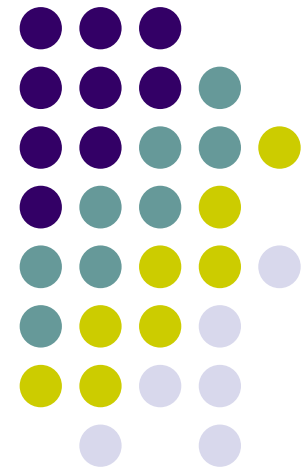


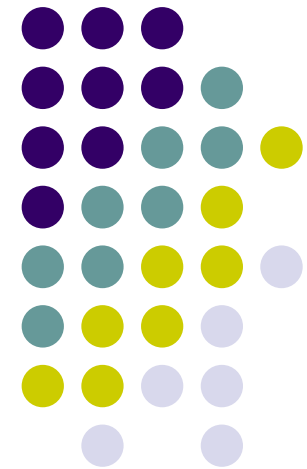
当科における前立腺癌の 治療成績

弘前大学 泌尿器科
前立腺癌の治療成績
古家琢也



術前補助療法あり群＋なし群 全422例の検討

弘前大学 泌尿器科
前立腺癌の治療成績
2003-2008



患者背景

全症例: 442例



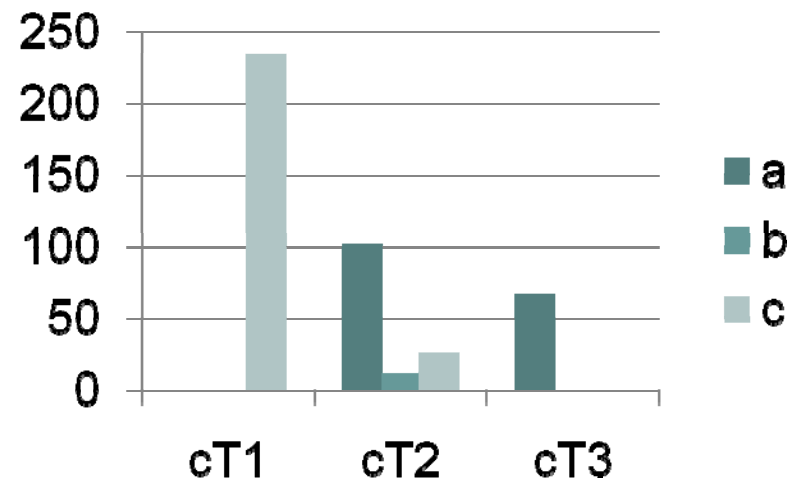
期間	2003年11月～2008年10月(5年間)
症例	当院にてミニマム創内視鏡下手術(PLES)を施行した442例
年齢	平均67.3歳(48～78歳)
PSA	中央値8.87ng/ml(0.5～97.6)
生検GS	平均7.2(6～9)

術前T分類 (cTx)と症例数(n); 全422例



cT1	n	cT2	n	cT3	n
cT1a	1	cT2a	102	cT3	67
cT1c	234	cT2b	12		
		cT2c	26		

術前補助療法	n
なし	317
LHRH+EMP	60
その他(CAB等)	65



手術成績

- 手術時間: 中央値 119分 (58~266分)
- 出血量 : 中央値 940ml (98~3740ml)

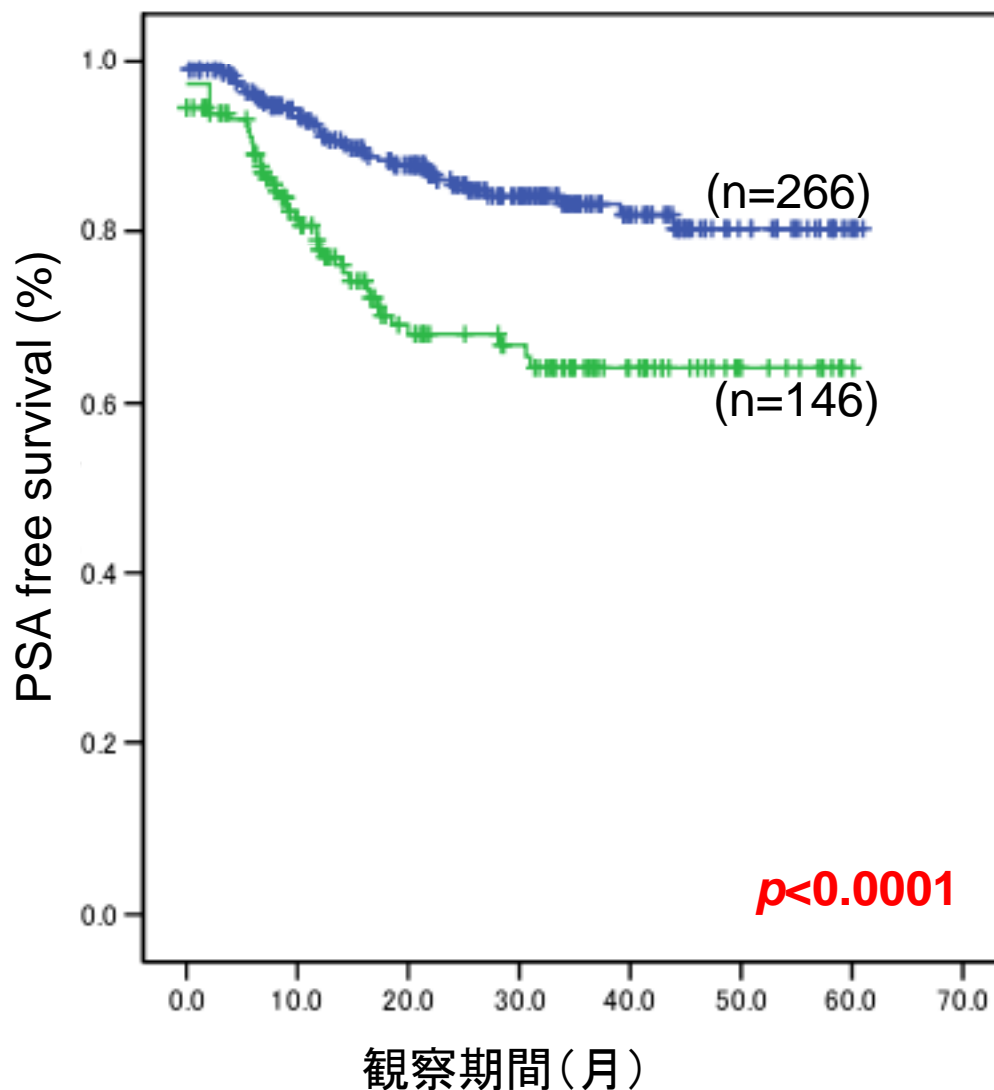


全422例の病理学的診断

pT	n	切除断端 (+)	
0	10	0	} 10.2%
2a	78	6	
2b	188	21	
3a	109	80	} 65.8%
3b	34	14	
4	3	2	
Total	422		



PSA 再発なし生存率 (422例)



— pT2a/b
— pT3a/b

5-year PSA free survival

pT2a/b 80.3%

pT3a/b 64.2%

限局性癌と浸潤性癌とでは
大きく再発率が異なる

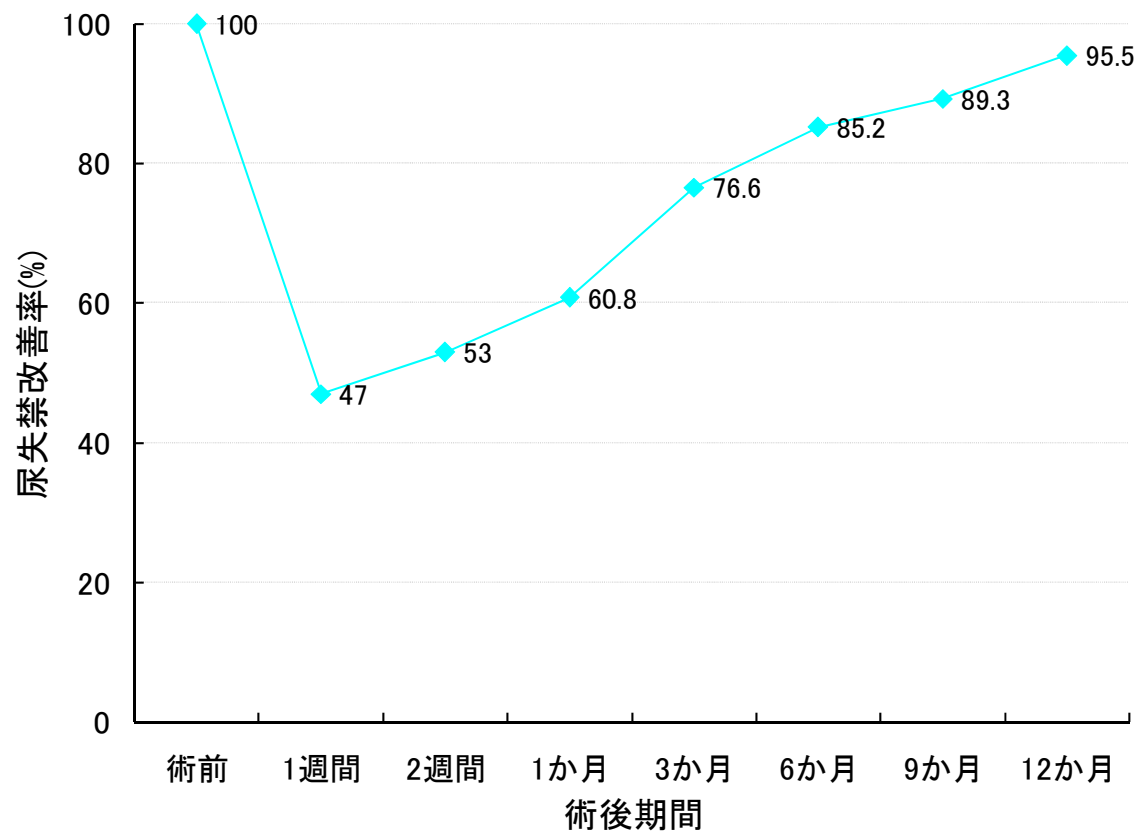
多変量解析



	Wald	p
断端陽性	14.822	0.0001
初診時PSA	10.106	0.001
生検GS	2.441	0.118
cT	1.993	0.579
pT	1.003	0.316

断端陽性と初診時PSAが予後規定因子であった。

尿失禁改善率 (overall)

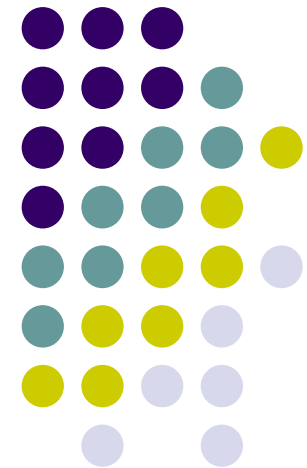


尿失禁改善率	95.5%
術後1年以上続く尿失禁	11例
背景因子*	
GS8以上	6例
pT3以上	4例

* 一定の傾向みられず

術前補助療法なし群 317例の検討

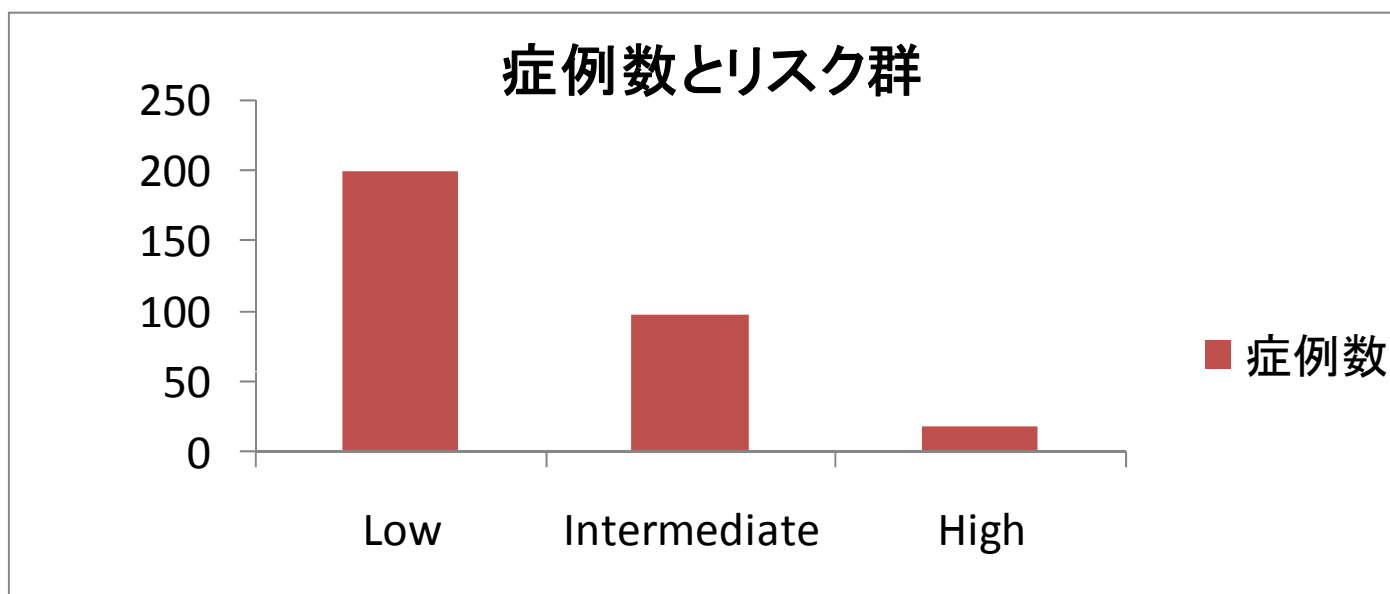
弘前大学 泌尿器科
前立腺癌の治療成績





術前補助療法なし群317例 術前T分類 (cTx)と症例数(n)

Low Risk	n	Intermediate Risk	n	High Risk	n
cT1a	1	cT2a/b	98	cT2c/3	19
cT1c	198				



術前補助療法なし群317例 病理学的診断



pT	n	切除断端 (+)	
2a	49	4	} 11.2%
2b	148	18	
3a	102	73	} 67.2%
3b	16	6	
4	1	1	
Total	316		

術前補助療法なし群317例 術前診断の難しさ



術前診断	術後の病理診断	n
cT1c	pT2a/b	126 (63.7%)
	pT3	72 (36.3%)
cT2a/b	pT2a/b	61 (62.9%)
	pT3	36 (37.1%)

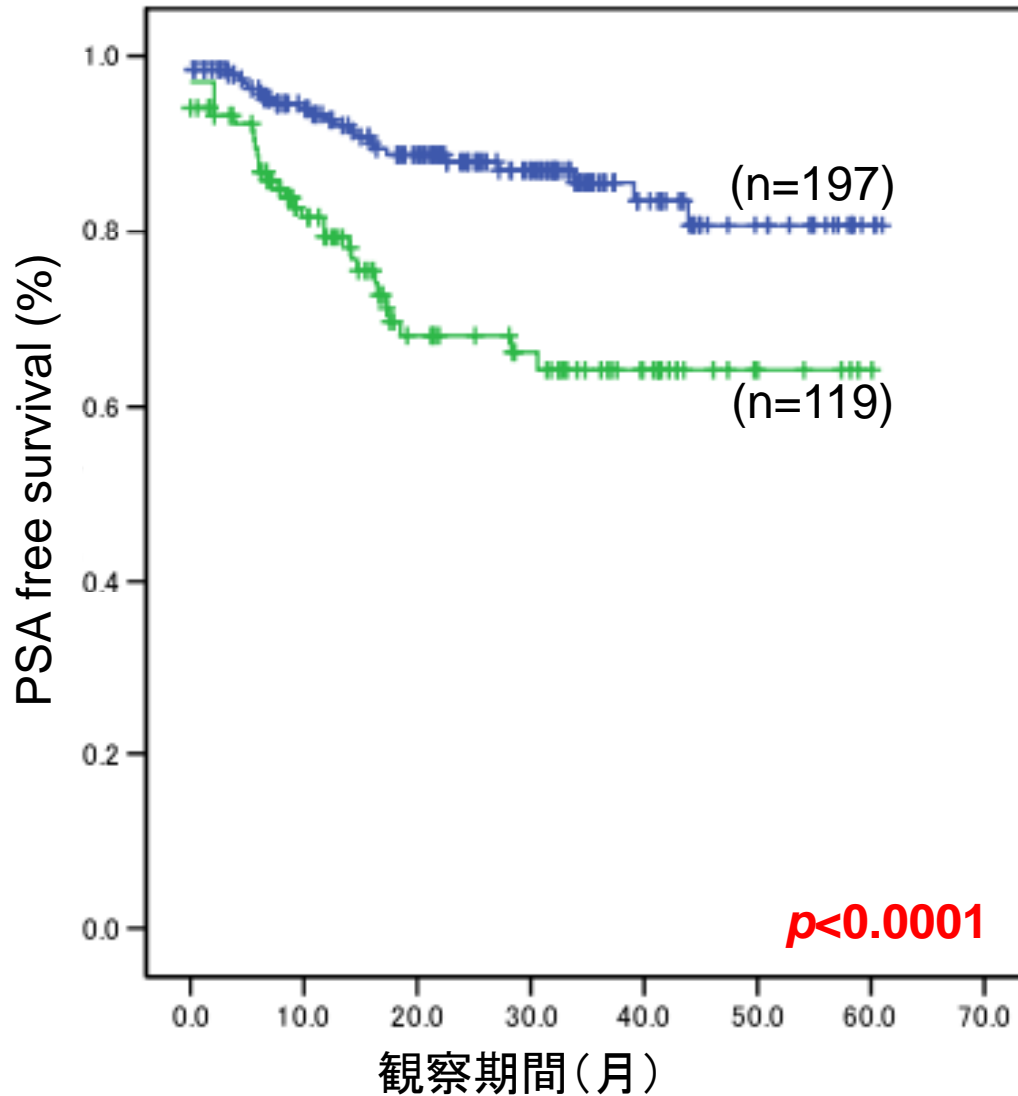
術前に限局性癌と思われていた症例でも、実に35%が局所浸潤性癌であった

術前補助療法なし群317例 手術の合併症



合併症	症例数	
尿道吻合部リーク	31例	7.0%
SSI（手術部位感染）	13例	2.9%
尿道狭窄	5例	1.1%
直腸損傷	4例	0.9%
尿失禁	集計中	

術前補助療法なし群317例 PSA 再発なし生存率



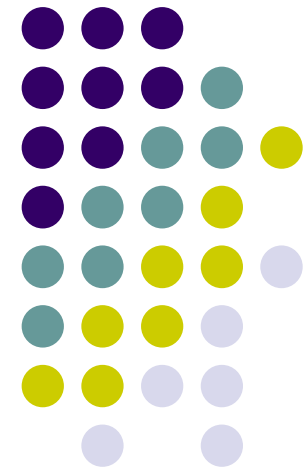
— pT2a/b
— pT3a/b

5-year PSA free survival
pT2a/b 80.8%
pT3a/b 64.2%

限局性癌と浸潤性癌とでは
大きく再発率が異なる

cT2c/T3前立腺癌に対するLHRH アゴニスト+ エストラムスチン によるネオアジュバント療法

弘前大学 泌尿器科
前立腺癌の治療成績





局所進行性前立腺癌に対する手術単独療法

- 手術を施行したほうが局所コントロール，癌特異生存率改善できる

Evidence	引用文献
cT3に対する手術療法はcancer controlに有効 PSA failure後の二次療法により癌特異生存率が延長	Freedland SJ, et al. Cancer, 109, 2007

手術療法における術前ホルモン療法の位置づけ

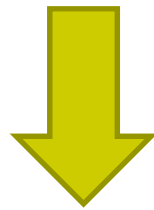
- 局所進行癌は単独療法での根治は不可能

Evidence	引用文献
断端陽性率は減少するが生存率は改善しない	Soloway MS, et al. J Urol, 167, 2002
cT3に対する術前ホルモン療法は再発率の改善に寄与しない	Carver BS, et al. J Urol, 2006

cT2c/T3に対する当科の治療戦略



- 局所進行癌は単独療法での根治は不可能.
- 放射線療法は再発に対する治療のoptionとしたい.
- LUTS対策も含め,できるだけ原発巣を摘除したい.
- 安全で簡便な方法かつ保険診療の範囲内で可能な方法を検討



LHRH+EMPによる Neoadjuvant Therapy

cT2c/T3症例に対し,

- LHRH + EMP 2Cap 分2;を6か月間投与し、その後手術を施行.



EMPにLHRHを併用する根拠

Evidence	引用文献
High grade, high stageの前立腺癌に対し、ADTよりもEMPが効果を認める	Maier U, et al. Eur Urol, 29, 1996
<p>新たに転移を有する前立腺癌と診断された患者に対する初期治療として、ADTよりもLHRH+EMPがより効果的</p> <p>1) 転移を有する新規前立腺癌にホルモン抵抗性の細胞が少数ながら存在する</p> <p>2) LHRH+EMPが、血清FSHおよびテストステロンレベルをより抑制する</p>	Noguchi M, et al. Int J Urol, 11, 2004

当科でのLHRH+EMPの成績

患者背景

対象: ハイリスク前立腺癌106例



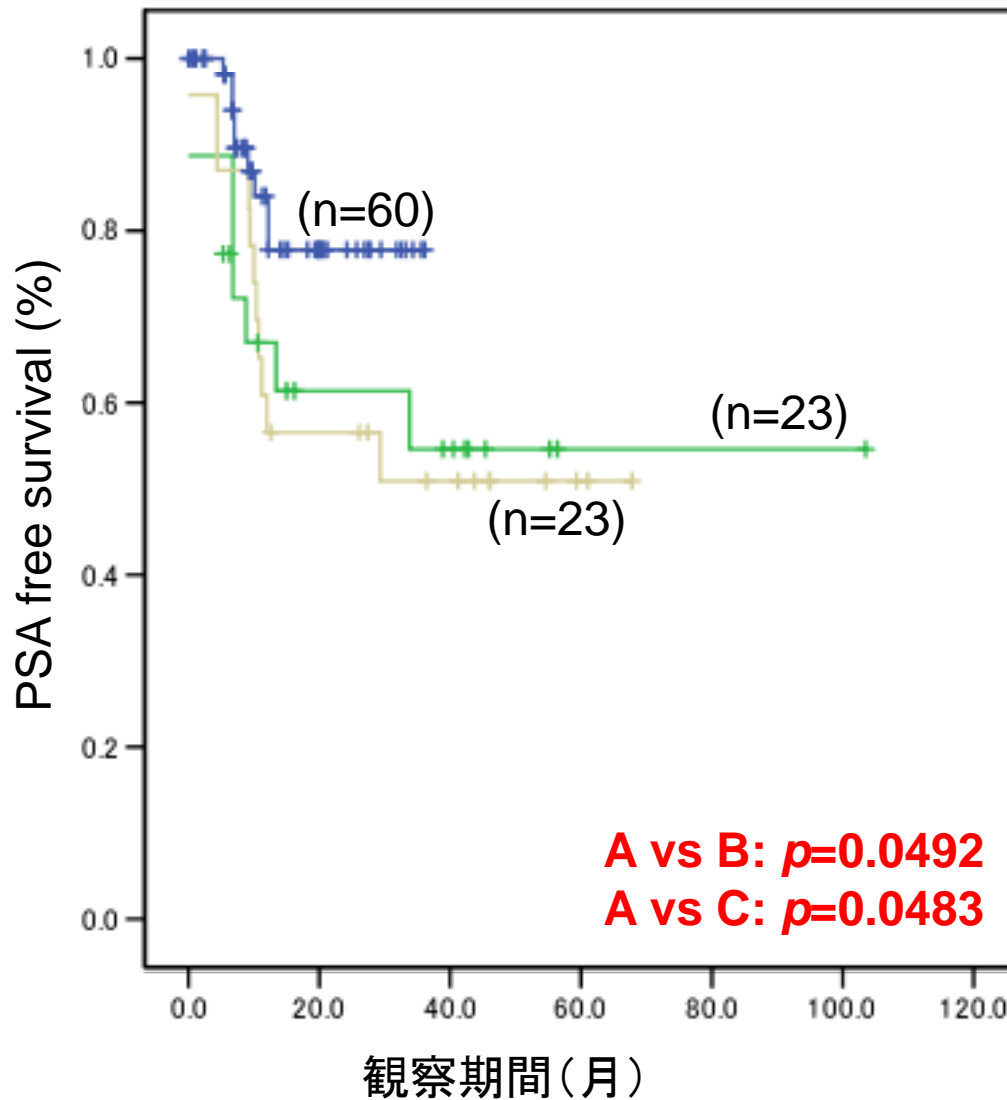
		A群	B群	C群
	Total	LHRH+EMP	他のホルモン療法	前治療なし
症例数	106	70	23	13
平均年齢 (歳)		67.6	65.8	66.8
観察期間 (中央値)		18.8	46.1	37.4
PSA中央値 (ng/ml)		18.7	23.2	9.8
Clinical T	T2c	13	4	9
	T3	47	19	14
Gleason score	6	3	2	3
	7	22	11	14
	8	11	3	2
	9	24	7	4

手術成績



	A群	B群	C群
Total	LHRH+EMP	他のホルモン療法	前治療なし
手術時間中央値 (分)	114	165	126
出血量中央値 (ml)	1150	875	923.5
断端陽性率 (%)	20.3	34.8	42.9

PSA 再発なし生存率



A
B
C

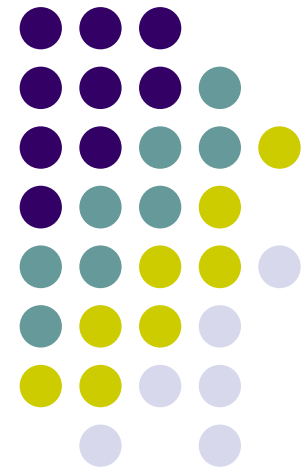
A: LHRH + EMP
B: 他のホルモン療法
C: 前治療なし

	3-year PSA free survival
A	77.8%
B	54.6%
C	50.1%

LHRH + EMP群で
有意にPSA再発予防効果を認めた

当科における根治的前立腺全摘 除術後のPSA failureに対する ビカルタミドの治療成績

弘前大学 泌尿器科
前立腺癌の治療成績



患者背景



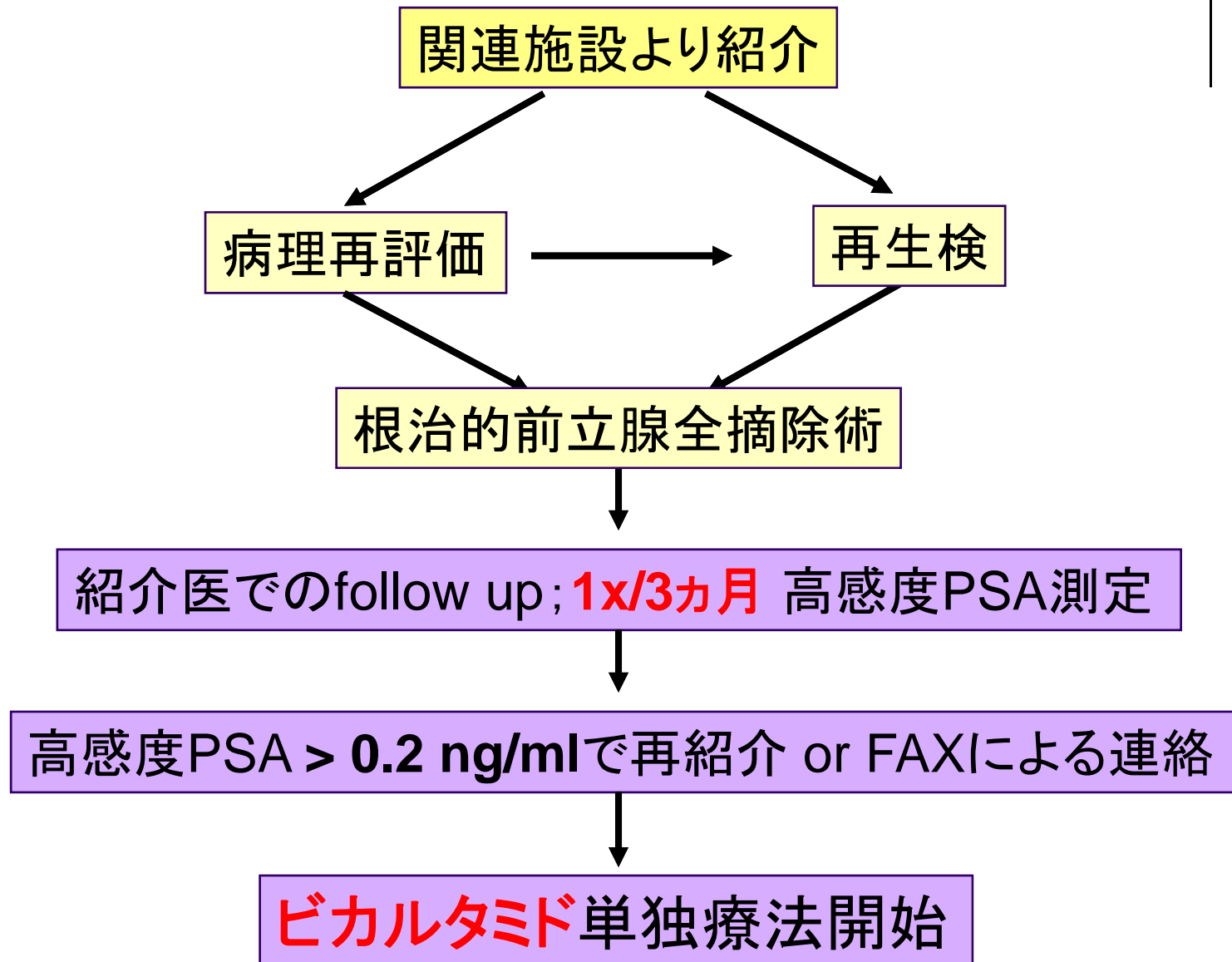
総手術数	517例
cT1c/T2a/T2b	294例
年齢	平均67.2歳 (48 ~ 78)
初診時PSA	中央値 7.85ng/ml (0.5 ~ 54.78)
観察期間	平均27.9か月

対象と方法



対象	T1/T2前立腺癌に対し、 根治的前立腺全摘除術を施行
方法	術後PSA failureをきたした症例に対し、 ビカルタミド単独療法 を施行し、その効果について検討 PSA failureの判定 ; 高感度PSA > 0.2ng/ml

当科のfollow up system





結果

- 51例 (17.3%)でPSA再発.
- 全例ビカルタミド 80mg/day 投与.
- 7例 (13.7%)で再上昇.

リスクファクター	症例数(重複あり)
Intermediate Risk	3例
High Risk	4例
pT3	6例
GS>8	6例