

前立腺全摘術について

<目的> 前立腺癌に対して前立腺を摘出します。

<診断名> 前立腺癌

<前立腺癌について>

前立腺は精液の一部を作る臓器です。天皇陛下をはじめ著名人（三波春夫、森喜郎元総理、渡辺恒雄読売新聞社長など）が前立腺癌に罹患しています。アメリカでは男性に発生する癌の第一位で、日本でも急速に増加しています。一般に進行の遅い癌とされ早期に生命に危険が及ぶ可能性は高くないかもしれませんが、前立腺癌による死亡数は年々増加しています。

直腸診、腫瘍マーカー（PSA）、超音波などで前立腺癌が疑わしい時に生検を行い、顕微鏡検査（病理検査）で癌が証明されれば確定します。レントゲン検査（CT、MRI、超音波など）で前立腺癌の有無を診断する事ができず、PSAが高値のため生検を行って始めて診断されるケースが少なくありません。CTやMRI、骨シンチグラフィーなどにより進行病期を判定します。

<手術適応について>

前述のCTやMRI、骨シンチグラフィーで明らかな転移がなく、75歳くらいまでの合併症の軽い方に手術を行うことができます。

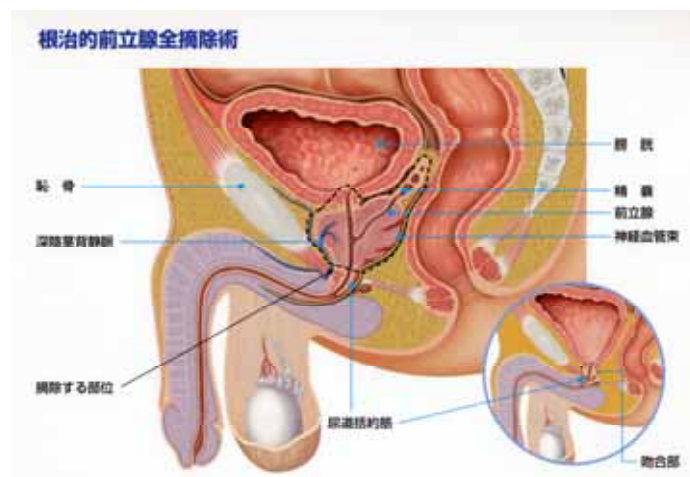
75歳以上の方や重篤な合併症のある方は<別の手段>に記載されている方法が選択されます。

<術式について>

前立腺を摘出する方法には下腹部を切開する方法と、肛門と陰囊の間（会陰）を切開する方法があります。当院では下腹部を切開する方法で行っています。

これ以外に腹腔鏡を用いた方法がありますが、保険適応でない（2005年現在厚生労働省から認可されていない）方法で、一部の病院（大学病院など特別に申請して認可された施設）でのみ行われています。H15年の慈恵医大青戸病院での死亡事故以来、学会の指針によると新たに始めることは事実上不可能に近くなっています。また、術後合併症である尿失禁の成績は開腹手術の方が良いようです。

摘出する範囲は前立腺と精嚢腺、骨盤内リンパ節となります。



前立腺に接するように勃起に関係する神経があります。これを合併切除するとED（勃起不全）になります。病気の状態によっては神経を温存することが可能ですが、神経を温存しても術後機能が保たれる可能性は片側温存で30-50%、両側温存で40-70%程度です（バイアグラ、レビトラなどED治療薬併用）。神経を温存しても術後に放射線やホルモン療法を行った場合はEDとなる可能性が高くなります。

<合併症>

a) 出血：

すべての手術に共通する合併症です。前立腺周囲は非常に複雑で多くの血管が集まっています。また骨盤の奥深いところに位置するためある程度の出血が予想されます。そのため可能な限り自己血を事前に採取して使用するようになっています。何らかの理由により自己血が使えなかったり（破損や感染など）予想以上に出血した場合は一般の輸血が必要になります。またアルブミンも必要になるかもしれません。現在使用されている血液は日赤がボランティアから献血で得られたものを使用しています。感染性疾患（肝炎やエイズなど）がないことを検査で確認されていますが、感染早期には検査で検出できなかったり、将来新たな病気が発見される可能性があります。しかし出血量が多い場合は、脳や重要な臓器に酸素を送る赤血球を補わなければなりません。手術中は麻酔科医師の判断で輸血が行われます。宗教上その他の理由で輸血を拒否される場合はあらかじめ担当医へお知らせください。

b) 周囲臓器損傷：

手術操作中に周囲臓器が損傷されることがあります。前立腺の裏には直腸があります。術中に損傷が認められた場合修復をしますが、一時的に人工肛門が必要になる場合もあります。尿管の損傷があった場合は、尿管を再吻合します。

c) 術後感染

術後、細菌などによる感染が起きる場合があります。術創の感染や肺炎などが起こり得ます。MRSA（メチリシリン耐性黄色ブドウ球菌）など多剤耐性菌は当院でも検出されることがあります。感染防止のための数々の措置をとっています。しかし、日本人の15%がすでにこの菌を保有しているといわれ、100%防止できる手段はありません。

d) 尿失禁

術後しばらくは尿意がはっきりしなかったり、起きあがるなど腹圧がかかるときに尿が漏れ（腹圧性尿失禁）、しばらく尿取りパットが必要になります。通常数ヶ月で改善しますが、まれに失禁が残ることがあります。

尿意を感じた時に間に合わなくて漏れる失禁は（切迫性尿失禁）、この手術が直接関係するものではありませんが、術後に腹圧性尿失禁と切迫性尿失禁の両方を認めることがあります。

e) 吻合部狭窄

非常に稀ですが、術後に膀胱と尿道の吻合部が狭くなることがあります。失禁はなくなる傾向にありますが、尿が出にくくなります。広げる処置や内視鏡による切開術が必要になることがあります。

f) 勃起障害 (ED)

前立腺に接するように勃起に関係する神経があり、合併切除するとED(勃起不全)になります。病気の状態によっては神経を温存することが可能ですが、術後に機能が完全に保たれる保証はありません(前述)。

g) 直接手術に関連しない合併症

術前の検査で異常が認められなくても、まれに脳梗塞、心筋梗塞、狭心症、肺梗塞など主として高齢者に多い血管疾患が発症することがあります。これはいつでも誰でも起こりうるものがたまたま入院中に発症したものです。手術を直接の原因とするものではありません。ただし、緊張や血圧の変化、安静などが誘因となっているかもしれません。

術中の安静により血管内に血栓ができる可能性が指摘されています(深部静脈血栓)。特に足(下腿以下)に発生しやすいため、血栓形成を防止する目的で弾性ストッキングの着用と術中は専用ポンプを使用して下肢をマッサージしています。

< 一般的術後経過 >

術後数日で立位、歩行可能です。腸の動きに問題なければ飲水など経口摂取を開始します。術後2 - 3日までは感染がなくても38度程度の発熱がみられることがあります。

術後7日前後で膀胱と尿道の吻合部の付き具合をみるために造影検査を行います。付き具合がよければ尿道の管を抜きますが、付き具合が悪い場合は数日後に同様の検査を行い確認します。

< 麻酔について >

麻酔は麻酔科医師に依頼しています。硬膜外麻酔という細い管を背中から入れ、少しずつ痛みを緩和する薬剤を注入する方法と、全身麻酔を併用する場合があります。

< 別の手段 >

癌の状態によっては未治療で経過をみる(待機する)ことが可能な場合があります。放射線(外照射、内照射、外照射・内照射併用)治療でも手術と同程度の治療効果を期待できます。

手術適応となる状態でのホルモン療法の効果については明らかにされていません。

< 実施しない場合の予後 >

癌の進行により生命に危険を及ぼすことが予想されます。

<その他>

手術で摘出したものは病理検査に提出します。顕微鏡レベルでの転移や切除断端に癌組織が存在する可能性があります。術後に放射線やホルモン療法などの追加治療を行うことがあります。

イラストは「泌尿器科アトラスボード（吉田 修監修、バイエル薬品提供）」より転載

2006年3月 亀田メディカルセンター 泌尿器科