

## 膀胱癌に膵臓癌を合併した多重癌（重複癌）の事例

キーワード：膀胱癌、膵臓癌、多重癌、読影報告書

### 1. 事例の概要

70歳代 男性

患者は泌尿器科で表在性膀胱癌の治療を受けていた。受診8カ月目に腹部造影CT検査を受け、放射線科読影医による読影報告書で「膵尾部病変の精査の必要性」が指摘されていたが、泌尿器科主治医は「明らかな悪性所見ではなく緊急性は無い」と判断し、その時点で精査はせず経過観察とし、膀胱癌再発の治療に専念した。その約5カ月後に肝転移・膵臓癌が発見され、その約1カ月後に膵臓癌で死亡したものである。

### 2. 結論

#### 1) 経過

残尿感と排尿時痛のため、かかりつけの診療所を受診。尿細胞診でクラスⅣとなり、当該病院泌尿器科外来を紹介受診した。

受診2カ月目に経尿道的膀胱腫瘍切除術（膀胱生検）が行われ、表在性膀胱癌と診断され、その後治療が開始された。

受診8カ月目の膀胱鏡検査では異常がなかったが、尿の細胞診はクラスⅢとなり、腹部造影CT検査が行われた。検査実施後すぐに、主治医は「腎・腎盂・尿管に異常所見なし」と患者に説明した。放射線科読影医が読影報告書を作成し、「膵尾部に low density mass あり。造影効果はほとんどみられない。精査してください。」と記載した。主治医はこの報告書を確認し、外来カルテに貼付した。主治医は「明らかな悪性所見ではなく緊急性は無い」と判断し、膵尾部に関しては経過観察とし、半年後に腹部造影CTを行う方針とした。「精査してください」という指摘があったことを患者・家族には説明しなかった。

受診10カ月目の膀胱鏡検査で膀胱癌の再発が認められ、尿の細胞診もクラスⅤとなった。

受診12カ月目に再発膀胱癌に対して経尿道的膀胱腫瘍切除術が行われた。

受診14カ月目に心窩部痛があり、かかりつけの診療所で腹部エコーを行い、多発性肝腫瘍が認められ、泌尿器科外来に紹介された。腹部エコーおよび腹部造影CTで「転移性肝癌、膵尾部癌、腹腔リンパ節転移、腹水」と診断され、受診8カ月目の読影報告書で指摘されていた病変が悪化していることが明らかになり、消化器内科主治医から説明が行われた。手術適応はなく、抗がん剤内服治療が開始された、しかし食欲低下・倦怠感が出現したため、抗がん剤内服治療は中止され、ステロイド投与が開始された。黄疸・嘔吐が出現し、緩和ケア病棟に入院し、入院翌日に意識混濁し永眠された。

#### 2) 解剖結果

膵尾部に発生した癌が肝に広範な転移をきたし、腹膜、胸膜、心膜に播種をきたしたことを確認した。本例は受診8カ月目にCTで膵尾部に低吸収域を示す病変を指摘されている。この病変は、解剖時の膵尾部癌中心部の広がり具合に合致し、かつ解剖時には周囲組織に浸潤が広がり、脾静脈腫瘍塞栓、脾臓内への進展、広範な肝転移を伴っていた。

膀胱癌については、解剖時、膀胱粘膜には病変が認められなかったが、膀胱頸部、左側壁の筋層に癌が残存し、周囲組織、リンパ節に転移がみられた。

#### 3) 死因

死因は膵尾部癌による癌死。

#### 4) 医学的評価

膀胱癌に関する一連の診療は、膀胱癌診療ガイドライン（日本泌尿器科学会、2009年版）に沿ったものであり、標準的な治療である。

受診8カ月目の腹部造影CTの読影報告書の「膵尾部に low density mass あり。造影効果はほとんどみられない。精査してください。」という記載を、主治医は「明らかな悪性所見ではなく緊急性は無い」と判断し経過観察としてしまった。主治医が専門外の膵臓所見について判断してしまい、消化器内科に精査依頼をしなかったことには医学的妥当性がない。

この時点で膵尾部癌の大きさは38mmであり、その後半年の間に最大径55mmと急激に増大し、肝臓内転移・腹腔内リンパ節転移もきたした。膵臓癌が発見されたときには、手術適応はなかった。受診8カ月目の時点なら外科的治療が可能であったかもしれないが、浸潤性膵管癌は浸潤・転移傾向が極めて強く、手術治療により予後が改善されたか否かは明らかではない。

### 3. 再発防止への提言

今回の事例では、放射線読影医が膵臓病変に気づき、泌尿器科医もその画像所見を確認していた。そこで、当該病院においては、再発防止策のため次のルールを徹底することが提言された。

#### 1) 精査してください等のアドバイスがあった場合の取り扱い

再発防止策の第一は、当該病院内の会議において周知された次のルールを徹底することである。病理診断報告書および放射線読影報告書で「精査してください等のアドバイスがあった場合の取り扱いについて」

(1) 当該科が専門としている部位については、方針決定に関する判断は科内で可能である(専門医は単独でも判断可能、または上司に相談する、診療科内のカンファレンスで検討する)。

(2) 当該科だけでなく他の診療科にも関係する部位については、必要に応じ他の診療科と相談する。

(3) 当該科が専門としない部位に関しては、専門の診療科に紹介する。

#### 2) 読影報告書に求められるメッセージ性

読影報告書には正確な読影所見とともにそのメッセージ性が求められる。メッセージはより伝わりやすい次のような表現となることが望ましい。

##### (1) 病変の記載

部位、性状、大きさ、周囲組織との関係がわかるように記載する。特に複数解釈ができるような表現は使わない。必要に応じて矢印や丸印などの記号を活用する。過去に検査が行われている場合には、過去の所見と比べて「病変の出現、病変の増大・縮小、病変の性状の変化など」について記載する。

##### (2) 何が疑われるのか、何の可能性があるのか

例：癌の所見に合致する、癌の疑いが高い、癌の可能性が高い、癌の疑いがある、癌の可能性はある、まれながら癌の可能性はある、

##### (3) 今後の診療に対するアドバイス

例：精査してください。要精査。専門診療科に相談してください。造影検査を追加してください。

#### 3) 患者・家族への治療経過の説明について

泌尿器科医は CT の膵臓病変について緊急性はないと判断し、所見があったことも患者や家族に伝えていなかった。現在行っている膀胱上皮がんの治療とは無関係で、緊急性がないと判断された状況においても、画像等に異常所見がある場合はその所見および今後の対応等について説明を行う必要があったと考える。

日常診療の中では画像上の異常が指摘されても、治療を要する明確な病気であるか否か診断できないことはありうる。しかしその場合でも、患者・家族との情報共有を行いつつ検査や治療を実施していくことにより、望ましくない結果が生じた場合においても理解が得られやすくなると考えられる。従って、患者・家族と可能な限りきめ細かい情報共有を図ることができる組織運営体制の確立が望まれる。

今後、読影結果を確実に診療に生かすためには、当該病院の再発防止の提言を実施する体制の構築と着実な実施が望まれる。

### (参 考)

#### ○地域評価委員会委員 (9名)

評価委員長	日本消化器病学会
臨床評価医	日本泌尿器科学会
臨床評価医	日本消化器病学会
臨床評価医	日本消化器病学会
臨床評価医	日本外科学会
解剖担当医	日本病理学会
医療安全関係者	医師
医療安全関係者	看護師
有識者	弁護士

○評価の経緯

地域評価委員会を1回開催し、その後において適宜、電子媒体にて意見交換を行った。