

第1回がん対策部会（前立腺がん対策）の振り返り

一森満委員の導入反対意見についての見解一

1. PSA検診で総死亡率が低下したという報告がないとの件であるが、これは他の癌検診についてもいえることであり、検診を実施しない積極的な理由には当たらないのではないかと。
  2. PSA検診について評価に値するRCTは5つでこのうち前立腺がん死亡率が低下を示したものはERSPCの1つしかなかったということであったが、ERSPC以外の4つの研究はコントロール群のコンタミネーションが高い、検診システムが古く現在のPSA検診システムの評価に耐えられない等問題が多く、評価に値するRCTはこの前立腺がんの死亡率が低下したことを示したERSPCのみではないかと。
  3. The US Preventive Service Task Force が2017年5月に改正した recommendation を出し、それによれば55歳以上69歳以下は患者と主治医と相談の上PSA検診を判断しなさいということであったが、従前のUSPSTFの報告ではPSA検診は死亡率低下効果に関する科学的証拠がなく、「PSA検診は無症状の健康な男性に対し実施すべきでない」という勧告を出しており、今回の報告はPSA検診の有用性を認めた大きな方向転換といえるのではないかと。ちなみにこのUSPSTFは政府機関の見解ではなく、民間機関にすぎないものであり、米国政府の見解はUSPSTFのPSA検診中止勧告が出た直後に「年1回のPSA検診は、米国政府が管轄する医療保険であるメディケアで支払いを継続する」とのオバマ大統領宣言がある。
  4. のERSPCがPSA検診の集団検診を推奨していないという点については5. のPSA検診のデメリットである過剰診断、過剰治療、さまざまな合併症の問題点とつながってくるので合わせての見解であるが、過剰診断、過剰治療の問題については監視療法の確立、普及が推進されている。これにより過剰治療を減らし、一定期間即時治療によるQOL低下を避けることが可能となり、すでに臨床の現場では一部の低リスク症例に実践されている。治療（手術、放射線療法、ホルモン療法）を受けたことによる合併症により勃起障害、尿失禁等のQOL低下が指摘されているが、これについてはロボット支援手術の普及を含めた手術技術の向上、放射線治療では小線源療法、強度変調放射線治療等により既に改善しつつある。
- ※尚、講師を務められた国立がん研究センターの齊藤氏が自身の立場から国が認めていない検診には明確に反対意見を述べられたことは無視できない問題と認識させられた。またPSAについて十分な説明を受けずに生検を受け、その結果合併症に悩んでいるという症例をご紹介いただいたが、これは検診云々というよりも、泌尿器科専門医としてそのような事例があった事実をしっかりと受け止め、二度とそのような事例が出ないように広く周知を図っていかねばいけない問題と認識させられた。