

2017年11月29日

札幌市がん対策部会（前立腺がん対策）

北海道千歳リハビリテーション大学

森 満

私は公衆衛生学を学んできた立場から、発言をさせていただきます。がん検診の効果の評価の primary endpoint は、総死亡率の低下であると考えています。検診の対象となるがんの死亡率の減少は、secondary endpoint であると考えています。

全くの例えですが、胃がん検診によって胃がん死亡率が低下したとしても、胃バリウム造影検査による放射線被曝によって白血病死亡率が上昇して、全体として総死亡率が低下しかなかった、というのであれば、胃がん検診の有効性があるとは言えないからです。そのような立場で、私なりに、PSA 検診の論文を review して参りました。

1. PSA 検診によって、総死亡率が低下した、という報告は見当たりません(文献1)。

2. The Cochran Collection による review によりますと(文献2)、PSA 検診については、評価に値する RCT は5つあり(ERSPC, Norrkoping, PLCO, Quebec, Stockholm)、前立腺がん死亡率が低下したという RCT は、そのうち1つ(ERSPC)のみでした。そして、5つのすべての RCT による meta-analysis の結果は前立腺がん死亡率の低下は有意でなかった、と報告されています。

3. The US Preventive Service Task Force (SPSTF) は、2017年5月8日に、改正した recommendation を出しておりまして(文献3)、それによると55歳以上69歳以下は、C recommendation (患者と主治医と相談のうえ、PSA 受診を判断しなさい)、70歳以上は D recommendation (PSA 検診を推奨しない)、としました。総じて PAS による集団検診を推奨していません。

4. 前立腺がん死亡率が低下したという ERSPC の2014年の論文でも(文献4)、PAS による集団検診を推奨していません (Despite our findings, further quantification of harms and their reduction are still considered a prerequisite for introduction of population-based screening)。

5. PSA 検診の demerit としては、overdiagnosis と overtreatment、手術に伴う勃起不全や尿失禁、輸血が必要なほどの出血、などが挙げられています(文献1-3)。

結論としまして、PSA による対策型検診は行うべきではなく、むしろ、informed consent の下で個別に任意型検診を行うべきであると考えます。

文献

1. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Recommendations on screening for prostate. CMAJ 2014; 186: 1225-1234.

2. Ilic D et al. Screening for prostate cancer. The Cochrane Collection. 2013; 1-76.

3. Bibbins-Domingo K et al. The US Preventive Services Task Force 2017 draft recommendation statement on screening for prostate cancer. An invitation to review and comment. JAMA 2017; 317: 1949-1950.

4. Schröder FH et al. Screening and prostate cancer mortality: results of the European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC) at 13 years of follow-up. Lancet 2014; 384: 2027-2035.