3 下部尿路症状（頻尿・尿失禁）

▶臨床疑問 3

がんの浸潤による頻尿・切迫性尿失禁に対して，有用な治療法はあるか？*

推奨

①がんの浸潤による頻尿・切迫性尿失禁を有する患者に対して，水分摂取調整などの行動療法を行い，可能な限り症状の緩和を図ることを推奨する。

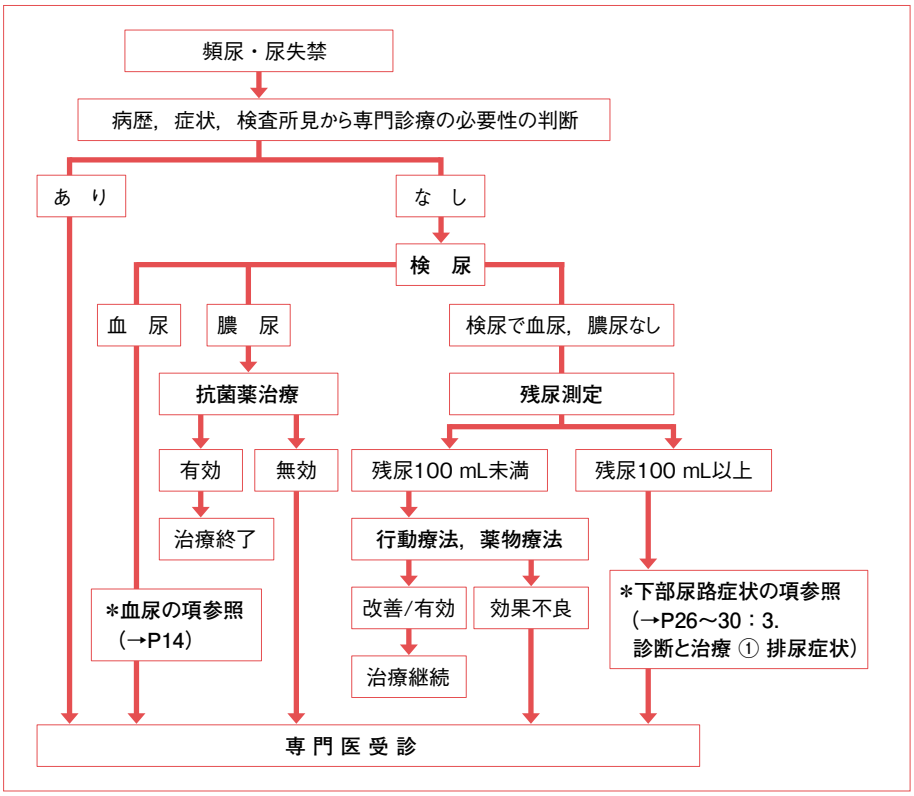
1D（強い推奨，とても弱い根拠）

②がんの浸潤による頻尿・切迫性尿失禁を有する患者に対して，抗コリン薬もしくは β_3受容体作動薬による薬物療法を考慮する。

2D（弱い推奨，とても弱い根拠）

＊：**臨床疑問 3**
P：がんの浸潤による頻尿・切迫性尿失禁を有する患者
I/C：薬物療法，生活指導，カテーテル管理
O：症状緩和/QOL

● 頻尿・切迫性尿失禁の診療アルゴリズム



〔日本排尿機能学会 過活動膀胱診療ガイドライン作成委員会 編．過活動膀胱診療ガイドライン第2版，リッチヒルメディカル，2015; p12[2] より引用改変〕

解 説

pollakisuria（頻尿*1），urinary incontinence（尿失禁*2），overactive bladder（過活動膀胱*3），neoplasms（悪性疾患），palliative care（緩和ケア），end of life care（終末期ケア）などをキーワードとして文献検索を行い，その参考文献を含めて 4 編を引用し，さらに過活動膀胱診療ガイドライン第 2 版を参考にした。

がん患者に生じる頻尿・尿失禁は，これまで軽度であった症状ががんの進行による全身状態の悪化，日常生活動作（ADL）の低下に伴い顕在化，悪化した場合と，がんが進行し尿路への浸潤により頻尿・尿失禁が生じたものとに大別されるが，今回の臨床疑問はがんの浸潤による頻尿・切迫性尿失禁の対応に限定して述べる。

がん患者や終末期における頻尿・切迫性尿失禁の治療に関する文献は，症例報告や専門家の意見などエビデンスレベルの弱いものを認めるのみであり，「生活指導，薬物療法が推奨される」患者背景を導き出しうる報告は見出せなかった。一方で生活指導，薬物療法について，がん患者は非がん患者と比して有意に有効性が劣るという報告も見出せなかった。

前立腺がん患者と前立腺肥大症患者との比較研究で，尿道留置カテーテルを用いることでの両者間の生活の質（QOL）に関して優劣は認めない，とする報告[1]があるが，頻尿・切迫性尿失禁の治療においてはがん患者と非がん患者間での違いを評価できる報告は見出せなかった。

いずれにせよ，がんの浸潤による頻尿・切迫性尿失禁に対する治療に関してはこれまで十分に検討されておらず，過活動膀胱診療ガイドライン第 2 版[2]の方向性を超える文献はないと考えられる。したがって，がんの浸潤による頻尿・切迫性尿失禁は基本的に過活動膀胱とは異なる病態であることを理解し，患者の病勢や全身状態，専門的がん治療で対処可能かどうかを検討したうえで，過活動膀胱診療ガイドライン第 2 版に記載されている診断や治療法を参考にして症状緩和を図るとよいだろう。

過活動膀胱診療ガイドライン第 2 版では，一般医家向けアルゴリズムとして頻尿・尿失禁に対して基本評価で血尿や膿尿の有無，基礎疾患の存在を検討し，残尿が少ないことを確認し過活動膀胱と診断されれば，その治療としてまず行動療法が推奨され，水分摂取調整，便秘治療などの生活指導，膀胱訓練*4，骨盤底筋訓練*5などが推奨されている。次に薬物療法としては抗コリン薬もしくは β_3受容体作動薬が推奨されている。

そして高齢者，全身状態が脆弱な患者の過活動膀胱治療に関しては，治療のゴールは治癒ではなく QOL の向上，維持，苦痛の緩和であり，合併症の病勢やその他の尿路症状も混在し，治療は患者の状態により多岐にわたることが述べられており，終末期がん患者でも同様に対応する必要があると考えられる。

したがって，がんの浸潤による頻尿・切迫性尿失禁を有する患者に対して，侵襲性の少ない行動療法から開始し，症状の重症度に伴い，速やかに過不足なく薬物療法を併用していくことが治療の主体になる。ただし羞恥心などから重症になって初めて周囲に症状を訴えたり，がんの進行から急速に重症化する場合もあり，重症例では当初から両者の併用を検討するなど個別的に対応することが必要となる。

行動療法においては排尿の状況を問診，排尿日誌，残尿測定などにより十分に評価したうえで，全身状態を勘案し患者の QOL に配慮しつつ，輸液制限や水分摂取

*1：**頻　尿**
排尿回数が多すぎるという患者の愁訴。日中の排尿回数が 8 回以上あれば頻尿と考えてよい。

*2：**尿失禁**
尿が不随意に漏れることをいう。原因により，切迫性，腹圧性，混合性，溢流性，機能性，真性に分類される。

*3：**過活動膀胱**
尿意切迫感を伴う，頻尿・夜間頻尿。感染や他の明らかな病的状態を認めないもの。切迫性尿失禁を伴うこともある。

*4：**膀胱訓練**
尿意が起きても 5〜10 分間我慢してから排尿することで定時排尿，排尿間隔の延長を図るもの。

*5：**骨盤底筋訓練（体操）**
肛門挙筋，肛門括約筋，尿道括約筋，膣周囲の横紋筋からなる骨盤底筋群を随意に収縮する方法。

調整などの行動療法を行うことが推奨される。

薬物療法に関しては，終末期がん患者では抗コリン薬の副作用（口渇，便秘など）で患者のQOLや全身状態が悪化することがあると指摘[2]されており，薬物療法を選択する際には副作用に十分留意しつつ，低用量から開始するなど投与量を配慮し，治療効果を評価し，継続の是非，投与量の調整あるいは治療薬変更を検討することが重要である。薬物療法としては抗コリン薬（経口薬または貼付薬）もしくはβ_3受容体作動薬（経口薬）を考慮するのがよいと考えられる。

一方で排尿・採尿方法として男性の場合urisheath（Conveen®：コンドーム型採尿器）が有用であったとの報告[3]もあり，やむを得ずおむつや尿道留置カテーテルによる排尿管理を選択する場合でも，最期まで尿を周囲に漏らさず自分自身で排泄したいという患者の思いを尊重し，患者の不快感，拒否感に配慮し，生活環境の整備，採尿方法の工夫をする必要がある。

がんの浸潤による頻尿・切迫性尿失禁に対する生活指導，薬物療法などの治療法は個々の患者背景に即してその長所・短所を本人，家族，介護者に十分に説明したうえで提案，選択していくことが重要であることは症例報告や症例集積研究などの文献[4,5]で繰り返し述べられている。症状出現の早い段階から，治療選択までのプロセスを丁寧に積み重ね，患者・家族の理解と納得，受容が得られるように努めていく必要がある。

（大和豊子，中村一郎）

【参考文献】

1）Jakobsson L. Indwelling catheter treatment and health-related quality of life in men with prostate cancer in comparison with men with benign prostatic hyperplasia. Scand J Caring Sci 2002；16：264-71
2）日本排尿機能学会 過活動膀胱診療ガイドライン作成委員会 編．過活動膀胱診療ガイドライン第2版，東京，リッチヒルメディカル，2015
3）Walton A. Managing overactive bladder symptoms in a palliative care setting. J Palliat Med 2014；17：118-21
4）Flaherty JH. Urinary incontinence and the terminally ill older person. Clin Geriatr Med 2004；20：467-75
5）Harris A. Providing urinary continence care to adults at the end of life. Nurs Times 2009；105：31-4