

第2回 「癌と闘病するということ」

2015年1月

今、統計上では、日本人の2人に1人が癌になり、3人に1人は癌で亡くなると言われています。2人に1人ということは、夫婦のうちのいずれか片方が生涯のうちに癌になって、片方が闘病生活を支える立場になるということですから、これは本当に他人事ではない問題だと思います。

たとえば前立腺癌の場合、診断された際にまず大事なことは、病理組織検査から得られる組織の悪性度と、各種画像検査から得られる病期の進行具合です。これにより、検出された癌が生命を脅かすリスクが高いかどうか(低・中・高のリスク分類)が判定されます。もちろん転移がみられるような癌については、すでにリンパ流や血流に乗って、全身に癌が進展しているわけですから、内分泌療法や化学療法など、全身に効くお薬の投与が必要になってきます。

近年、血液中の腫瘍マーカーとして測定される PSA 検査の普及により、低リスクの限局性前立腺癌が増加傾向にあります。問題になっているのはそれが患者の生命予後に影響を及ぼす癌病巣かどうかということです。

この問題に明確な結論はまだ得られていませんが、2012年の PIVOT study によると、限局性前立腺癌患者において、根治的前立腺摘除術群(手術群)と PSA 監視無治療経過観察群(非手術群)で前立腺癌特異的死亡率を比較したところ、PSA 値10ng/ml 以下、中・低リスク群の患者では、手術と非手術との間で有意差が認められず、骨転移発生率も PSA10ng/ml 以下、低リスク群の患者のグループでは差が認められなかったそうです。

手術群は癌根治を目指すことができるが、治療による機能障害が出現する。一方、非手術群では排尿および性機能は温存されるが、前立腺に癌が存在したままであることから生じる将来への不安が残り、患者に苦痛を与える可能性があることが示唆されていました。

現在、非外科的な根治的治療として報告されている手段は、放射線療法、凍結療法、高密度焦点式超音波療法(HIFU)などがありますが、いずれも排尿、性機能、直腸機能などに多少なりとも影響を与えることが報告されており、凍結療法や HIFU などの局所療法については、まだ泌尿器科学会のガイドラインでも、一般的な治療とはみなされていません。

大事なことは、いずれの癌治療においても、メリットとデメリットがあって、患者自らがそれらをよく理解をして納得のいく治療を受けることだと思います。癌の治療は主治医と良好な関係を保って病気をよく理解し、闘病を支えてくれる人がいる場合には、その感謝の気持ちを伝え、自分がどのように残された時間を過ごしたいか、そしてどのような形で最期を迎えたいのかを元気なうちにはっきりと伝えておくことが大切だと思います。

(木村)

