8 泌尿器科部

◆ 1 診療体制と特徴

地域に根差した中核病院として、当科は先端医療から末期医療までの幅広い分野で、常に患者さまの立場に立ち優しい医療になるよう心がけている。目標は現時点で考えられる最高の治療をさせて頂くこととしている。

体にやさしい低侵襲治療として、腎癌、前立腺癌に対しては傷が小さく、早期の社会復帰が可能となる腹腔鏡手術を積極的に行っている。特に前立腺癌の手術は２０１４年２月からロボット支援下前立腺全摘術（RARP）を行っている。手術件数も年々増加している。

一方、癌終末期の緩和医療にも真剣に取り組み、治癒の見込みがない場合でも、穏やかな最期を迎えて頂けるよう、癌患者さまの苦痛を積極的に取り除き、ご家族とともに安らかな時を過ごす事ができるよう緩和ケアにも力を入れている。

常勤医師は５名である。部長、副部長を含め３名は日本泌尿器科学会泌尿器科専門医・指導医、日本癌治療認定医、泌尿器腹腔鏡技術認定医などの資格を有し診療にあたっている。当科で治療を行う悪性疾患は主として腎細胞癌、腎盂尿管癌、膀胱癌、前立腺癌などが挙げられ、積極的に手術療法を中心とした集学的治療を行っている。

◆ 2 がん診療実績

当科の代表的な疾患に対する手術症例数を表1に示す。

次に各疾患に対しての当科の治療方針と10年間の集計を行った。

① 腎癌

健診などでの画像診断で見つかる偶発癌が非常に増えており、腹部腫瘤触知など腎癌の古典的三徴で発見されることは少なくなっている。治療としてⅠ－Ⅳ期まで全身状態が許せば手術による外科的治療を行う。小さな腎癌（４ｃｍ以下）に対しては積極的に腎部分切除をおこない、腎機能温存を考えている。また術式は可及的に腹腔鏡手術を行っている。転移性腎癌においても完全切除が可能な単発転移例では転移巣切除も考慮するが、一般的には薬物療法（分子標的薬、サイトカインなど）を主体として行っている。当院腎癌ステージ別の癌特異的生存率曲線を挙げる。転移性腎癌に関しては2008年から分子標的薬が保険収載されたが、それ以前の症例においては有効な治療法が乏しく当院でも癌死症例が目立った（図１）。

② 腎盂・尿管癌

治療は基本的に患側尿管口まで含めた腎盂尿管全摘術をおこなう。腎機能障害や単腎の症例で患側腎の摘出が困難な症例では尿管鏡によるレーザー焼灼術を行うこともあるがまれである。有転移症例またステージⅢ以上のアジュバント療法としてシスプラチンなどの白金製剤を中心とした化学療法を施行している。

③ 膀胱癌

膀胱癌の治療方針決定のためにはTNM分類が頻用されている。筋層浸潤の有無、すなわちT1とT2の鑑別が重要になる。そのためにはまず内視鏡的切除（TUR-Ｂｔ）による病理学的診断が必須である。筋層非浸潤性膀胱癌（NMIBC）であれば膀胱温存が基本となり、再発と進展のリスク分類を用いて膀胱内薬物注入療法または高リスクであればセカンドTURを行っている。筋層浸潤性膀胱癌であれば基本的に膀胱全摘術を行っている。

筋層浸潤を示す早期局所進行癌で膀胱全摘除術まで施行可能例に関しては良好な予後となっているが、高齢・さまざまな合併症などにより手術・化学療法施行が困難で血尿・疼痛緩和など姑息的に放射線治療を選択した症例に関しての予後は非常に厳しい（図２）。

④ 前立腺癌

前立腺癌の治療は転移がない場合はT分類、グリソンスコア（組織学的悪性度の指標）、PSA値の３つに基づくリスク分類で評価する。当科ではハイリスクの一部まで積極的に手術療法（2014年２月からはロ

ボット支援下）を行っている。明らかな局所進行がんや超高リスク症例には放射線療法とホルモン療法の併用を行っている。有転移症例ではホルモン療法を選択している。

急増する前立腺癌に関しては新規のホルモン剤、抗がん剤などの薬物治療が登場しており、転移性前立腺癌を除いては５年生存率90%以上と良好な結果を示している（図３）。

＜文責者名：土屋　ふとし＞

表１ 過去５年間の手術症例数

年	2010	2011	2012	2013	2014
鏡視下手術＊	10	18	23	21	23
膀胱全摘除術	2	5	8	4	4
前立腺全摘術（開腹）	18	15	20	26	8
ロボット支援下手術	—	—	—	—	50

※：根治的腎摘出術、腎・尿管摘除術など

図１ 当院における腎細胞癌症例のステージ別生存曲線
（旧横浜赤十字病院症例も含む）

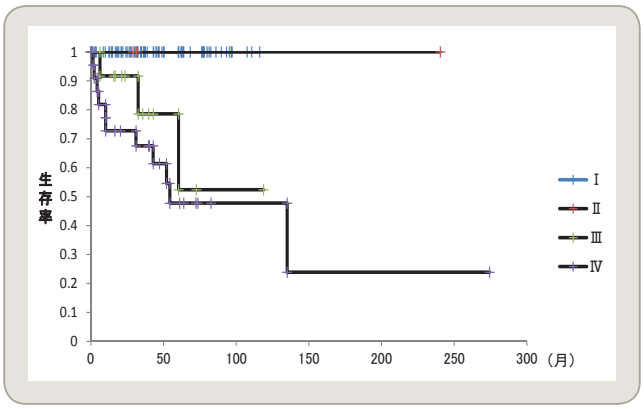


図３ 当院における前立腺癌手術症例のステージ別生存曲線

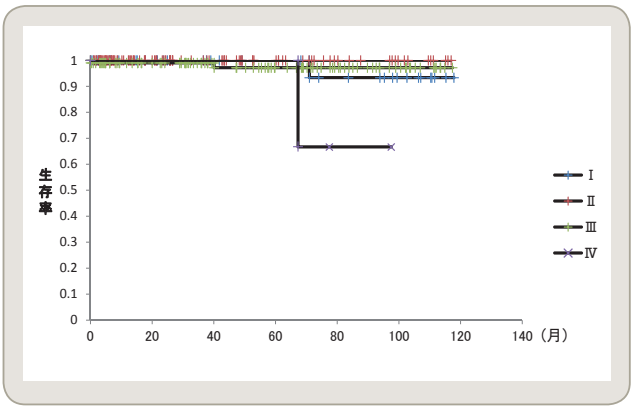
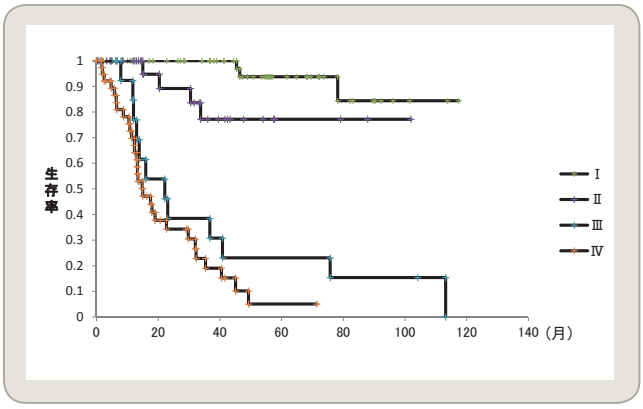
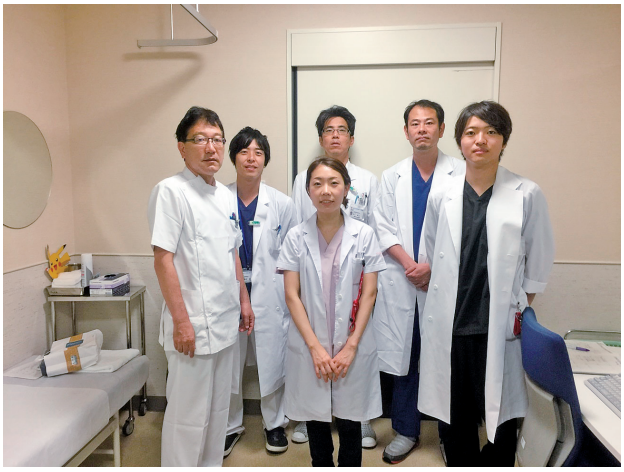


図２ 当院における膀胱癌症例のステージ別生存曲線





泌尿器科スタッフ