

症例報告書

症例区分（※主たる1つのみ選択、複数選択不可）

- ①身体症状（疼痛）
 ②身体症状（疼痛以外）
 ③精神症状
 ④せん妄
 ⑤終末期の鎮静
 ⑥社会的な関わり
 ⑦スピリチュアルな関わり
 ⑧その他（ ）

患者年齢 65 歳 性別 男・女 診療施設名 ABC 病院

認定研修施設

【診療形態】外来（緩和ケア・一般）、入院（緩和ケア病棟・一般病棟[緩和ケアチーム 有・無]）、在宅ケア

【介入の経緯】院内から紹介、院外から紹介、直接受診

【主に緩和医療を提供した期間】2006年12月～2007年6月

【転帰】外来（緩和ケア・一般）、在宅ケア、転院（緩和ケア病棟・一般病棟）、死亡（看取り 有・無）

確定診断名（主病名および副病名）

- #1. 直腸がん術後再発
- #2. がん性疼痛
- #3. 転移性脊椎腫瘍
- #4. 下肢麻痺

【コンサルテーションの目的】疼痛コントロール

【介入時の主訴】会陰部痛、腰痛

【既往歴】特記すべきことなし

【家族歴】父：直腸がん（70歳時死亡。患者が看取った。）

【生活歴】71歳の夫と二人暮らし。息子が二人いるがともに独立し、隣県に在住。

【介入時までの現病歴】

2005年5月、直腸がんの診断のもとに、当院消化器外科にて低位前方切除術および人工肛門造設術施行。P-stageⅢだったため、術後補助療法を半年間施行。術後1年で会陰部痛出現、腫瘍マーカー上昇、CTにて局所再発、及び多発性肝転移を認めた。ロキソプロフェン1回60mg, 1日3回が処方され、局所再発部に放射線治療（以下RT）30Gy施行後、5-Fu, 1-LV, オキサリプラチン、ベバシズマブによる全身化学療法を10回施行。一時腫瘍マーカー低下し、CT上肝転移は縮小したが、最近会陰部痛に加えて腰痛も出現、MRIにてRT施行した局所再発部が増大し仙骨へ浸潤していることがMRIにて確認され、病状進行と判断された。オキシコドン徐放製剤（以下OXC）1回10mg, 1日2回で追加処方されたが会陰部痛、腰痛いずれも軽減しないため、2006年12月、疼痛コントロール目的に緩和医療科に紹介となった。

【介入時の現症】

紹介時、痛みのためPSは2。会陰部痛、腰痛とも責任病巣は仙骨前面からS3, 4に浸潤する大きさ6cm程度の再発腫瘍で、会陰部を中心に幅5cmの同心円状にしびれた感覚を伴ったNumerical Rating Scale（以下NRS）で6/10の鈍痛があり、腰痛は体動時に増強する傾向（NRS 7/10）があったが足先への放散痛はなく、落ち着いている時はNRS 4/10程度であった。

他の画像所見として、少量の腹水貯留と腸間膜リンパ節が多数腫大しており、がん性腹膜炎の状態と考えられた。骨シンチではS3, 4以外に左腸骨、Th7、Th12、右第9肋骨に集積を認め、多発性骨転移と考えられた。肺転移なし。採血データでは、Hb 9.8g/dlと軽度貧血を認めた以外血算は基準値内、AST 85IU/l, ALT 52IU/l, ALP 547IU/l, LDH 452IU/l, BUN 18mg/dl, Creat 0.81mg/dl, Ca 9.6（補正Ca 10.1）mg/dlと軽度肝機能障害を認めたが、腎機能、Ca値は正常であった。

【介入後の経過】

紹介時の鎮痛剤はロキソプロフェン1回60mg, 1日3回とOXC1回10mg, 1日2回であったが、疼痛コントロール不十分だったため、紹介日より1回20mg, 1日2回に増量し、疼痛増強時用の薬剤が処方されていなかったため、オキシドロン速放剤を1回5mg服用とした。嘔気、便秘等の副作用は管理可能であった。レスキュー回数を目安にOXCを80mg/dayまで増量し、鎮痛補助薬としてアモキサピン1回50mg, 就寝前を併用したところ、会陰部痛NRS 2~3/10、腰痛は体動時でもNRS 4/10と軽減した。当科と消化器外科との併診のもと、紹介医は5-Fu, 1-LV, イリノテカンによる化学療法（以下FOLFIRI療法）を開始したが、6回終了時には腫瘍マーカーはやや増加し、画像上も肝転移増大、腹水増量を認めた。会陰部痛や腰痛は体動時を含めて明らかな増強は認めなかった。2007年4月、患者は起床時に背中痛みと下肢のしびれ感を自覚、足を動かしにくい感じがした。午後になるとほとんど立てなくなったため消化器外科受診。MRIにてTh7が圧迫骨折を起こし、同レベルで脊髄圧迫所見を認めたため、同科に緊急入院。入院と同時に緩和ケアチームの介入も開始された。デキサメタゾン24mg/dayの点滴を開始したが症状は進行し、下肢は完全麻痺となった。3日後に放射線科を受診し、緊急放射線照射が開始された。合計10回30Gy照射されたが、麻痺は改善しなかった。発症が突然であり、不安や夜間不眠など患者に動揺がみられた。今後の治療方針は本人、家族を交えて相談し、消化器外科医は薬剤を変更して化学療法を継続することを提案、本人も治療に積極的だったが、家族には生命予後1~3ヶ月以内との説明が事前にされていたこともあり、結局自宅近くの緩和ケア病棟のある病院に転院する方針となり、同年6月に転院された。

【考察】

直腸がん術後再発で、局所病変を原因とする会陰部痛のコントロールから緩和医療科として介入が始まり、下肢麻痺による緊急入院後は緩和ケアチームとして継続的に介入できた事例である。依頼元の消化器外科との併診体制は、医師間の連携がうまく機能し、疼痛コントロールを行いながら通院にて化学療法を施行できるなど、適切な役割分担ができていたと考えられる。しかしながら、背部痛と下肢のしびれ感が突然発症し、当院では整形外科はあるものの転移性脊椎腫瘍の手術は不可能であり、進行が急激で翌日には完全麻痺となり、3日後にRTが開始されたものの、機能回復には至らなかった。振り返ってみれば、FOLFIRI療法でPDが確認された時点で脊椎病変だけでもMRIでフォローしておけば、下肢麻痺になる前にRTなどを検討できた可能性がある（Morita T. Lancet Oncol 2013）。また、Th7へのRT終了後の治療方針の相談の場で、患者本人が希望していたにもかかわらず生命予後を含めた情報提供が消化器外科医からなされなかった点は、患者の意思決定が十分な納得の下に行われたものかどうかに関して疑問が残る。実父が直腸がんで患者が看取ったことを考えても、緩和治療医としては患者の希望通りに情報提供を行いたかった。病状説明は、それまでの治療経過から消化器外科医が行う方が自然ではあるが、併診体制をとっている場合、緩和治療医がどこまで関わるのが妥当だったのかについて、今後検討する必要があると考える。

【本例から学んだこと】

緊急入院後の放射線治療が奏効せず両下肢麻痺になってしまったという心理的苦悩と化学療法への望みとのほさまにあった患者は、最終的に緩和ケア病棟を選択したが、このことから、EBMを超えた患者・家族の選択を支援することの重要性を学んだ。脊椎転移患者は、非骨病変がPDとなった時点で骨病変の評価を行うべきだったこと、患者が希望する情報提供がなされるように配慮することがポイントであったと思われる。

記 載 者：氏名 〇〇 〇〇

指導責任者：（本症例診療時の責任者の署名・押印）

認定研修施設の場合 ○ ○ ○ ○ ○ ○ 氏名 〇〇 〇〇 印

認定研修施設ではない場合 施設長 氏名 印

認定研修施設外研修の場合 暫定指導医・専門医 氏名 印