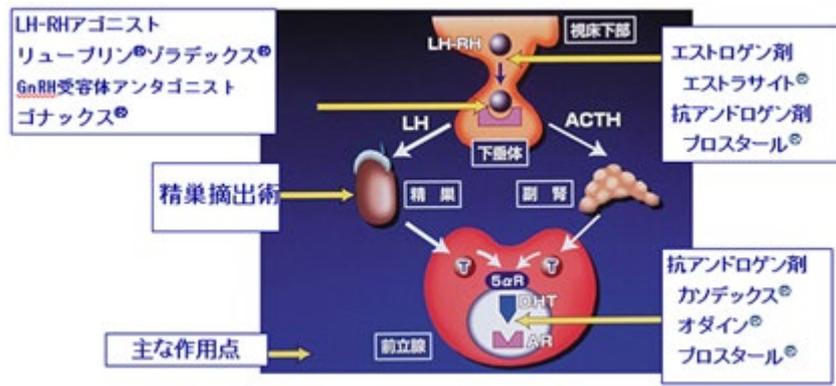




両側精巣摘除術

概要・目的：

転移性(進行性)前立腺癌に対して行う内分泌療法の一つです。



前立腺癌は男性ホルモンが増殖因子となっているため、男性ホルモンを下げるのが前立腺癌治療となります。男性ホルモンは精巣で95%、副腎で5%分泌されているため、この手術を行うことで男性ホルモンの大部分を抑えることができます。必要に応じて、副腎から分泌される男性ホルモンを抑えるため

に抗アンドロゲン薬（非ステロイド・ステロイド系、Upfront 治療として新規抗男性ホルモン薬（ARAT））の内服や Upfront 治療として抗癌剤治療（ドセタキセルなど）を併用する場合があります。

別手段として、LH-RH アナログ、LH-RH アンタゴニストを定期的に皮下注射投与する薬物的去勢もあります。上記薬剤は薬剤のアレルギー反応や費用的負担が掛かりますが、本治療は比較的簡便な手術で1回で済みます。内分泌療法には個人差があり、治療後長期にわたって効果が得られる場合もありますが、効果が十分に出なかったり、一度効果が出ても再び効果が落ちてしまう場合があります。前立腺癌が内分泌療法に抵抗性・再燃を認めたときは、状況に応じて追加の治療を行う場合があります。

方法：

- 1.通常腰椎麻酔にて行います。
- 2.陰嚢正中を5cm程度切開し、両側精巣を摘除します。
- 3.状態をみてドレーンを留置します。
- 4.手術時間は平均3-40分で麻酔時間を考慮すると約2時間で手術は終わります。
- 5.手術当日は、酸素吸入、点滴を行い、ベッド上安静で歩行、食事はできません。
- 6.手術翌日から飲水、食事、歩行が可能となります。術後は尿道カテーテルを留置しますが、翌日抜去します。

合併症(副作用・偶発症)について：

- ✓ 出血、後出血
手術による出血は通常少量です。稀に、後出血といって術後に出血する場合があります。陰嚢が腫大します。多くは自然に吸収されますが、感染をきたした場合は再手術など行います。
- ✓ 発熱、陰嚢腫大
手術による炎症、浮腫により発熱、陰嚢腫大がおきます。経過を見ていくうちに良くなるのが殆どです。
- ✓ 術後の創部感染:傷の縫い直しが必要となることも有ります。

- ✓ 重篤な感染症を起こす可能性
これは創部やカテーテル挿入部に限局して起こるもの以外にも、全身に感染が及び敗血症などの重篤な感染症まで様々です。
- ✓ 麻酔関連
現代でも麻酔による死亡を含めた合併症の可能性はあります。心・肝・腎機能悪化する可能性。麻酔薬とのアレルギー反応でショックの可能性がります。
- ✓ 持病の悪化
術前に指摘されていた持病、術前に指摘されていなかった持病などが悪化・顕在化する可能性があります。
- ✓ 男性ホルモンの低下
精巣摘除することにより、男性ホルモンが低下することが前立腺癌の治療につながりますが、性欲低下、勃起障害、女性の更年期障害のような症状(顔面のほてり、のぼせ、発汗、疲れやすいなど)、乳房の膨大、乳房痛、筋力低下などの副作用が起こる場合があります。
- ✓ 術後の肺梗塞、心筋梗塞、脳梗塞:おもに、骨盤内や足の血管などで血液が固まったり(血栓)、皮下の脂肪が血管の中に入り込み、これが血管の中を流れて肺の血管を閉塞する、生命を脅かす重大な合併症です。この合併症は希では有りますが、最近日本人にも増えています。これを予防するために専用のストッキングを購入して頂くことをお勧めしています。このストッキングを手術中にはいていただき、必要な場合にはフットポンプで足の血流循環を補助します。術後には出来るだけ早く歩行していただくことが大切です。
- ✓ その他
手術後や麻酔後の半覚醒状態に伴う意識障害により、点滴や治療のためのチューブを抜いてしまったり、転倒、転落の危険性が認識できない状態にある場合、患者様の安全性を守るために必要最小限の行動制限(ベッド柵の複数固定、体動センサー、体幹・手足の抑制など)をさせていただく場合があります。

【個人情報保護について】

- 他の患者さんの治療に役立てるため、また、手術手技の教育などの貴重な情報として、この手術に関するあなたの診療情報・診療録（CT画像、手術ビデオ等を含む）が使用される場合があります。これらの使用目的には、安全性・有効性の評価、法令に基づく調査（使用成績調査等）、医薬品承認申請（再審査・再評価の場合を含む）、規制当局等の要請に基づく国又はこれに準ずる組織の研究等への協力が含まれます。
- 上記の目的のため、担当医師チームのほか、第三者（学会）に対してあなたの診療情報・診療録を提供する場合があります。情報の提供先は、提供された情報等を上記の目的のために評価・検討し、その集計結果や治療成績を厚生労働省や医学雑誌などに公表する場合があります。
- あなたの診療情報・診療録（CT画像等を含む）を第三者へ提供する場合は、あなたを直接特定する情報

(例えば、氏名や住所など)は一切含まれず、当施設で定められた所定の手続きを経たうえで行われます。

他の治療選択肢・代替医療について：

間質性膀胱炎に対する膀胱水圧拡張術以外の治療について；組織の病理検査は行えませんが、この治療以外に、食事制限、デミソ（DMSO）、ヘパリン、ボトックス膀胱内注入療法、膀胱全摘・尿路変更、膀胱拡張術などによる治療があります。

ご本人の年齢や全身状態や合併疾患、病変の大きさや広がりを考慮して治療法を提示しています。ご希望に沿った治療法を選択して下さい。ご不明な点はご理解を深めて頂けるようにご質問下さい。

本治療を受けたくないという方がおられるかもしれません。もし治療を受けなければ、おそらく数ヶ月後には何らかの症状が出現してくるものと思われます。痛みなど多くの症状は現在の緩和治療でほとんど取り除くことができると思われますが、時に病的骨折などコントロールできにくい症状を認めることがあります。ただ、症状を緩和する治療は日々進歩しており、つらい症状を抱えたまま日々生活することはまずありません。以上のことを十分理解した上でこの治療を受けてください（中止はいつでも可能です）。

セカンドオピニオン・自由意思による治療の同意とその撤回・ご本人の自己決定権について：

この説明を聞いて、膀胱水圧拡張術を受けることに同意しない場合でも、今後の診療・治療などに不利益になることはありません。わからないことや確認したいこと、相談したいことがあるときは、同意の前後に関わらず、いつでも遠慮なく質問してください。

最終的な検査・治療方針の決定は患者さんご本人によってなされ、そのためにセカンドオピニオンを得る機会があります。また、予定される検査・治療に同意しない場合でも一切不利益をうけることはありません。また治療を開始した後でも、考えが変わった場合にはいつでも同意を取り下げることができます。この場合も、今後の治療や看護などの診療内容に不利益になることはありません。

以上の説明に関して不明な点は医師、看護師にお尋ねください。

説明日 @SYSDATE

同愛記念病院 @PATIENTFORMALSECTIONNAME

説明医師： @ACTIVEUSERNAME 印またはサイン 同席者： _____

診断：前立腺癌

術式：両側精巣摘除術（除睾術）

手術日： 年 月 日

私は、両側精巣摘除術の目的、方法および副作用・合併症について、上記の内容を読み、また医師の説明により十分に理解しましたので、上記の検査・治療を受けることに同意します。

なお、緊急の処置・治療を行う必要が生じた場合には、適宜施行されることについて同意します。

同愛記念病院 院長 殿

年 月 日

本人氏名 _____ 印 ※署名がある場合は押印不要

家族等氏名 _____ 印（本人との続柄 _____）

※本人の署名がある場合は家族等の署名は不要 ※本人が署名不能な場合や未成年者の場合には家族等の署名が必要