



東京女子医科大学腎臓病総合センター泌尿器科

Tokyo Women's Medical University
DEPARTMENT
OF UROLOGY

前立腺全摘除術(開腹)を受けられる患者様への説明文書

■現在の病状について

(1)以前の生検の結果、前立腺癌の診断となりました。画像的に腫瘍の状態、転移の有無などを確認した結果、臨床病期は、

T____N____M____、ステージ A B C D となります。グリソンスコアは____点で、PSA 値が____ng/ml であることから、リスク分類をすると 低 中 高 リスク群となります。

(2)治療としては、大きく3つあり、それぞれに長所、短所があります。癌が前立腺にとどまっていると診断された方には放射線治療という手段もあります。根治性に関しては手術とほぼ同等またはやや低いといわれています。合併症には、放射線性直腸炎(下血, 狭窄), 放射線性膀胱炎(血尿, 萎縮膀胱)があります。

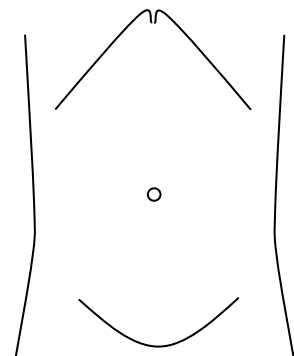
(3)ホルモン治療はおもに進行している方に適応がありますが、前立腺にとどまっている方でも高齢の方、合併症のため手術できない方に使用します。ただし、癌の根治はできず、数年してホルモン抵抗性になる可能性があります。

(4)無治療で何もしないという方法もあります。PSA が低く、癌の病巣が小さく、悪性度が非常に低い場合にのみ適応となります。こういった方でも年々癌は大きくなる可能性があるため 65 歳以下の方にはおすすめしません。

(5)手術的治療はいくつかのマイナス面(術後の尿失禁など)もありますが、長期にわたる制癌効果が安定していること、根治性は最も高いことから、比較的早期の癌で、年齢的にもお若く、合併症の少ない方には最も適した方法です。

■前立腺全摘除術とはどのような手術か

1. 全身麻酔にて行います。術中の麻酔の補助, 術後の痛みを和らげるため背中から硬膜外麻酔用のチューブを入れることもあります。
2. 臍より下の皮膚を約 10~15cm 縦切開します。まず骨盤内のリンパ節を摘出します。



3. 前立腺前面の太い血管を処理して、前立腺と尿道、前立腺と膀胱を切り離して、前立腺・精嚢をとり出します。
4. 膀胱と尿道をつなぎ合わせて、尿をとりだす管(尿道バルーンカテーテル)を尿道から膀胱内に入れておきます。
5. 膀胱と尿道をつないだ周辺に管(ドレーン)を入れて創を閉じます。
6. 手術時間は平均 5 時間で麻酔時間の入れると 6-7 時間で手術室から戻ってきます。
7. 手術当日は、酸素吸入、点滴がされます。ベッド上安静で歩行、食事はできません。
8. 手術翌日(1 日目)から 2 日目には状態に応じて、飲水、食事、歩行が可能となります。
9. 術後ドレーンからの液が減少すれば抜きます。1 週目に尿道バルーンカテーテルから造影検査をして、膀胱と尿道が漏れなくうまくつながっていればカテーテルを抜きます。漏れがある場合には 1 週ほど先にもう一度造影検査をします。
10. カテーテル抜去直後は、尿が自分の意思とは関係なく漏れやすい状態(尿失禁)ですが、徐々に良くなっていきます。ただ完全に失禁がとまるには数ヶ月から 1 年近くかかることがあります。
11. カテーテルが抜けると多くの方は翌日退院可能となります。すなわち入院期間は、通常約 1 週間となります。

■合併症とその対応について

(1) 出血

前立腺周囲には太い血管が多く、他の手術に比べて出血をきたします。手術前にご自分の血液を保存してこれを手術中に使用すると、90%以上の方が輸血を回避することができます。それでも血液が足りない場合には他の方の血液を輸血することになります。まれに出血量が 5000ml を越えるような大量出血と呼ばれる状態になり、心不全、呼吸不全となることがあります。そのような場合には、集中治療室で長期間にわたり治療が必要となることがあります。

(2) 直腸損傷

前立腺の後面は直腸が接しています。前立腺周囲に炎症がある場合や癌が浸潤している場合には直腸との間に癒着があって前立腺と直腸の間をはがす時に直腸に穴があくことがあります。小さな穴の場合にはそのまま閉じて、術後しばらく絶食となりますが、大きな穴の場合や直腸壁がうすい場合には大腸を左下腹部から引き出して人工肛門をつくり一時的に大便をここから出すようにします。術後落ち着いたら人工肛門を閉じて手術前の状態に戻ります。まれに手術中直腸損傷が確認できず、術後にわかることがあり、緊急手術が必要となることがあります。

(3) 尿失禁

前立腺と尿道の周囲には尿の漏れをとめる括約筋という筋肉があります。前立腺全摘除術では括約筋の一部をとらざるをえないため術後尿失禁となります。したがって術後はしばらく数枚の尿パッドが必要となります。通常は半年ぐらいでほとんど漏れない状態(お腹に力が加わると少し漏れる程度)になりますが、ごくまれに完全失禁状態となります。一般に 70 歳をこえると失禁の率が高くなるといわれています。

(4) 男性機能障害

前立腺・尿道の後面には勃起神経が左右 2 本ありますが、手術のときやむをえずとることがあり、その場合には術後勃起できなくなります (ED)。またこの神経は非常に細く、神経の温存しようとしても術後に確実に勃起能が回復するとは限りません。両側温存ならかなり期待できますが、片側の場合には 20-30% 程度の回復率です。また、前立腺全摘後、勃起が可能になっても射精はできません。

(5) その他

通常の開腹手術でも起こりうる合併症として、創感染で創が開いたり、筋膜が開いて創ヘルニア (創の部分が飛び出す状態) になったりすることがあります。また、術後性肺炎が発症したり、骨盤内に液体がたまったり、鼠径ヘルニア (脱腸)、膀胱と尿道の吻合部狭窄になったりすることもあります。これらのなかには再手術が必要な場合もあります。また、まれではありますが、脚の静脈に血栓ができ、手術後にこの血栓が肺の血管を閉塞する重い合併症 (肺梗塞) の危険性もありますが、弾性ストッキング、圧迫ポンプにて予防しますが発生率は 0.1% 程度です。

■ 術後の外来通院について

(1) 摘出した前立腺を顕微鏡でよく検査をします (病理検査)。その結果によって、通院間隔が変わります。

まず退院後約 2 週間で外来受診していただきます。病理結果をその時点でお話致します。

(2) 通院間隔は 3-6 ヶ月で定期的に PSA 値をチェックしていきます。

(3) 病理の結果によっては、術後の補助療法を行うことがあります。

■ 手術による癌の根治性と再発時の治療について

前立腺全摘除術は、癌が前立腺にとどまっていると診断された方に対して、癌を完全にとりのぞくことを期待して行う手術です。しかし前立腺癌は手術前に病巣の広がりを正確には診断できません。手術後癌がなければ PSA の値は 0 ですが、PSA が少しずつ上昇してきている方がやはり 30% おられます。再発部位が骨盤内の局所であれば放射線治療が、骨などの全身性の再発であればホルモン治療が選択されます。

不明な点がありましたら、主治医、担当医にお尋ねいただくか、泌尿器科外来までお知らせ下さい。

Tel. 03-3353-8111 (直通)

前立腺全摘除術(開腹)を受けられる患者さんへの説明文書

東京女子医科大学泌尿器科学教室

Department of urology, Tokyo women's Medical University.

以上の点について説明を受け、よく理解し、手術に同意します。

平成 年 月 日 患者氏名

患者家族氏名

1)

2)

3)

4)

その他、特に説明した内容

a)

-

b)

-

以上の点について、患者、患者家族に十分説明しました。

説明医
