology Information System (ARIA OIS)は、電子カルテ、放射線治療装置や治療計画システムとの連携により、診断から治療実施、治療後のフォローアップまでご施設の運用に合わせた効率的な情報管理・運用を提供することで、治療に携わる医療スタッフが患者さま一人一人のケアに集中できるよう支援します。

詳細なARIA OISの情報は Varian.com/ja/aria へ

安全性:放射線治療は、副作用を伴う場合があります。すべてのがんに適切とは限りません。
画像照合用ソフトウェアARIA Offline Review:医療機器認証番号 227ADBZX00084000
©2022 Varian Medical Systems, Inc. Varian は Varian Medical Systems, Inc.の登録商標です。

varian
A Siemens Healthineers Company

ARIA



国民の医療・健康・福祉に貢献する

前立腺がんの検査について



**Boston
Scientific**
Advancing science for life™



**When we challenge,
we advance.**

挑むからこそ、前へ進む。



©2022 Boston Scientific Corporation or its affiliates. All rights reserved.
All trademarks are the property of their respective owners.

ボストン・サイエンティフィック ジャパン株式会社
本社 東京都中野区中野4-10-2 中野セントラルパークサウス
www.bostonscientific.jp

CORP-1465602-AA



f o r t h e h a p p i n e s s



明日の幸せを願い、「診る」そして「治す」核医学。

私たちは、がんや心臓病、脳血管疾患および認知症などの早期発見に役立つSPECT・PET検査用放射性医薬品や、がん治療用の医療機器、治療薬などの創出を通じ、これからも皆様の健康に貢献します。

すべて公式YouTubeチャンネルから無料で視聴できます。QRコードを読み込むor「オンコロ」と検索!

がん情報サイト オンコロ イベントカレンダー2023



大阪オンコロジーセミナー
夜間学校 @WEB 録画
19:00~20:00

大阪オンコロジーセミナー
笠井 信輔の
こんなの聞いてもいいですか
on the web 2023
20:00~20:30

ONCO
ONCOLO Meets Cancer Experts
19:00~20:00

月	大阪オンコロジーセミナー 夜間学校	大阪オンコロジーセミナー 笠井 信輔のこんなの聞いてもいいですか	ONCO
1月	13日(金) 胃がん	18日(水) 臨床試験グループって何してるの?	27日(金) ゲノム検査
2月	10日(金) 神経内分泌腫瘍	15日(水) ネットの医療情報、信じていいの?	24日(金) 腎細胞がん
3月	10日(金) 大腸がん	15日(水) サバイバートーク	24日(金) 口腔ケア
4月	14日(金) 食道がん	19日(水) 支持療法・緩和ケアのほんとのところ	28日(金) びまん性大細胞型B細胞リンパ腫
5月	12日(金) 膀胱がん	17日(水) がん患者の外見(アピアランス)って?	26日(金) 慢性骨髄性白血病
6月	9日(金) 卵巣がん	21日(水) サバイバートーク	23日(金) 臓器横断的治療
7月	14日(金) 肉腫	19日(水) 医療系の学会(学術集会)ってなに?	28日(金) 放射線総論
8月	10日(木) *8月のみ木曜日の開催 頭頸部がん	16日(水) がんに対する代替療法	25日(金) 消化管間質腫瘍
9月	8日(金) 小児がん	20日(水) サバイバートーク	22日(金) 前立腺がん
10月	13日(金) 乳がん	18日(水) がん患者の食事はどうすればいいの?	27日(金) 遺伝性婦人科がん
11月	10日(金) 肺がん	15日(水) アドバンス・ケア・プランニング(ACP)ってなに?	24日(金) 肺がんの術後補助療法
12月	8日(金) 臨床試験	20日(水) サバイバートーク	22日(金) 社会復帰の障害事例集

内容は急遽変更となる可能性がございます。



編 集 後 記

節分（2月3日）に豆を撒いて鬼を追い出したと思ったら、翌日（2月4日）はワールドキャンサーデー、ライトアップでがんを追い払うという。今年の統一テーマは“Close the care gap”「介護格差をなくそう」。格差ははたしてcareだけなのか、cureは大丈夫なのか、ライトアップのTV報道を見ながらふと思った。

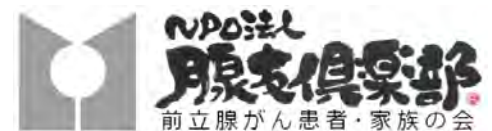
食道がんを化学放射線治療で克服し、芸能活動に復帰した秋野暢子さん。

「がんと言われても落ち込まなかった」
「主治医は自分、医師はサポート」
親近感がじわり、ファンになりそう。

さほど進行したがんでもないのに、不安で眠れないとおっしゃる方もおられれば、転移がん、再発がんでも平然としている方もおられる。

レジリエンス（順応力）を高めるには、のんびり過ごす時間を増やし、鈍感力を高めれば良いと思うのだが、はたしてどちらが鶏なのか卵なのか。

5月には、新型コロナも風邪と同じ扱いになるらしい。元気な人は解放感に浸るのもありだと思う。ただし、腺友には高齢者も多く治療中の方も多いので、喜んでばかりはおられない。適宜自衛も怠りなく。



腺友倶楽部にご寄付をよろしく申し上げます

<振込先>

- 三菱UFJ銀行 宝塚中山支店
普通預金 0200774
口座名義 エヌピーオーハウジンセンユウクラブ
- 郵便振替 口座記号番号 00950-3-236105
口座名称 トクヒ) センユウクラブ

発行：NPO法人腺友倶楽部
<http://pc-pc.org>
〒665-0875
宝塚市中筋山手2-2-14
TEL 070-5507-6914

発行日：2023年2月25日：第9号