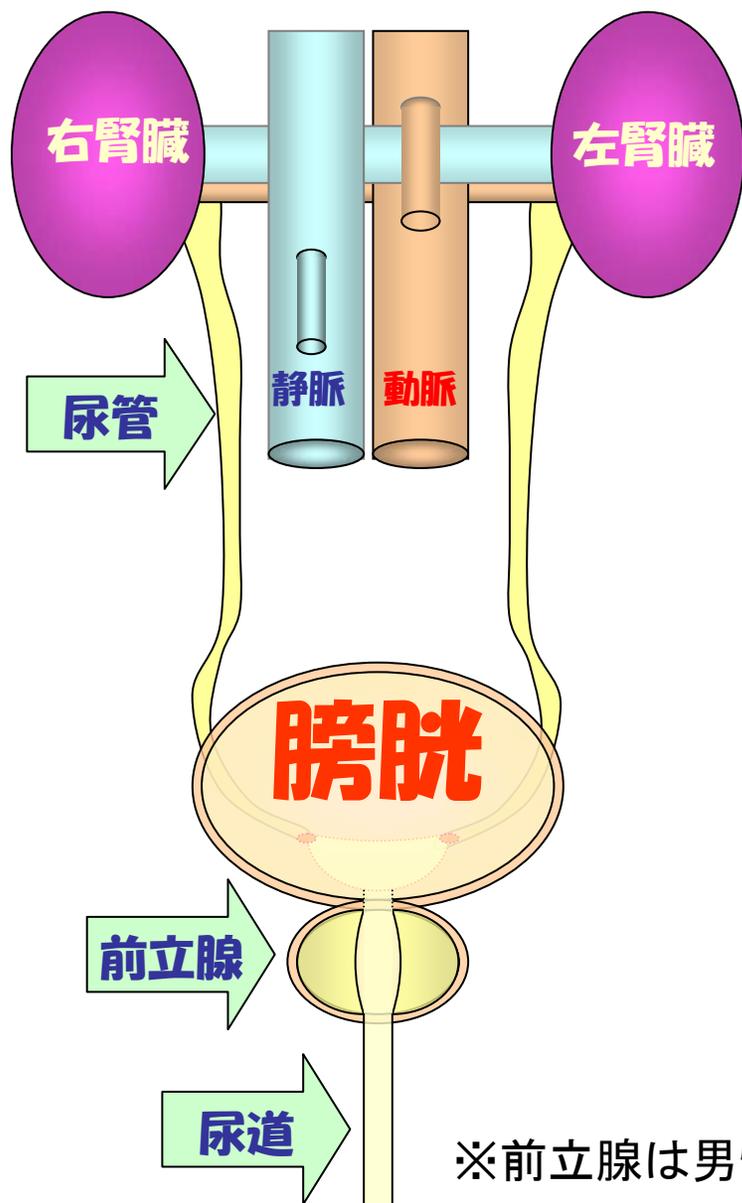


弘前大学泌尿器科の治療成績

膀胱癌

畠山真吾

膀胱ってどこにあるの？



- 尿路は右図のように、腎臓から尿道まであります。
- ぼうこう(膀胱)に出来る癌を、膀胱癌といいます。
- 膀胱癌は、根っこの深さ、顔つき(つまり悪性度)によって、治療法が大きく変わります。
- 顔つきのよい癌は、乳頭状で、ブドウの房のようになっています。
- 顔つきの悪い癌は、結節状で、膀胱の壁をこえて転移してゆきます。
- 根の深い癌は、全身に転移をおこしやすくなります。

※前立腺は男性にしかありません

症状は？

- 血尿がおもな症状です。検診で尿潜血を指摘される場合もありますが、通常突然血尿になり、突然とまります。
- 痛みを伴わない場合が多く、良くなったからといって油断してはいけません。
- すぐに泌尿器科に受診することが大事です。また、進行すると痛みを伴ったり、尿の回数が多くなったりといった症状もでてきます。

検査法

- ・ 検尿：おしっこを詳しく調べます。尿潜血を指摘されても、実際顕微鏡で見ると血が混ざっていない場合もあります。
- ・ 超音波検査：おしっこをためた状態で検査を行います。比較的小さな腫瘍でも発見することが可能です。お腹に器械をあてて行う検査のため、痛みはありません。併せて腎臓や前立腺なども検査します。
- ・ 尿細胞診：おしっこのなかに、悪い細胞が混ざっていないか顕微鏡で詳しく検査します。ただしこの検査は、見逃すことが多いため、注意が必要です。

検査法

- ・ 膀胱鏡検査：ぼうこうの中にカメラをいれて、さらに詳しく検査する方法です。腫瘍の組織を採取して、良性か悪性かの判断をします。現在、カメラの性能が飛躍的に向上し、胃カメラのような軟らかいカメラで検査を行いますので、ほとんど痛みを感じることはありません。また、通常検査時間は5分程度で終了しますので、体にかかる負担もほとんどありません。
- ・ CT、MRI：手術等が必要になった場合、さらに詳しく検査する方法です。トンネルのような器械に入って、体の中を輪切りに写真を撮っていきます。痛みは伴いませんが、撮影中は動けない検査です。予約検査ですので、すぐに撮影することはできません。他の病院で腫瘍が見つかった場合、これらの検査をやってから外来に受診して頂くと、その後の治療がスムーズに行えます。

膀胱癌TNM臨床分類

T—原発腫瘍の壁内深達度

T0：腫瘍なし

Tis：上皮内癌（CIS）

Ta：浸潤なし

T1：粘膜下結合組織までの浸潤

T2：筋層浸潤があるもの

T2a：筋層の半ばまでの浸潤

T2b：筋層の半ばを越えるもの

T3：膀胱周囲脂肪組織への浸潤があるもの

T3a：顕微鏡的浸潤

T3b：肉眼的（壁外に腫瘍があるもの）

T4：腫瘍が以下のいずれかに浸潤するもの

前立腺、子宮、腔、骨盤壁、腹壁

T4a：前立腺、子宮あるいは腔への浸潤

T4b：骨盤壁あるいは腹壁への浸潤

N—所属リンパ節

N0：所属リンパ節転移なし

N1：2 cm以下の1個の所属リンパ節転移を認める

N2：2 cmを超え5 cm以下の1個の所属リンパ節転移、または5 cm以下の多数個の所属リンパ節転移を認める

N3：5 cmを超える所属リンパ節転移を認める

M—遠隔転移

M0：遠隔転移なし

M1：遠隔転移あり

膀胱癌の分類

- 詳しくは右図のようになりますが、大事なことは、膀胱に留まっているのか、その深さはどこまでか、になります。
- この分類により治療方針が大きく異なります。

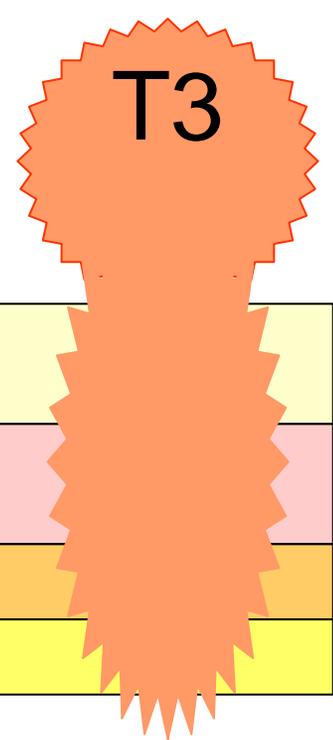
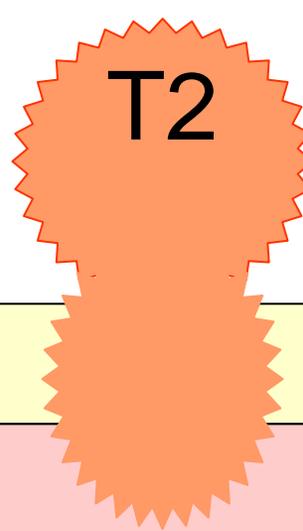
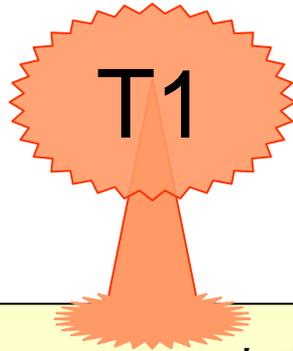
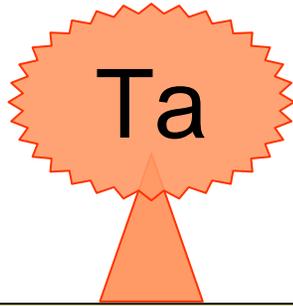
膀胱癌のT分類

上皮へ浸潤しない

上皮へ浸潤する

筋層へ浸潤する

筋層を越え、浸潤する



膀胱内

上皮

筋層

しょう膜

膀胱周囲の脂肪

おなか

限局性癌

浸潤性癌

治療法

- 膀胱腫瘍の治療法は、深達度によって大きく異なります。
- 腫瘍が粘膜にとどまっている場合、内視鏡というカメラでの手術(TUR-Bt)になります。※腫瘍の大きさは関係ありません。手術後再発予防目的に、ぼうこう内に薬を注入します。入院期間はおおよそ2週間です。
- 腫瘍が筋層に浸潤している場合、ぼうこうをすべてとる手術が必要になります。再発率をさげるために、手術前に抗癌剤による治療を行うことがあります。

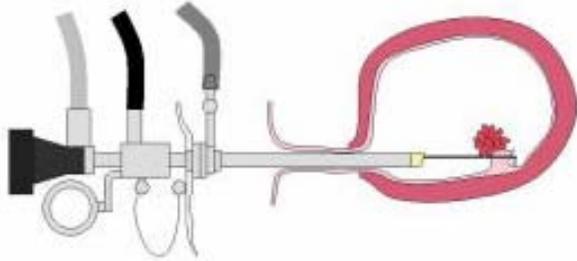
術前化学療法

- 当科では、局所浸潤性膀胱癌の患者さまに、膀胱を取る手術をする前に、化学療法で全身治療を行う方法を積極的に行っていきます。
- その理由は、この方が術後の治療成績がよいと報告されているためです。
- 当科での抗がん剤は、新規抗がん剤のジェムシタビンとカルボプラチンを用いたメニューで行っていきます。
- これらは従来の薬より副作用が少なく、効果も良いことから、積極的に選択していきます。

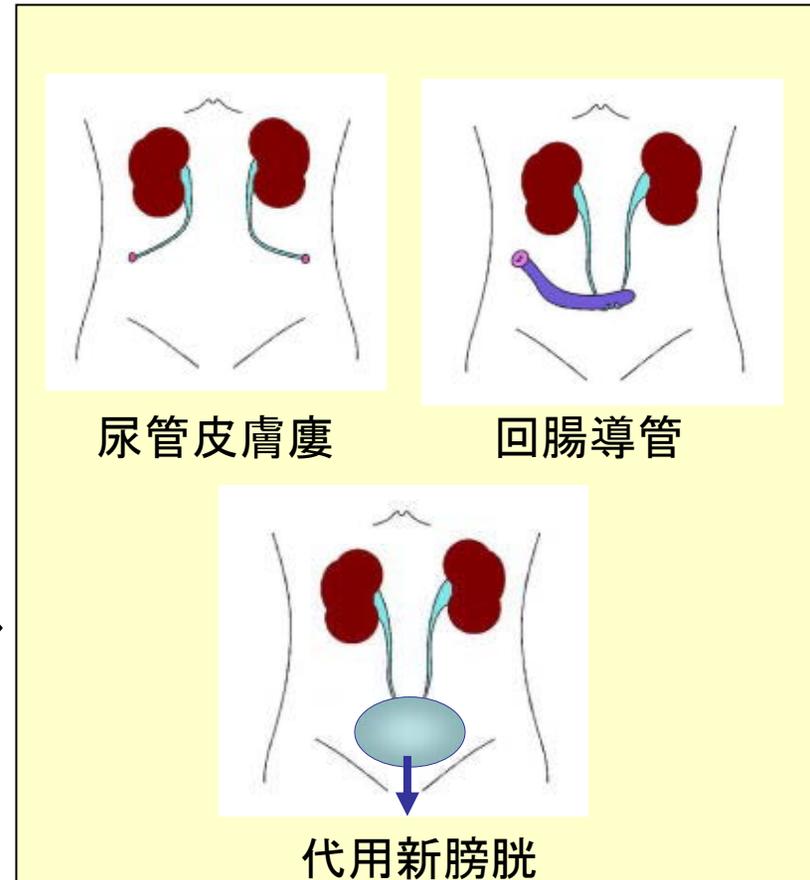
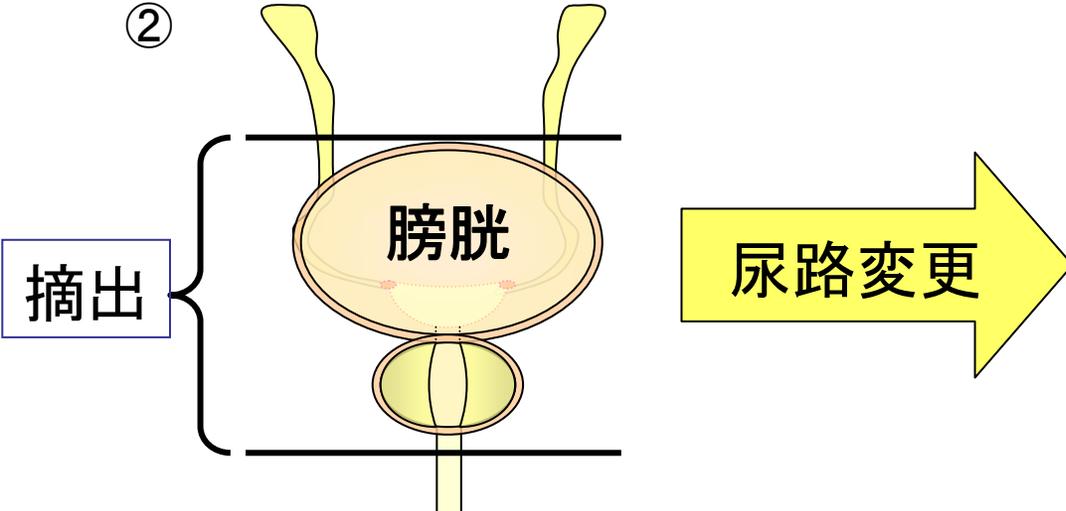
手術による治療法

- ①膀胱癌をカメラで削る方法 (TUR-Bt) と、
- ②全部取り除く方法 (膀胱全摘除術) があります。

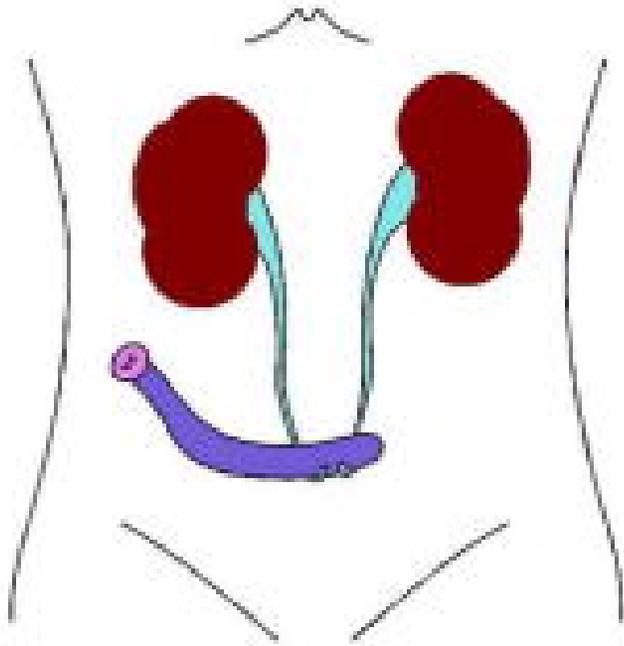
①



②

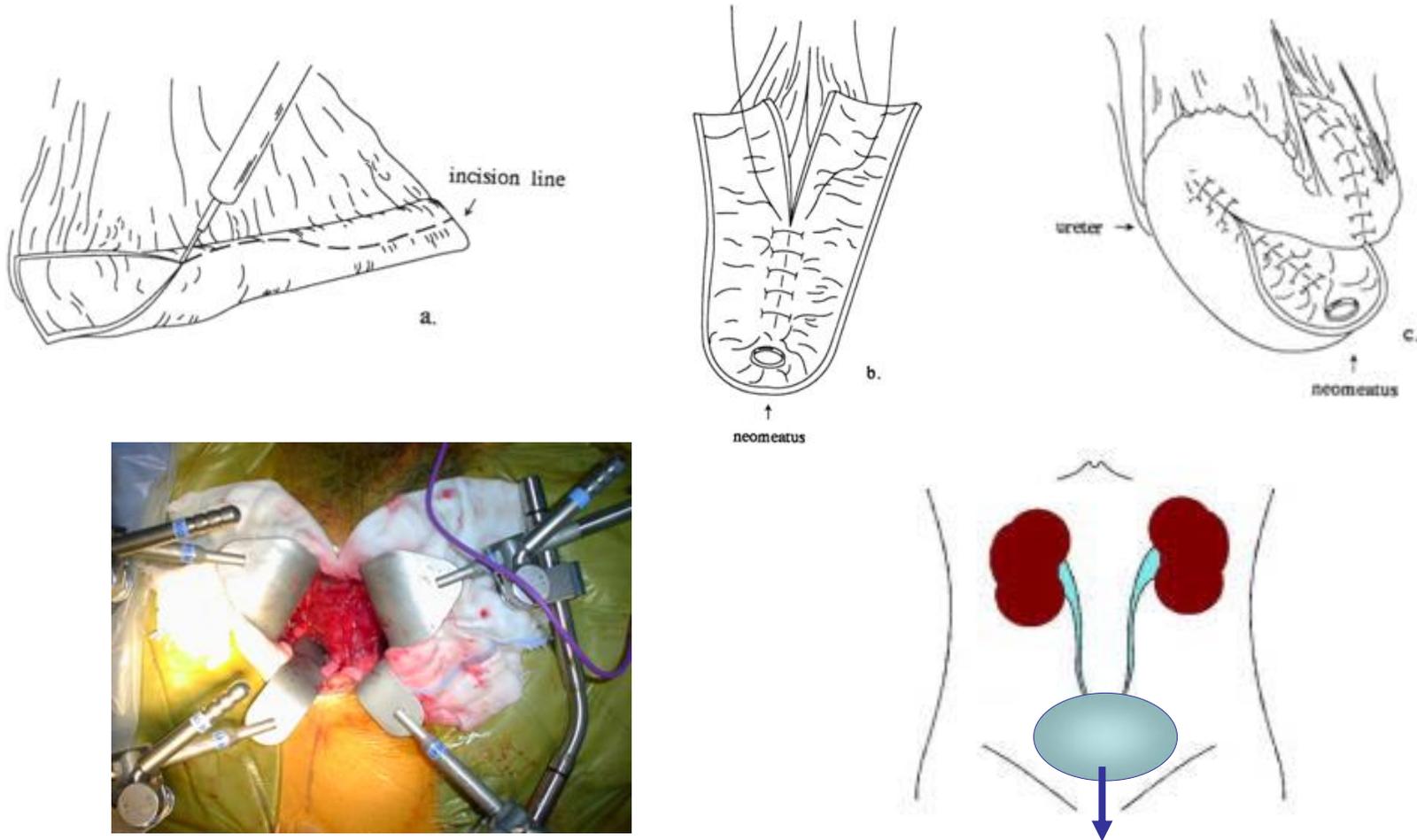


尿路変更：回腸導管



膀胱を摘出したのちに、腸を使い、おしっこの出る道をおなかに作ります。古くから世界中で行われている、もっとも標準的な尿路変更です。

尿路変更：代用膀胱

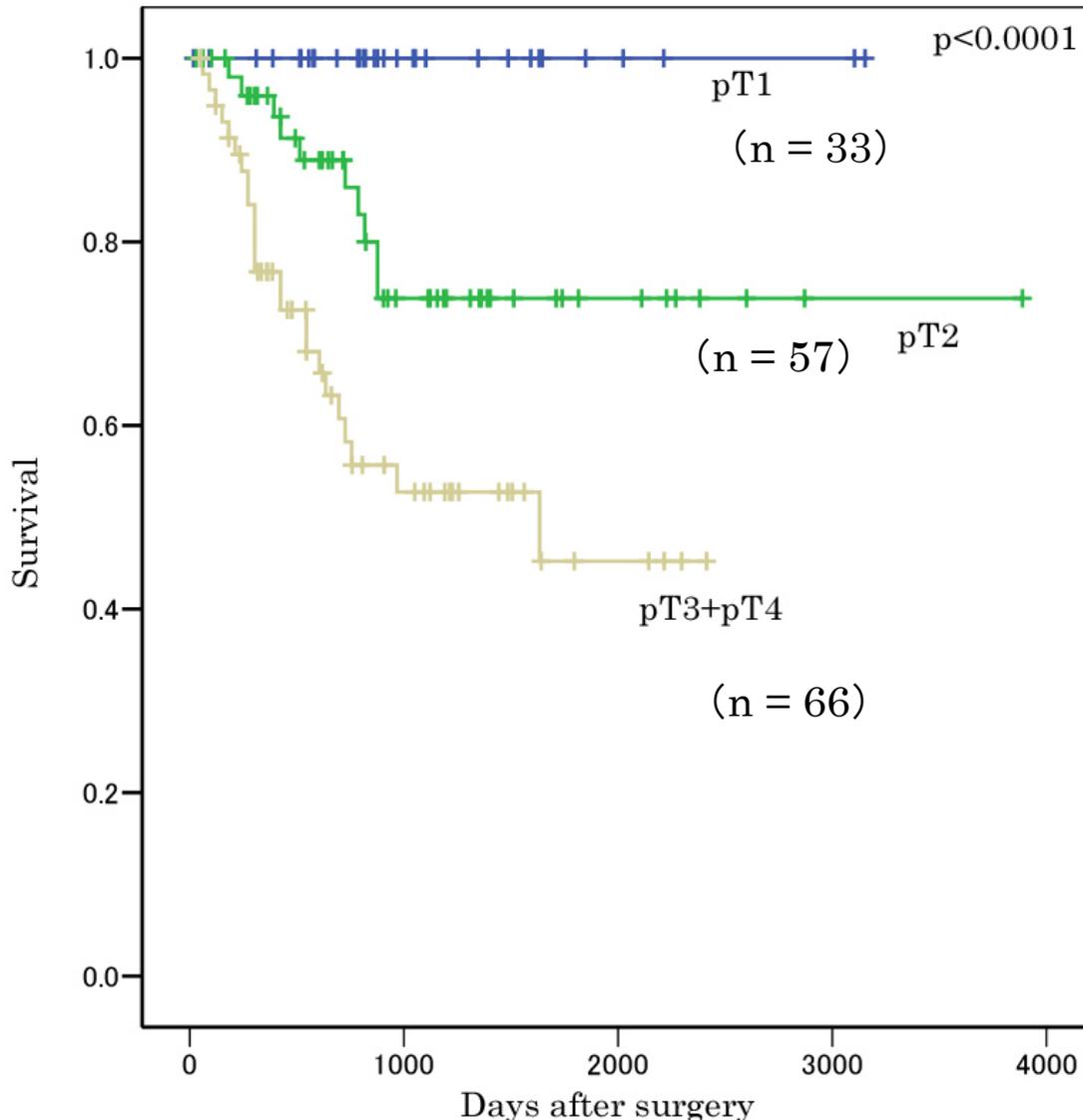


尿の袋をつけなくてもよいように、当科では、既存の方法を改良し、独自の方法を開発し手術を行っています。小腸でぼうこうを作り直し、これまで同様尿道からおしっこを出す方法です。自分でおしっこを出せますが、すこし訓練が必要になります。これまで約90名の患者さんに作成しており、排尿状態は概ね良好です。

当科での成績

癌特異生存率 (T分類)

生存率

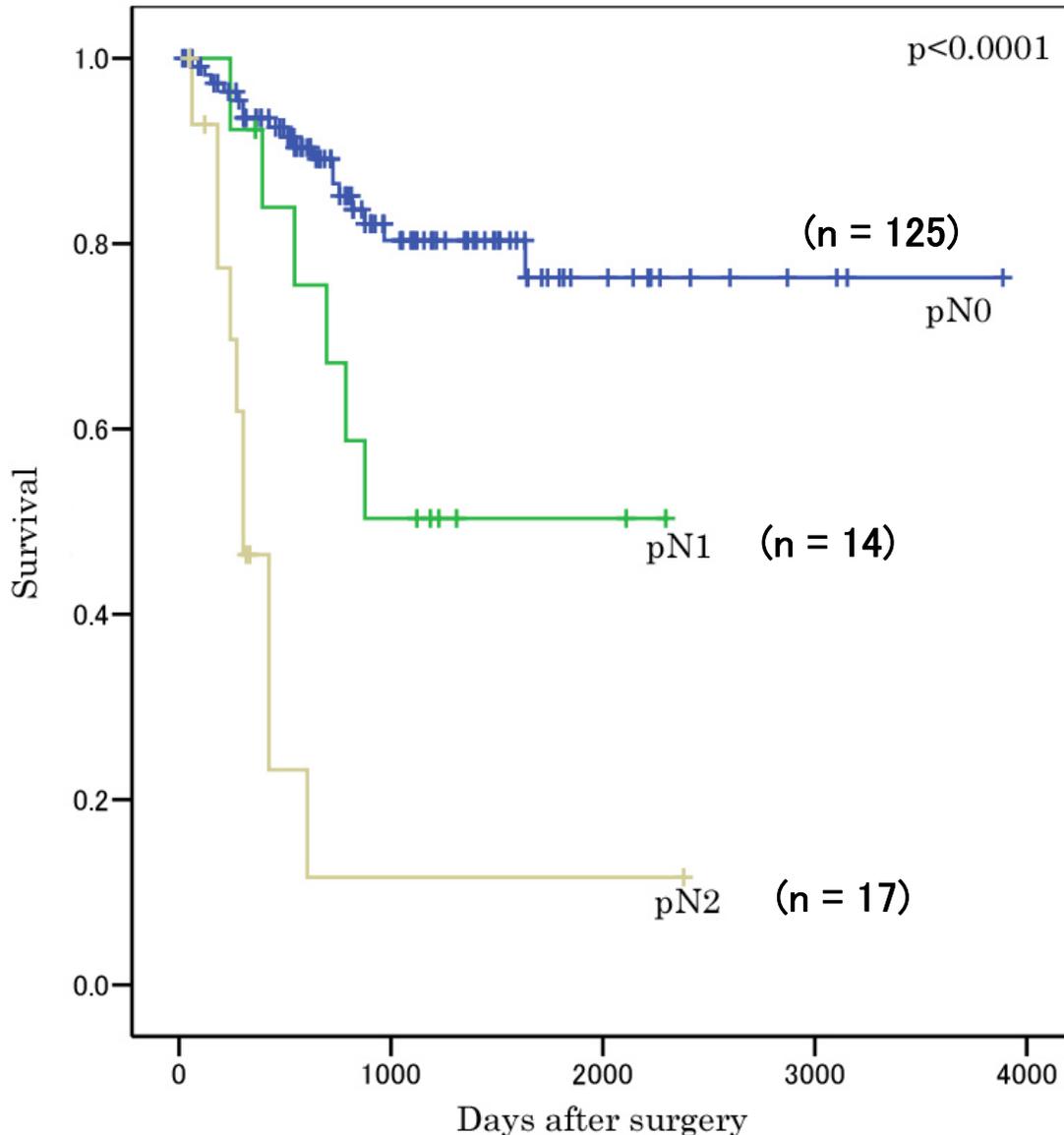


※ 弘前大学 泌尿器科の成績

- 膀胱癌が見つかり、手術で治療した患者様の生存率です。
- 膀胱に限局している膀胱癌のpT1およびpT2では、膀胱癌で亡くなる可能性は非常に低いことが分かります。
- そのため早期発見・早期治療が重要です。

癌特異生存率 (N分類)

(生存率)

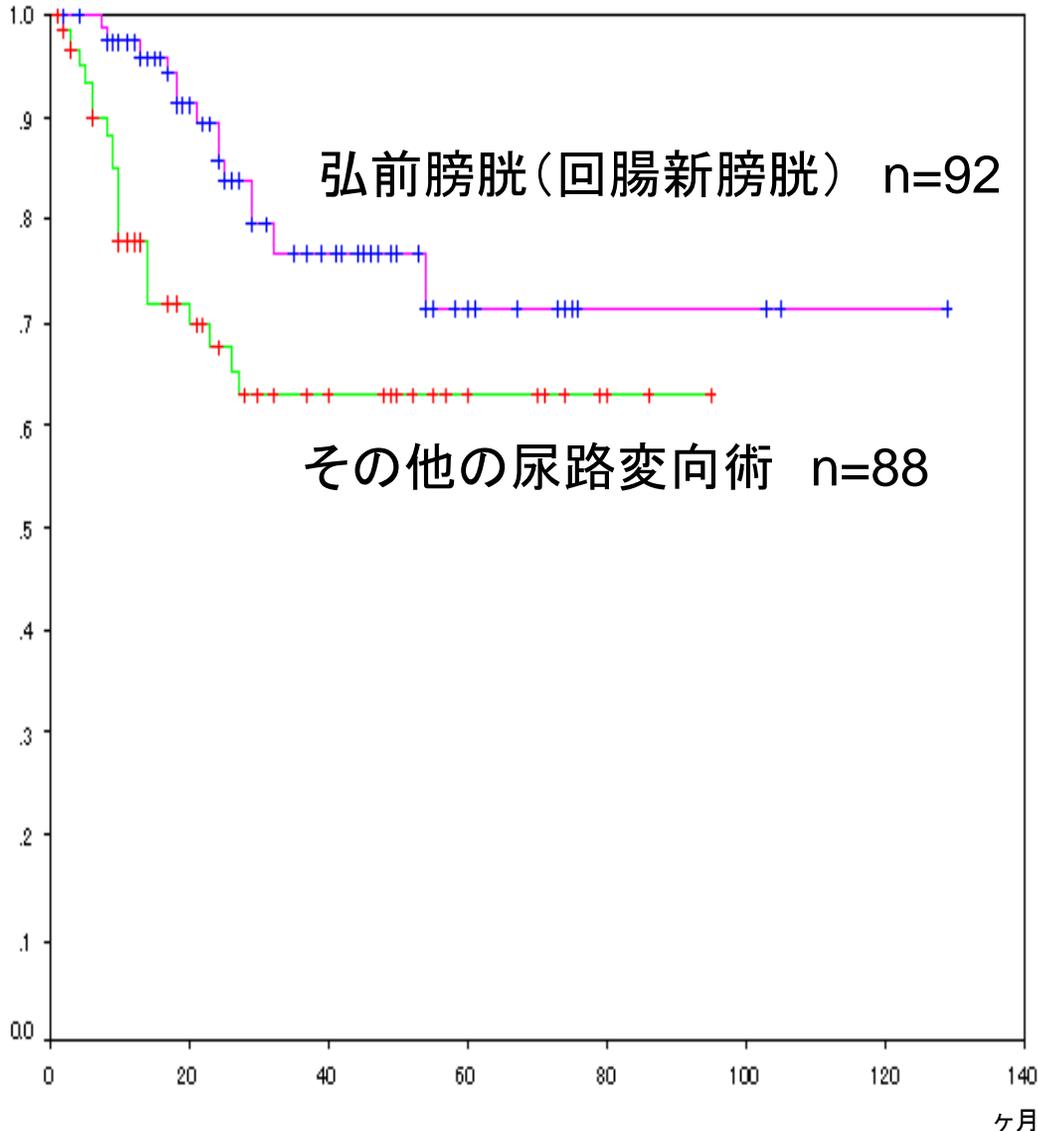


※ 弘前大学 泌尿器科の成績

- リンパ節転移のない患者様 (pN0) では、生存率が非常によいことが分かります。
- ただ、転移を認めても追加治療により、予後が改善できます。

癌特異生存率

(生存率)



※ 弘前大学 泌尿器科の成績

- 尿路変向術(尿の出し方)によって、生存率にあまり差は認められません。
- ただし、どんな膀胱癌でも新膀胱を作れるわけではありません。
- 詳しくは主治医にご相談ください。

参考：アメリカでの報告

深達度	5年生存率
pT1	75%
pT2	63%
pT3a	50%
pT3b	15%
pT4	21%
Overall	54.5%
pT1~3:リンパ節転移なし	約70%
pT1~3:リンパ節転移あり	約30%
前立腺間質に浸潤あり	20%以下

病理組織深達度別
膀胱全摘をうけた患者261人の5年生
存率 Paganoら, J Urol 1991

※これは、あくまで統計的な検討です。
実際にどうかは、それぞれ異なります
のでご注意ください。

※長期生存のためには、「膀胱に限
局していること」、「リンパ節転移がな
いこと」が重要な要素になります。