



ご来院の方へ

診療科・共通部門

東病院について

取り組み

採用情報

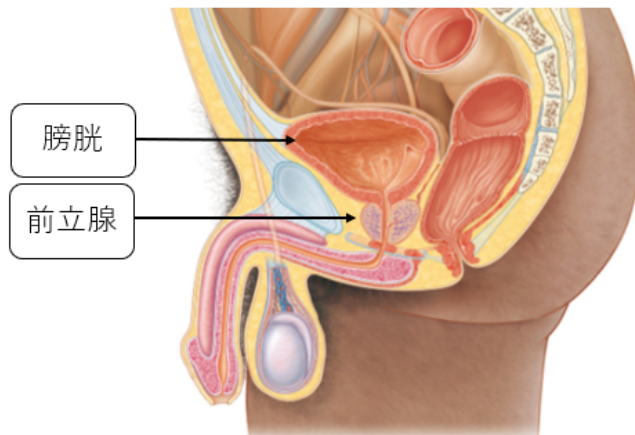
[トップページ](#) > [診療科・共通部門](#) > [外科系](#) > [泌尿器・後腹膜腫瘍科](#) > [病気と治療について](#) > [主な疾患](#) > 前立腺がん

前立腺がん

1. [前立腺と前立腺がん](#)
2. [症状](#)
3. [診断](#)
4. [病期（ステージ）](#)
5. [治療について](#)

前立腺と前立腺がん

前立腺は男性特有の器官で、膀胱のすぐ下にあります。もともとは尿道の背側に付随的に存在しており、加齢に伴い尿道を取り囲むようになります。通常は3-4センチメートル程度の大きさで、精子の運動及び円滑な移動を助ける前立腺液を産生する臓器です。前立腺がんはこの前立腺から発生します。



受診をご希望の方へ

- 外来受診のご案内
- セカンドオピニオンのご案内
- 初診予約待ち時間一覧
- 手術待ち時間一覧
- 当院で実施している治療一覧
- 抗がん剤Q&A
- 画像診断検査について

症状

早期の前立腺がんは、多くの場合自覚症状がありません。排尿困難（おしっこが出にくい）や頻尿（おしっこの回数が多い）などの症状は、前立腺局所で進行した際にみられることがあります。多くの場合はむしろ併存する前立腺肥大症の症状であることが多いです。進行した場合には骨やリンパ節などへの転移が認められ、骨転移の場合は腰痛などの症状を自覚することがあります。

診断

血中PSA測定

前立腺がん検診で行われる検査はPSA（Prostate-specific antigen）値の測定です。PSA検査は採血で行われ、血液中にある前立腺に特異的なタンパク質である「PSA」値を測定します。前立

腺がん検診で行われる簡便な検査のなかでもっとも精度が高い検査とされています。一般的に4ng/ml未満が正常ですが、年齢により基準値が設けられています。PSA値が高くなるにつれ、前立腺がんである可能性も高くなっていきますが、前立腺肥大症や前立腺炎でも高値になることがあるため、基準値以上であるからといって必ずしも前立腺がんがあるとは限りません。基準値以上の場合は、より詳しい検査を受けることになります。

直腸指診

前立腺が直腸の前面に接していることを利用し、肛門から指を入れて診察を行います。前立腺背側に発生したがんは、ある程度の大きさになれば直腸から指で診断することが可能です。

MRI検査

近年、広く用いられるようになってきた画像検査です。前立腺がんの存在診断の予測に極めて有用な検査です。MRIの結果だけではがんの確定診断はつきませんが、組織検査をおこなった方がよいかどうか判断する材料となり得ます。

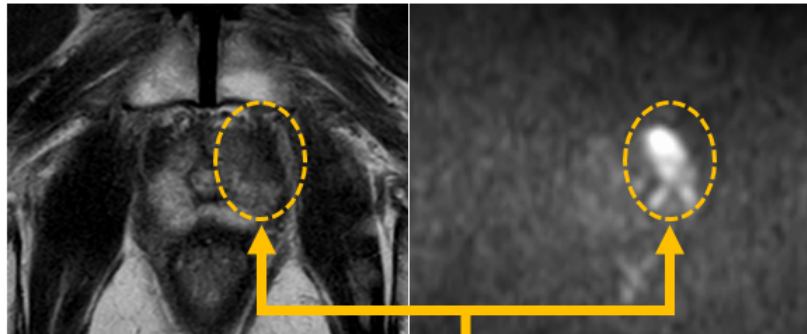
現在、MRI画像結果を5段階で判定するスコアリングシステム（PI-RADSスコア、1点: がんの可能性が極めて低い 2点: がんの可能性が低い 3点: どちらとも言えない 4点: がんの可能性が高い 5点: がんの可能性が極めて高い）が普及してきており、当院でもがんの可能性を客観的に評価し検査を進めています。

MRI検査は強い磁場のなかで行うため、体内に金属が入っている方はその材質により注意が必要となります。

MRI画像

T2強調画像

拡散強調画像



がんを疑う所見

前立腺生検（組織検査）

確定診断のために行われる検査です。前立腺の組織の一部を採取し、顕微鏡検査で病理学的にがん細胞の有無を確認します。

経直腸超音波（エコー）で前立腺を観察しながら、針型の生検器具を使用し、組織を採取します。「系統的生検」といって、予め決まった10数ヶ所から組織採取する方法が一般的です。画像検査の結果に合わせ、がんが疑われる部位に標的として追加の組織採取を行います。

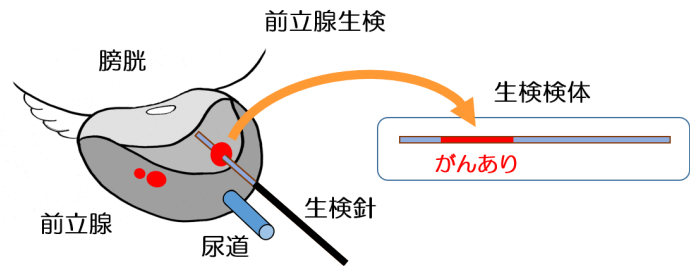
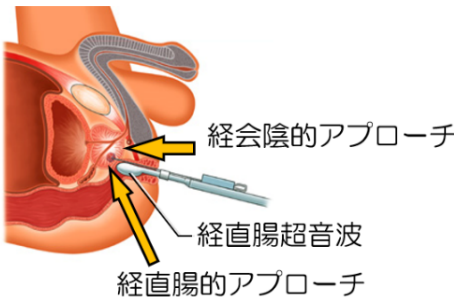
当科では経会陰的アプローチで検査を行っています。これにより大腸菌による前立腺炎が極力回避でき、経直腸アプローチでは見逃し



やすい尖部腹側と言われる部位からの採取も行える利点があります。

基本的に短期入院で麻酔（腰椎麻酔または局所麻酔）を併用し検査を行います。

アプローチ方法



以下は、前立腺がんと診断された方に行われる画像検査です。

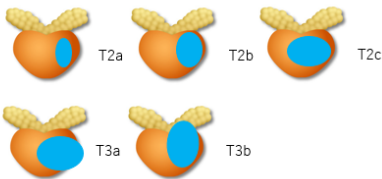
CT検査、骨シンチグラフィ検査

病巣の広がりや転移を調べるためにCTや骨シンチグラフィなどを行います。これらの検査によってがんの進行度（病期）を決定します。

病期（ステージ）

まず病期は、TNM分類に基づいて判断されるのが一般的です。

TNM分類	
T（原発腫瘍の広がり）	
T1	触診や画像では診断できないほど小さい
T1a	前立腺肥大症の手術で偶然に発見（切除組織の5%以下）
T1b	〃（切除組織の5%以上）
T1c	針生検で確認された腫瘍
T2	前立腺に限局（前立腺内だけに存在する）
T2a	片側のみ（1/2以内）
T2b	片側のみ（1/2以上）
T2c	両側に存在
T3	前立腺被膜を越えている
T3a	被膜の外側に広がる
T3b	精のうに浸潤
T4	前立腺の周りの組織（膀胱、直腸、骨盤壁）に広がる
N（リンパ節転移の有無）	
N0	所属リンパ節転移がない
N1	所属リンパ節転移がある
M（遠隔転移の有無）	
M0	遠隔転移がない
M1	遠隔転移がある
M1a	所属領域以外のリンパ節転移
M1b	骨転移
M1c	骨以外の臓器転移



前立腺がんの進行度によって病期（ステージ）が決まります。

Jewett Staging Systemによる病期分類

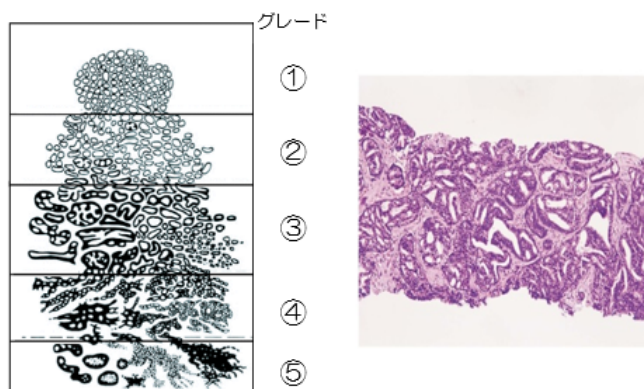
病期A	前立腺肥大症に対する手術等の結果、偶然発見された癌 A1 限局性、高分化 A2 中～低分化あるいは複数の前立腺内病巣
病期B	前立腺に限局した腺癌 B0 直腸指診陰性、PSA高値にて発見 B1 片葉内単発 B2 片葉全体または両葉
病期C	前立腺周囲にとどまり、前立腺被膜を超えるか精嚢浸潤 C1 臨床的に被膜外浸潤 C2 膀胱頸部浸潤あるいは尿管閉塞
病期D	転移を有する D0 転位所見を認めないACPの持続的上昇 D1 所属リンパ節転移 D2 所属リンパ節以外のリンパ節転移、骨その他臓器転移 D3 D2に対するホルモン療法後再燃

グリソン・スコア

前立腺生検で得られた組織の病理検査でがんの診断となった場合、その悪性度を示すのがグリソンスコア(Gleason score)です。

この組織型は、5段階に分けられています。グレードが高いほど（グレード5）最も悪性度の高いがんです。最も多いグレードと2番目に多いグレードを足して悪性度を判定します。

病理組織



上記がグリソン・スコアと呼ばれるもので、最多がグレード3、2番目がグレード4の組織であれば、グリソン・スコアは「3+4=7」になります。

以前はグレード1、2も付けていましたが、現在では最低がグレード3と定義されているため、グリソン・スコアは最低が「3+3=6」、最悪が「5+5=10」と表されます。

上記のようなTNM分類、グリソン・スコア、PSA値などをもとにリスク分類を行い、治療方針を決定していきます。

治療について

下記ページをご覧ください。

[ロボット支援手術について](#)

[人工括約筋植込み術について](#)：尿失禁でお悩みの方もご覧ください。

[経尿道的光選択的前立腺レーザー蒸散術（PVP）について](#)

[前立腺がんに対する小線源治療（シード線源による前立腺永久挿入密封小線源治療）](#)

[サイトマップ](#)[リンク・著作物使用許可願い・著作権など](#)[プライバシーポリシー](#)[アクセシビリティについて](#)[調達情報](#)

国立研究開発法人 国立がん研究センター 東病院

郵便番号：277-8577

千葉県柏市柏の葉6-5-1

電話番号（代表番号）：04-7133-1111

Copyright © National Cancer Center All Rights Reserved.

