

# 局所進行がんとオリゴ転移がんの治療について



**武内 :** 本日のトークセッションは「局所進行がん・オリゴ転移がんの治療」についてです。

私が前立腺がんと診断されたのは、ちょうど18年前のことです。生検では10力所すべてにがんが見つかり、浸潤あり（局所進行がん）、PSA150、グリソンスコア9、相当ハイリスクのがんだったので、医師から「これはやはりホルモン療法ですね」と言われました。

最近はいづれ状況が変わってきて、浸潤がんというだけで、ホルモン療法を勧められる方は、よほど高齢の方を除いて、珍しいように感じています。

まずは三宅先生、手術をされる立場から、局所進行がんの治療の現状をお話してください。

**三宅 :** 局所進行がんと判断された場合、手術だけで完治に導くことは、一般的には難しいと認識されています。ただ、手術の進歩もあり、前立腺の周囲の組織をかなり広範囲に切除し、広範囲のリンパ節郭清を行うことで、治療の可能性を検討している施設や医師もおられます。局所浸潤がんをコントロールするために、ホルモン療法と組み合わせて手術を行うという考え方もあります。

局所進行がんに対しては、手術の工夫や、手術に放射線治療やホルモン療法を併用する治療も行われており、それも一定の評価を得ています。

**武内 :** ありがとうございます。ただ、地方の病院の医師から、気安く「やはり手術が良いですね」と言われる患者さんが結構たくさんおられます。同じ手術でも、リンパ節郭清を丁寧にやるとか、他の治療も併用して、というところまでいかないことも多くあるので、大学病院などの先生と市中病院の医師との治療にギャップを感じてしまいます。

次は、萬先生にお聞きしたいと思います。現在では、浸潤がある場合には放射線治療が一般的になっている

ように感じるのですが、このあたりについてはいかがお考えでしょうか。

**萬 :** 局所進行がんの治療は、ホルモン療法単独で行うこともなくはありませんが、放射線治療を併用した方が、明らかに再発率・生存率ともに良いことが分かっています。

がんがかなり進行していて、手術に迷いがあるような場合は、ホルモン療法併用ではありますが、放射線治療が一般的な治療となっていて、がんが進行している人ほど、放射線治療を受ける機会が増えると思います。ただ、手術ができると言われて手術を受け、結果的に浸潤があったとか、当初の予想より進行していた場合でも、術後の救済放射線治療をうまくやれば、半数以上の方が救われているのも事実です。

浸潤がんでは放射線治療が有効ですが、手術が可能と思われれば、それでも良いのではないのでしょうか。

**武内 :** ところで、泌尿器科のお医者さんからこういう言葉をよく聞きます。

「手術後に再発しても放射線治療を受けられるが、放射線で再発しても手術はできない」

こう聞くと、やはりチャンスの多い手術にしたいという患者さんが多いように思います。最初に受ける放射線治療と手術後の救済照射では、かなり内容が違うと思うのですが、その点はいかがででしょうか？

**萬 :** そうですね、確かに違います。放射線治療で完治を目指す場合、照射範囲はさまざまですが、標準分割では80Gy程度です。一般的ながんでは60~70Gyなので、これはかなり多いと思います。前立腺がんの場合は、線量が多いほど治療効果も上がるので、線量は多いに越したことはありません。手術後の照射は65Gy程度で、70Gyを超えることはありません。軽めの照射かも知れませんが、手術の影響に、放射線治療の影響が加わるので、尿漏れが若干増えることもあり、



放射線の後遺症がないとは言い切れません。

**武内 :** 放射線治療にはさまざまな種類があると思いますが、萬先生の病院では、浸潤がんに対してどのような選択肢があるのでしょうか。

**萬 :** 東京医療センターでは、X線を使う通常の「外部照射」と、内部から放射線を当てる「小線源治療」の2種類の放射線治療が行われています。

病状により適応が異なりますが、局所進行がんでは外部照射が多く、時には、小線源治療と外部照射を併用した局所治療も行っています。実際の治療範囲は、病状の進行度によって少し広がることもあります。

ホルモン治療を併用する期間も、またちょっと変わってきます。やはり、病状が進行しているほど、治療の強度を上げていくわけですが、これは手術と違って最初に決めてしまう必要があります。手術の場合は、結果からいろいろなことがわかるので、必要に応じて治療を追加していくことが可能ですが、放射線治療の場合、治療開始前に検討した治療計画に従って治療を進めていくので、後から追加をするのは簡単ではありません。治療の種類によっていろいろな点が違うということを知っておいていただきたいと思います。

**武内 :** ありがとうございます。次に、オリゴ転移（少数転移）に話題を移したいと思います。

私は患者会を運営していることもあり、リンパ節転移が見つかったとか、骨転移が1つ2つ見つかったとか、患者さんのさまざまな病状を耳にしますが、「転移があったらホルモン療法しかない」という流れで、圧倒的多数の方がホルモン療法を受けておられます。

このことについて、今日お集まりの先生方にお伺いしたいと思います。

オリゴ転移は、ある程度積極的な治療もできると思うのですが、治療の現状やその根拠について、伊藤先生、ご説明をお願いできませんでしょうか。

**伊藤 :** かつて前立腺がんは、限局がん転移がんの大別されており、骨シンチで転移が1個でもあれば、すでに全身に転移しているだろうと考えられ、全身治療しかないという考えが主流でした。現在は、限局がん転移がんの中間的状态として、定義は定まっていないのですが、目に見える転移が5個以下のものを、オリゴ転移として、より広範囲な転移を有するものと区別することで、より積極的な治療が可能になるという考え方があります。治療方針としては、原発部位である前立腺に対する局所治療を追加する方法と、画像で診断された転移巣へ直接照射する方法が考えられています。リンパ節転移の場合は、転移がどこかでせき止められている可能性が高いので、私自身も、画像で見える転移部位に、積極的に照射を行っていますが、骨転移は血流に乗って転移したものであるため、転移が1個見えると、通常の画像では検出できない複数の転移があることが多いので、骨転移部位への直接照射の有効性は、エビデンスに乏しいところではあります。

本日ご登壇の先生方は、リンパ節転移や骨転移への直接照射の経験をお持ちだと思いますので、それぞれの先生方にお話を伺いたいと思います。

**武内 :** ありがとうございます。では、鈴木先生の施設での、基本的な考え方や対応をお話いただけますでしょうか。

**鈴木 :** 今、伊藤先生からご説明がありましたが、オリゴ転移の定義は、5個以下なのか3個以下なのかという議論があります。私どもは3個以下を目安にしています。海外では、すでにSTAMPEDE試験により、前立腺への放射線治療は、オリゴ転移の患者の予後を改善するという結果が出ています。世界のガイドラインにも記載されているので、私どもの施設でも前立腺局所に対する放射線治療を行っています。臨床試験での線量は65Gy程度でしたが、私どもの施設では、副

作用が起きない程度の線量70～72Gyを照射しています。

転移部位への照射については、世界の前向き試験のデータもありますが、まだ実験的な治療の域を出ていなくて、標準的治療にはなっていないと考えています。臨床試験では、転移の数が3個以下あるいは5個以下というのは、どの画像検査によるものかが非常に重要になります。

例えば、諸外国の臨床試験では、PETを使用して、3個以下の転移を発見し、その部位に放射線治療を行った、というような試験が行われています。

当施設での実際の臨床では、CTや骨シンチで骨転移が3個以下である場合に、例えばPETを行っても3個以下かどうか分からないので、臨床現場では前立腺局所には照射しますが、転移巣には照射していないのが現状です。

**武内：**リンパ節転移の場合はいかがでしょうか？

**鈴木：**リンパ節転移が本当に1個だと思ったら郭清を考えます。放射線治療については、各施設の放射線治療医がどう考えているかということもあるので、放射線治療医とのコミュニケーションも大事になると思います。

**武内：**三宅先生はどのようなお考えをお持ちですか？

**三宅：**私は、オリゴ転移に対する積極的な治療は慎重に考えています。ホルモン療法、薬物療法で効果があればよいわけです。薬物療法は非常に進んでいますし、先ほどのオリゴ転移の定義自体も、まだ確たるものになっていませんし、臨床試験の成績も不足しています。

したがって、私自身は、すべての人に放射線治療を勧める気持ちにはまだなれません。

**武内：**ありがとうございます。では、放射線治療医の立場から、萬先生のお考えをお聞かせください。

**萬：**放射線治療については、欧米はもとより、日本でも、オリゴ転移へのアプローチは非常に進んでいます。大規模な臨床試験はこれからですが、すでに小規模な第II相試験がいくつか進行中です。前立腺以外の多くのがんに対しても行われており、乳がんではややネガ

ティブな結果が出ていますが、肺がんなど他のがんでは積極的にやれる印象を持っています。

それと、オリゴ転移に限りませんが、強力な定位照射という放射線治療で、脊椎転移の痛みをほぼ完全に取り除くことが可能になりました。長生きする人が増えてきたこともあり、さまざまながんに対し、痛みをより良く、長くコントロールできる放射線治療が行われるようになってきました。

前立腺がんでは、ホルモン剤をすぐに使うべきかどうか迷うようなときに、リンパ節転移や骨転移が1～2箇所であれば、定位照射を積極的に行うことが増えていると思います。施設や医師によって考え方が違うので一概には言えませんが、放射線治療をやっている人たちは、オリゴ転移の治療に積極的になりつつあると思います。もっとエビデンスが明白になれば、オリゴ転移への放射線治療はさらに推進すると思います。

**武内：**ありがとうございました。お話しいただいた4人の先生のうち、放射線科医は萬先生お1人だけです。私は日頃から多くの医師と話をしていますが、泌尿器科医よりも放射線治療医の方が、オリゴ転移の治療に対して、前向きな先生が多い印象があります。

局所進行がんとオリゴ転移について、先生方のお考えとリアルな実態をお伝えできたと思います。会場の中にも、オリゴ転移を抱え悩んでいる方がおられるのではないのでしょうか。リンパ節転移は、ある程度の範囲であれば、完治はともかくとして、何年も生きられるケースも増えてきているようです。骨転移の場合も、数年は薬物療法をせずに過ごせるという事例も、珍しくないようです。ただ、こうした積極的治療を受けるかどうかは、年齢や健康状態にもよりますので、かなり個別の検討も必要だと思います。

本日は、予定されていた講演に代わって、臨時的トークセッションとなりましたが、ご協力いただいた先生方にも、大変貴重なご意見をいただき、誠にありがとうございました。

(要約：林さえ子)