

# 札幌社会保険総合病院 第29回C P C

日時 2005年9月30日 場所 札幌社会保険総合病院 2階 講義室  
「高齢者の膀胱がん—長期にわたる診断と治療」

報告者 臨床経過 泌尿器科 岩見 大基  
看護経過 5西NS 山下裕香梨  
病理診断 病理部長 高橋 秀史

司会 泌尿器科部長 三橋 公美  
病 理 部 長 高橋 秀史

症例 Aさん 91歳 男性

## 【臨床経過】

高血圧、狭心症、心不全（二枝に虚血病変）、糖尿病、腎不全、脳梗塞後にてそれぞれfollowを受けていた。

無症候性肉眼的血尿にて平成8年12月25日当科初診した。膀胱鏡にて右尿管口に一致して乳頭状腫瘍を認めた。この時のstagingでは遠隔転移を認めず、上部尿路にも腫瘍を認めなかった。平成9年1月経尿道的膀胱腫瘍切除術（TUR-Bt）施行。病理は移行上皮癌（TCC），G1>G2，pT1bであった。表在性膀胱癌として術後再発予防にエピアドリアマイシンの膀胱内注入療法を開始した。なお、本人には表在性膀胱癌と告知した。以後外来にて定期通院したが抗癌剤（平成9年1月～及び平成14年5月～）、BCG（平成12年5月～）による膀胱内注入療法にもかかわらず頻回の再発を認め平成15年10月までの間に計8回のTUR-Btを施行、それらの病理はすべて表在性の膀胱癌であった。なおその間平成11年4月に右尿管癌が出現し右腎尿管全摘術を施行した。術後イレウス、誤嚥性肺炎を発症した。病理はTCC，G2，pT2であった。また、平成14年5月のTUR-Bt後にイレウスとなりこの時直腸に径20mmの腫瘍を認めた。増大傾向あるため平成15年1月低位前方切除術施行、病理はcolon ca（well，sm，stage I）であった。平成17年1月にTUR-Bt施行、この時の病理がTCC>SCC，G3，pT2以上と初めて浸潤性膀胱癌へのstage upを認めた。また、胸部単純写真にて多発肺転移を認めた。多くの合併症を

有し、このときすでに91歳であったことを考慮して根治療法は選択せず対症療法を行っていくことをキーパーソンである次男に確認した。3月に入り全身倦怠感、食欲低下出現、その都度近医にて補液を行っていたが3月25日呼吸苦にて搬送、緊急入院した。肺転移に伴う癌性リンパ管症の診断にてステロイドパルス療法行うも効果なく、次男と相談のうえse-dationを開始した。3月28日呼吸不全にて死亡した。

## 【看護経過】

### <患者紹介>

妻は平成9年に他界し、次男と二人暮らしであり、自宅では毎日2時間、ヘルパーが食事や入浴介助などを行っていた。また、週1回、状態観察や服薬指導に訪問看護を利用していた。

### <看護経過>

Aさんは平成8年82歳の時に膀胱腫瘍と診断され、その後9年間で11回にわたりTUR-Btが行われた。入院時には、病室を間違ったり、尿失禁や便失禁したりと認知症があり、左無眼球症のため視力が乏しく、高齢による難聴と筋力低下があり杖歩行していたため、転倒転落のリスクが高くトイレなどの歩行には付き添いが必要と判断した。しかし、本人はナースコールを視力低下のため認識することができず転倒予防対策を実施した。尿失禁に対しては、シャワー浴を中心に清潔の保持に努めて尿とりパットの交換の指導を行なった。コミュニケーションでは、大き

な声で話す事により意思疎通は良好であり、本人も手術を繰り返していたために病気や手術の必要性は理解されていた。

平成17年3月25日、自宅で呼吸困難感があり救急車で緊急搬送される。症状軽減のため医師の指示で処置を行うが改善されず、医師から次男へ癌性リンパ管症による呼吸困難の症状があり、これ以上改善することは難しいこと、セデーションか延命措置のどちらかの選択について説明したところ、セデーションを希望され納得した。セデーション前にこれが最後の会話になるであろうと次男に説明し、Aさんとの会話を促して2人の時間を準備した。数分後に待機していた看護師に緊張した表情で「もういいです」とだけ伝えられた。セデーション後、次男に対しては、症状が落ち着いたことを声がけて不安の軽減に努めた。セデーションを開始して3日後に眠るように家族に看取られ永眠された。

#### 【臨床上的問題点】

肺転移は尿管癌の再発なのか膀胱癌から生じたものなのか

尿管癌と膀胱癌は同一のクローン？

超高齢膀胱癌患者におけるendpointは？

膀胱全摘を行うとしたらそのタイミングは？

#### 【看護上の問題点】

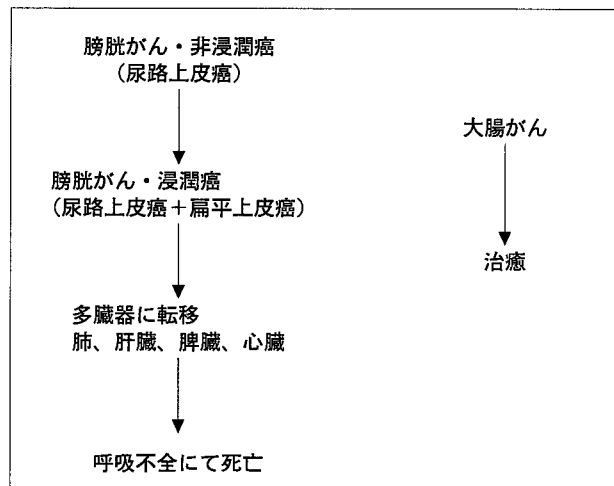
#1 癌性リンパ管症に伴う呼吸困難感

#2 家族のセデーション選択に伴う不安

#### 【病理解剖組織診断】

- 1 膀胱癌（尿路上皮癌＋扁平上皮癌、G3）  
浸潤と転移：前立腺、骨盤内浸潤、肺、肝、脾臓、腎、前縦隔、心外膜、リンパ節転移：大動脈周囲、肺門、頸部
- 2 肺炎
- 3 大腸癌（再発なし）
- 4 右腎摘出後

#### 【病理チャート】



#### 【キーワード】

膀胱癌：治療法としては表在性であるうちは経尿道的腫瘍切除（TUR-Bt）により腫瘍をcontrolしてできるだけ膀胱温存を図る。ただしTURのみでは再発率が高く（2年間で40～60%）、再発性、多発性の場合抗癌剤やBCG（牛の結核菌）の膀胱内注入療法が考慮される。再発例の約10%に浸潤性膀胱癌へのstage upが見られ膀胱全摘が必要となる。外科的切除のほかに放射線療法、化学療法がある。

尿管癌：腎盂・尿管癌の治療は基本的に外科的切除（腎尿管全摘）が行われる。腎盂・尿管癌術後の順行性の再発率は15～50%とされている。

尿路に発生する癌：腎盂～尿管～膀胱～尿道の内腔は同一の組織（移行上皮）で覆われているため発生する癌も膀胱と同様に移行上皮癌がほとんどである。まれなものとして扁平上皮癌、未分化癌、腺癌などがある。

#### 【病理から臨床へ】

膀胱癌は尿路上皮癌のほかに、角化傾向を示す層状増殖を示し、扁平上皮癌を伴います。

死因は広範な肺転移などから呼吸不全を考えます。

#### 【臨床の教訓】

浸潤性膀胱癌（T2以上）、表在性ながらも短期で再発を繰り返すような例に対しては膀胱全摘が考慮される。但し膀胱全摘自体侵襲が大きく摘出後は尿路変更が必須となるため手術そのもののリスクに加え尿路ストマ作成によるボディイメージの変化、

ストマ管理における家族のサポートの問題など方針決定は慎重に行う必要がある。

【看護の教訓】

- ①セデーション選択時には、治療から緩和医療への移行期とセデーション開始時の十分なインフォームドコンセントが最も重要であり、入院時から患者と家族の支えとなれるように関わり続け、信頼関係を深めていくことが大切である。
- ②セデーション選択後に家族が自分自身を責めるこ

とがないように最後の時を過ごせるように環境調整を行う必要がある。

- ③セデーション後に症状が緩和されたことを家族に伝えて選択したことを後悔しないように支援してることが大切である。
- ④治療から緩和医療への移行期の関わりとして、その最後の時に「どうしたいか。」と患者の希望を事前に知り、患者の意志を尊重できるように支援することが今後の課題である。