

膀胱癌について

膀胱癌の罹患率は2013年のデータで6.6人/10万人/年であり、男性が女性より約4倍高いです。また、膀胱癌の死亡率は2016年のデータで2.1人/10万人/年です。喫煙が最大の危険因子であり、喫煙者は非喫煙者より膀胱癌に罹患する確率が2.58倍高く、約6年早く膀胱癌が発症することが分かっています。また、職業性発癌物質(化学物質芳香族アミン、多環芳香族炭化水素、*o*-トルイジンなど)も危険因子であり、海外では法規制されている国もあります。

症状

血尿、頻尿、排尿時痛、残尿感などが主な症状です。特に肉眼的血尿の17%、顕微鏡的血尿の4%で膀胱癌が検出されます。

検査

腫瘍マーカー(NMP22、BTAテスト)がありますが、50~70%の感度で十分ではありません。尿細胞診も良く使用しますが、感度が低いために膀胱鏡検査が必須です。最近では軟性膀胱鏡を用いることが多く、検査の侵襲が少なくなっています。光感受性物質(5-ALA、HAL)、狭帯域光観察(NBI)を併用して小さな病変を見落とさない工夫を行うこともあります。

膀胱癌の診断が確定後にはCT検査、MRI検査を行い、膀胱壁内の深達度、リンパ節転移の有無、遠隔転移の有無を評価します。最終的には経尿道的膀胱腫瘍切除術(TURBT)で膀胱癌の悪性度、膀胱壁内の深達度を評価します。上皮内癌(CIS)が疑われる場合はランダム生検を行うことがあります。病理組織検査でT1を認めた場合は4~8週間後に再度TURBT(2nd TUR)を行うこともあります。

治療

膀胱筋層への浸潤の有無、転移の有無で治療が異なります。いずれの場合もまず、経尿道的膀胱腫瘍切除術(TURBT)を行って膀胱癌の悪性度、筋層浸潤の有無を評価します。

①筋層浸潤がない場合：TURBTで治療終了ですが、TURBT後の再発率は30

～70%と報告されています。膀胱癌の悪性度、大きさ、数、CIS 合併などから再発リスクが高いと判断された場合には、膀胱注入療法(BCG、抗癌剤)を行うこともあります。

②筋層浸潤を認める場合：膀胱全摘除術が標準治療で、同時に尿路再建が必要です。男性の場合、膀胱、前立腺、精嚢、尿道、骨盤リンパ節を摘出します。女性の場合、膀胱、子宮、陰壁、尿道を摘出します。高齢者や合併症を持つ方で膀胱全摘術が困難な場合、化学療法と放射線療法で膀胱温存を図る治療を行います。

③転移を認める場合：化学療法、免疫療法、緩和療法を行います。転移が単発で全身状態が良好であれば、手術を行うこともあります。血尿や痛みがあれば、原因の部位に放射線治療を行なうこともあります。

治療後の経過観察

①低リスクでは膀胱鏡検査を3ヶ月後、その後は6ヶ月毎に2年間、その後は1年毎に5年まで。

②中間リスクでは膀胱鏡検査を3ヶ月後、その後は6ヶ月毎に3年間、その後は1年毎に5年まで。

③高リスクでは膀胱鏡検査を3ヶ月毎に2年間、その後は6ヶ月毎に5年まで、その後は1年毎に10年まで。CT検査を3年目まで毎年、その後は2年毎に10年まで。

膀胱癌の再発リスク分類

低リスク	単発、初発、3cm未満、Ta、低悪性度、CISなしの全てを満たす
中リスク	低リスク・高リスク以外
高リスク	T1、高悪性度、CISありのいずれかを含む