

# 前立腺がん検診を受ける前に

～知ってください 前立腺がんのこと、検診の利点や欠点～

資料10



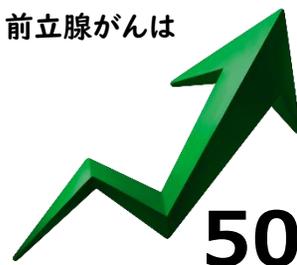
2017年  
それまで男性の罹患数1位の  
胃がんを抜いた

2019年死亡数  
**12,544人**



日本男性がんで  
**7番目**

前立腺がんは



**50歳**

を過ぎると  
増え始める

検診を  
受けた人のうち

**約8%**

精密検査対象

定期的な  
検診で

**約20%**

死亡リスク  
低下

大阪市のPSA値判定基準

PSA値は年齢に伴い高くなる傾向があるので、  
年齢別に要精密検査とする値を設定します。

50歳	
55歳	3.0ng/ml以上
60歳	
65歳	3.5ng/ml以上
70歳	4.0ng/ml以上

PSAをつくらない  
前立腺がんもある



前立腺がんがあっても  
PSA値が高くないこと  
もあります。排尿に  
違和感などあれば泌尿  
器科専門医を受診して  
ください。

**約2～3%**

検診でなく症状があって  
発見された前立腺がん



**約30%**

骨に転移あり



再PSA検査  
MRI  
超音波検査  
直腸診

**精密検査**

泌尿器科専門医による検査

がんが疑われるとき

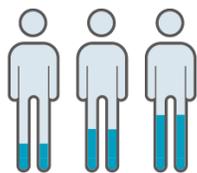


生検後は発熱や尿  
に血が混じることが  
ありますが重い  
合併症は稀です。

**生検**

8～12か所「細い針」を刺します  
麻酔下で実施

前立腺生検での  
がん発見



**約20～40%**

PSAが10ng/ml以下の場合

精密検査で「がん」が  
見つからなかった場合

その後も

**経過観察**

精密検査で「がん」が  
見つかったとしても

ゆっくり  
進行する

過剰診断・治療の可能性もあります

**泌尿器科専門医での**

診療を継続してください



前立腺がん検診について詳しい情報を知りたい方は

日本泌尿器科学会 一般のみなさまへ

検索

## 大阪市 前立腺がん検診の受診を考えている方へ(検診受診前にお読みください)

### 前立腺がんの情報・前立腺がん確定までの検診の方法

#### 前立腺がん検診の利点・欠点・不明確な点

日本における前立腺がんの患者数は、高齢化、食生活の欧米化、がん診断技術の進歩などの影響で急速に増えています。男性がんの罹患数(新しく発症するがん患者数)は、2014年の罹患数では、前立腺がんは第4位でしたが、2017年には胃がんや肺がんを抜いて、前立腺がんが第1位となりました。

2019年には12,544人が前立腺がんで死亡しています。また、前立腺がんは日本人男性のがんの中で7番目の死亡原因です。

PSA検査による前立腺がん検診の受診により、前立腺がん死亡率が下がることがわかっています。また、がんが転移した状態で発見される可能性が低くなります。何らかの排尿に関する症状が出てから発見される前立腺がんの約30%は、骨などに転移した状態で発見されます。

年齢が高くなるにつれ、前立腺がんにかかる可能性が高くなりますが、50歳頃から増加していきます。大阪市前立腺がん検診は検診実施年度に50歳、55歳、60歳、65歳、70歳の誕生日を迎える男性市民を対象とし、問診及び血液検査による血中の前立腺特異抗原(PSA)の測定により「要精密検査」「精密検査不要」に区分します。

国内で実施される多くの前立腺がん検診では一律のPSA値(4.0ng/ml)以上の場合を精密検査の対象していますが、PSA値は年齢とともに上昇するものであるため、大阪市では年齢別に設定したPSA値により検診の判定を行います。

【50、55、60歳：3.0ng/ml以上、65歳：3.5ng/ml以上、70歳：4.0ng/ml以上】大阪市では年齢により精密検査対象とするPSA値を低く設定した「年齢階層別PSA判定基準値」により判定を行います。これにより、がんの発見率を上昇させ、治療により完治可能な前立腺がんが多く発見されますが、死亡に影響しないような「臨床的に重要ではないがん」が診断される(過剰診断)ことがあります。

PSA検診の受診結果、約8%の方が精密検査対象となります。精密検査対象になった場合は泌尿器科専門医による診療が必要です。

PSA値が上昇しない前立腺がんも2~3%あり、PSA検査では診断できないことがあります。

精密検査では、再度のPSA検査、直腸診、超音波検査、MRIなどを行い、がんが疑われる場合、確定診断のために前立腺生検が必要になります。前立腺の8~12か所(場合によってはそれ以上)に細い針を刺して組織を採ります。

前立腺生検は、局所麻酔あるいは腰椎麻酔をかけて行われ、外来検査で行う場合と入院検査で行う場合があります。

前立腺生検を行った場合、発熱、直腸からの出血、尿に血が混じる、精液に血が混じることがありますが、重い合併症は極めてまれです。

PSA値、直腸診、超音波検査にて、前立腺がんが疑われ前立腺生検を行った場合、PSA値が10ng/mL以下では20から40%の確率でがんが診断される一方で、60から80%の方はがんが診断されず、結果的に不必要な生検を受けることとなります。PSA値が上昇するほど、がんの可能性が高くなりますので、不必要な生検を受ける可能性は低くなります。

”臨床的に重要ではないがん”の治療前の診断は一般的に困難です。ご高齢になればなるほど、積極的な治療を行っても余命の延長が得られず、治療の合併症で生活の質が低下(過剰治療)になる可能性があります。また、PSAの上昇が軽度な状況で生検が施行され診断されたがんの悪性度が低く、かつ、がんの大きさが小さい方においても、過剰治療となる可能性が懸念されます。

## 前立腺がん検診受診後の情報提供

### 前立腺がん検診を受けた方へ

PSA検査では、約8%の方でPSA値が異常値となり医療機関への精密検査の受診が必要となります。泌尿器科専門医による診療を受け、精密検査・治療を適切に行うことによって、前立腺がんが骨などに転移する可能性や、前立腺がんで死亡する確率が明らかに低くなることがわかっています。（精密検査は保険診療）

### 精密検査不要であった場合

前立腺がん検診で得られたPSA値は保管しておくことをお勧めします。今後PSA値を受けた場合に、値の変化が情報として非常に役立つ可能性が高いからです。  
排尿に関する症状などがあれば泌尿器科専門医を受診してください。家族の方に前立腺がんにかかれた方がいる場合、そうでない場合に比べ、前立腺がんになる危険は高いといえます。

### 精密検査対象になった場合

泌尿器科専門医の診療を受けてください。  
PSAが高い場合に考えられる疾患は①前立腺がん、②前立腺肥大症、③前立腺炎、などがあります。精密検査では、症状や検尿などで前立腺の炎症有無、再PSA検査による値の変動をみることや、超音波検査や直腸診で前立腺肥大症の有無、前立腺がんを疑わせる所見の有無を調べます。複数の検査からがんが疑われた場合、前立腺生検が必要です。これには泌尿器科専門医の判断が必要です。

### 確定診断のための前立腺生検について

前立腺に8～12ヶ所(場合によってはそれ以上)に細い針を刺して組織を採取します。局所麻酔あるいは腰椎麻酔をかけて行われ、外来検査で行う場合と入院検査で行う場合があります。  
標準的な前立腺生検方法でも、20～40%の前立腺がんは見つけることができません。がんが見つからない場合も、今後の経過観察について泌尿器科専門医との相談が必要です。

### 前立腺がんが発見された場合

CTスキャン、MRI、骨シンチグラム等によって進行度を検査します。  
前立腺がんの進行に応じて、治療は①監視療法、②手術療法、③放射線療法、④ホルモン療法から、一つあるいは組み合わせて選びます。前立腺がん検診により命に影響を与えないがんが発見されることがあります（過剰診断）。過剰な治療による不利益を少なくするため、前立腺がんの状態により「監視療法・待機療法」が治療選択の一つとして提案されます。

#### ◆手術療法

前立腺がんが前立腺内にとどまっている場合、最も根治性が得られる治療です。  
一方で、手術前のがんの病状が正確に捉えられないことがあり、がんが取りきれない可能性があります。  
主な合併症は、勃起障害、尿漏れなどです。勃起障害については勃起神経を温存できる場合があります。尿漏れはあっても軽度の場合がほとんどです。

#### ◆放射線照射療法

##### ①外照射療法

体の外より放射線を照射する方法。最新のIMRT（強度変調放射線治療）では前立腺に集中して放射線を当てることのできるため、治療効果を高め、合併症を減らすことが可能です。他の高度な放射線治療としては、粒子線・陽子線治療も一部の施設で可能となっています。

##### ②内照射療法

前立腺に針をさしてまたは小さい放射線のカプセルを埋め込んで、内側より放射線を照射する方法。  
主な合併症は、直腸からの出血で、勃起障害も手術よりは少ないものの、20～40%で起こります。  
※外照射と内照射の組み合わせ、さらにそれらとホルモン療法を組み合わせることで、前立腺にとどまっているがんのみならず、前立腺の少し外側に出ているがんも治療できる可能性が高くなっています。

#### ◆ホルモン療法

1か月から3か月ごとの皮下注射による治療法と、両側の睾丸摘除術があり、どちらも同等の効果です。場合によっては、経口で抗男性ホルモン剤を用いることもあります。またホルモン療法は、手術・放射線療法と組み合わせて用いることもあります。主な合併症は、勃起障害、骨塩量低下、体のほてり、発汗、筋力低下などです。

”臨床的に重要ではないがん”の治療前の診断は一般的に困難です。ご高齢になればなるほど、積極的な治療を行っても余命の延長が得られず、治療の合併症で生活の質が低下（過剰治療）になる可能性があります。また、PSAの上昇が軽度な状況で生検が施行され診断されたがんの悪性度が低く、かつ、がんの大きさが小さい方においても、過剰治療となる可能性が懸念されます。

### 治療法選択について

積極的な治療を行うことで、がんを完治させ、余命が延長し、生活の質もほとんど低下しない方が多く存在する一方で、余命は延長しても、治療の合併症で生活の質が低下する方、また中には、余命延長が得られず、治療の合併症により生活の質が低下する方もいます。高齢になるほど、PSA値が低い方ほど、また生検でのがんの悪性度が低く、がんが小さい方ほど、積極的な治療を行った場合、結果的に過剰治療となる可能性が高いと考えられています。