

前立腺癌

今回の集計対象は、1978 年以降に診断された前立腺癌で、筑波大学において治療された症例とした。そのため、セカンドオピニオンのみで以後通院のない症例は除外した。図 1 に症例数の年次推移をまとめた。この間に 728 例の治療が行われ、特に 1990 年以降は増加傾向を認める。2007 年は 10 月末までの集計のため実数は少なくなっているが通年ではほぼ前年と同様の症例数になると思われる。これから後は、年次変化を見るために、1978 年から 1987 年の 10 年間と 1988 年から 2002 年の 5 年間、および最近 5 年間の 3 つの時期に分けて解析をすすめる。

診断時年齢は、図 2 に示すように全体では平均 69.7 歳である。年次別にみると、図 3 のように 70.8 歳、69.4 歳、68.7 歳と近年診断時年齢が低下している。これは、茨城県内の集団検診や当科および他科における診療において PSA 検査が普及してきたことが影響していると考えられる。その根拠として図 4 に示す PSA 値（診断時）の年次推移で、最近 5 年間では 4 以下あるいは、いわゆるグレーゾーン（4 から 10）である症例の増加が著しい。しかしながら PSA が 50 以上で診断される症例もいまだに認められ、今後さらに PSA 検診を進めていかなくてはならない。

診断時のグリソンスコアの分布を図 5 に示す。最近 5 年では、4 以下の症例が極端に少なくなり、7 以上の比較的高い症例が多くなっている。これは病理におけるグリソンスコアの評価方法が変わったために、同じ症例であってもグリソンスコアを高く付

ける傾向になったためである。この点は、今後生存率の解析をするときなど、十分気をつけなければならない点である。

組織学的分化度を見ると、図 6 に示すように最近 5 年間では Poorly differentiated adenocarcinoma は減少傾向にある。この現象とグリソンスコアの変化との乖離は、すでに述べた理由によると考える。

臨床病期の年次推移を図 7 に示す。1978 年からの 10 年間では Stage D が 60%以上を占めていたが、最近 5 年間では Stage D は約 15%に減少し、Stage B が約 3 分の 2 を占める。これも PSA 検査の導入による stage migration であると考えられる。

年代別の初期治療を図 8 に示す。病期の変化に伴い、手術療法や放射線療法といった局所療法の割合が増加している。筑波大学の特徴として、放射線療法に陽子線を使った治療を行っていることから、他院からの紹介や本人がホームページで調べて当院での治療を希望する場合も少なからず認められる。Stage B に限った初期治療の変化をみると、図 9 に示すように、放射線治療の割合が増加していることがわかる。手術症例は実数ではほとんど変わらないが、放射線治療の症例数が大幅に増えたことにより手術の割合が少なくなっている。

生存時間解析は、治療法がある程度標準化した最近 10 年を対象に行った。

臨床病期別に全生存率をみると、図 10 に示すように、いずれの病期においても比較的に予後が良い。また Stage B、C においては、海外で報告されている生存率よりも当科の結果が良好である。これは、国内で行われたいくつかの臨床試験とほぼ同様の結果であり、日本の前立腺癌患者の予後が良好で

あることを表している。その原因としては、他因死が少ないことと、日本では CT や MRI、骨シンチなどの画像診断が多く行われ、病期の評価が厳密であることが考えられる。今後、さら長期予後を観察する必要がある。

Stage B に限り、初期治療別の全生存率を計算した。図 11 に示すように、どの治療を行っても明らかな差は認められない。全身状態や合併症などから手術の出来ない症例に内分泌療法や放射線療法が行われることを考えると、前立腺全摘除術を行う症例が比較的予後が良いというバイアスの存在には注意しなくてはならない。

最近 10 年間の症例では、癌死症例が少ないため、疾患特異的生存率の結果は情報量が少ないが、図 12 に臨床病期別の結果を示す。今後、長期予後を明らかにするためには、関連病院へ転院後の調査をするなど関連病院等との連携をさらに強く保ち、予後や再発のデータを集めなくてはならない。そのような努力をすることにより前立腺癌の治療効果を明らかにすることができると考えている。



