

第2回 前立腺肥大症の 診断と治療

「排尿の話」

埼玉社会保険病院泌尿器科部長
東京大学医学部非常勤講師

石井 泰憲

今回は、前立腺肥大症の診断と治療についてお話しします。まず、前立腺肥大症の診断ですが、患者さんの問診から始めます。

排尿の状態を客観的に把握するには、国際前立腺症状スコア (IPSS) がよいと思います。①残尿感、②頻尿、③尿線の途絶、④尿意切迫感、⑤排尿の勢いの減弱度、⑥腹圧の必要性、⑦夜間頻尿について(表1)、それぞれの項目を0~5のスコアで示します。最大スコアは35で、0~7が正常もしくは軽症、8~20が中等症、21以上が重症です。さらに排尿困難の症状が進むと、膀胱に尿が膨満して尿がタラタラと溢れて漏れ出てくるようになる「溢流性尿失禁」を呈すこともあるし、膀胱から全く尿が出せなくなると、下腹部が膨隆して、疼痛を訴えて苦しむ「尿閉」にもなることがあります。

既往歴では、脳疾患(出血、血栓、梗塞)、脊髄疾患、骨盤内手術、糖尿病、性行為感染症などの有無も聞いてください。中枢神経障害がなくても、膀胱、直腸などの骨盤内手術では膀胱を支配している神経が手術時に損傷を受け、膀胱の働きが悪くなり、尿を出せなくなることがあります。糖尿病でも知覚神経の障害により膀胱の充満感が自覚できないために、残尿が増え、排尿障害を起こします。若いときの性行為感染症の淋病は歳をとってから尿道狭窄を起こし、排尿が悪くなる場合があります。

薬剤による排尿障害も多いので内服薬の服用状態も考える必

要があります。膀胱の収縮力を弱くする「副交感神経遮断作用」をもつ薬剤としては、鎮痙薬(ブスコパン®)、消化性潰瘍治療薬、三環系抗うつ薬、パーキンソン病治療薬、頻尿・尿失禁治療薬(バップフォー®、ポラキス®)、抗不整脈薬(リスモダン®)、抗ヒスタミン薬などがあります。膀胱の出口を収縮させすぎて排尿困難を起こす「交感神経刺激作用」をもつ薬剤は、風邪薬(葛根湯)、気管支拡張薬(スピロベント®)などです。中枢神経系に抑制的に作用する薬剤にはトランキライザーがあります。この他にも排尿に関係する薬剤は数多くありますので、ご注意ください。

これらの既往歴、服用薬は前立腺肥大症との鑑別診断に必要ですし、排尿障害の増悪因子にもなりますので、ぜひともチェックしておいていただきたいと思います。

診察は直腸内触診で前立腺を触診するのが一番です。正常の前立腺はクルミ大で、拇指球の硬さです。前立腺肥大症は鶏卵大、さらには鶯卵大と大きくなっていきます。前立腺癌では石様状に硬い結節状の硬結を触れます。

検査は尿検査では尿沈渣まで行い、顕微鏡的血尿があれば、膀胱癌などの鑑別診断が必要になります。

血液生化学検査では血清クレアチニン、前立腺特異抗原(PSA)を必ず検査します。血清クレアチニンで異常があれば、腎機能障害にまで及んでいることが考えられるので、早急に治療が必要になります。前立腺癌の腫瘍マーカーであるPSAが上昇していれば、前立腺癌の可能性を考え、前立腺生検などが必

表1 排尿困難の指標(国際前立腺症状スコア; IPSS)

過去1ヵ月の排尿について	なし	5回に1回未満	2回に1回未満	2回に1回位	2回に1回以上	ほとんどいつも
1. 排尿後、尿がまだ残っている感じがありましたか	0	1	2	3	4	5
2. 排尿後、2時間以内にまたトイレに行かねばならないことがありましたか	0	1	2	3	4	5
3. 排尿の途中で、尿が途切れることがありましたか	0	1	2	3	4	5
4. 排尿をがまんするのがつらいことがありましたか	0	1	2	3	4	5
5. 尿の勢いが弱いことがありましたか	0	1	2	3	4	5
6. 排尿開始時にいきむ必要がありましたか	0	1	2	3	4	5
7. 床に就いてから朝起きるまで普通何回トイレに行きましたか(回数=得点)	0回	1回	2回	3回	4回	5回

1から7までの合計点

- 0~7点...正常もしくは軽症
- 8~20点...中等症
- 21点以上...重症

点

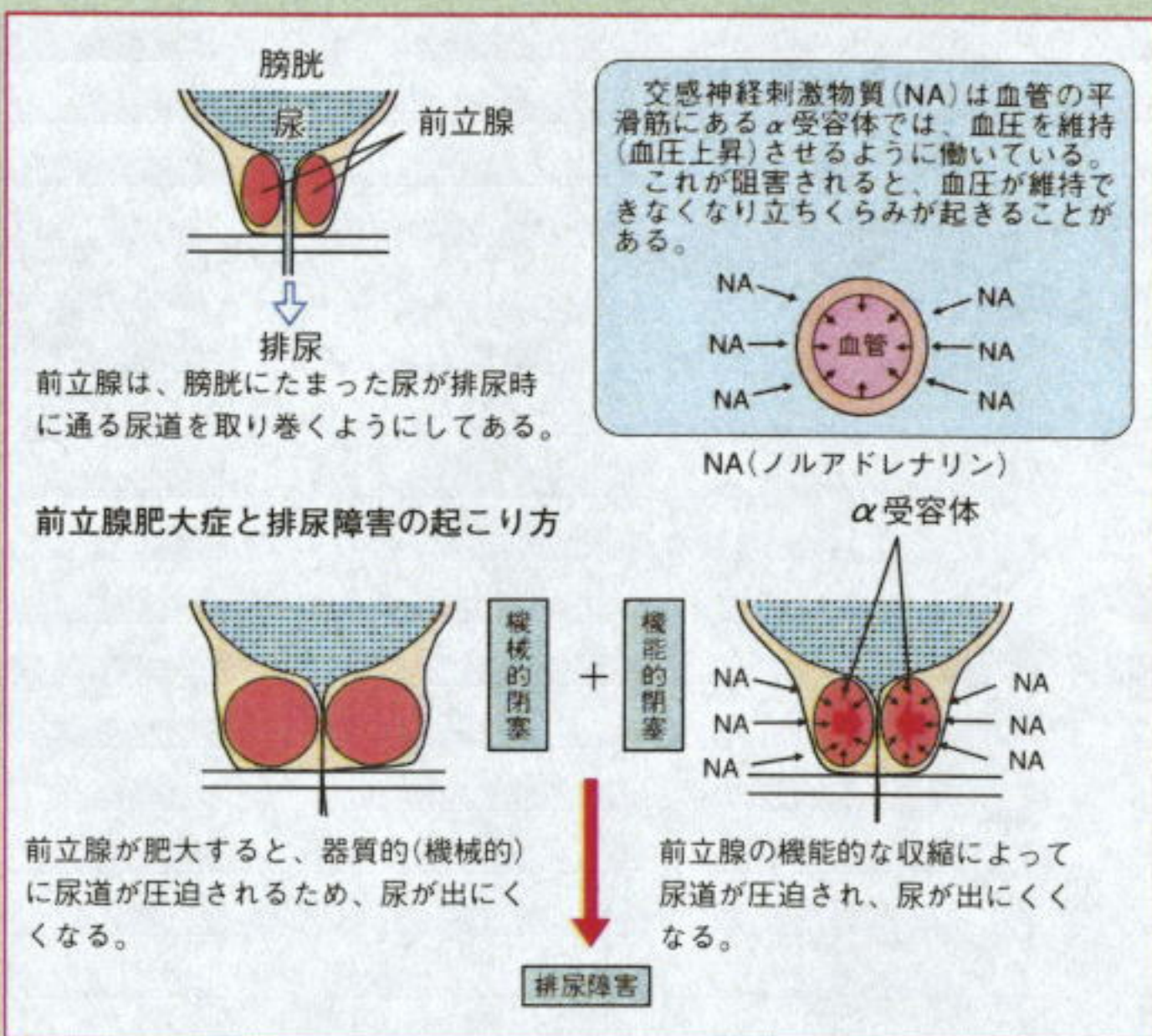


図1 前立腺と排尿困難

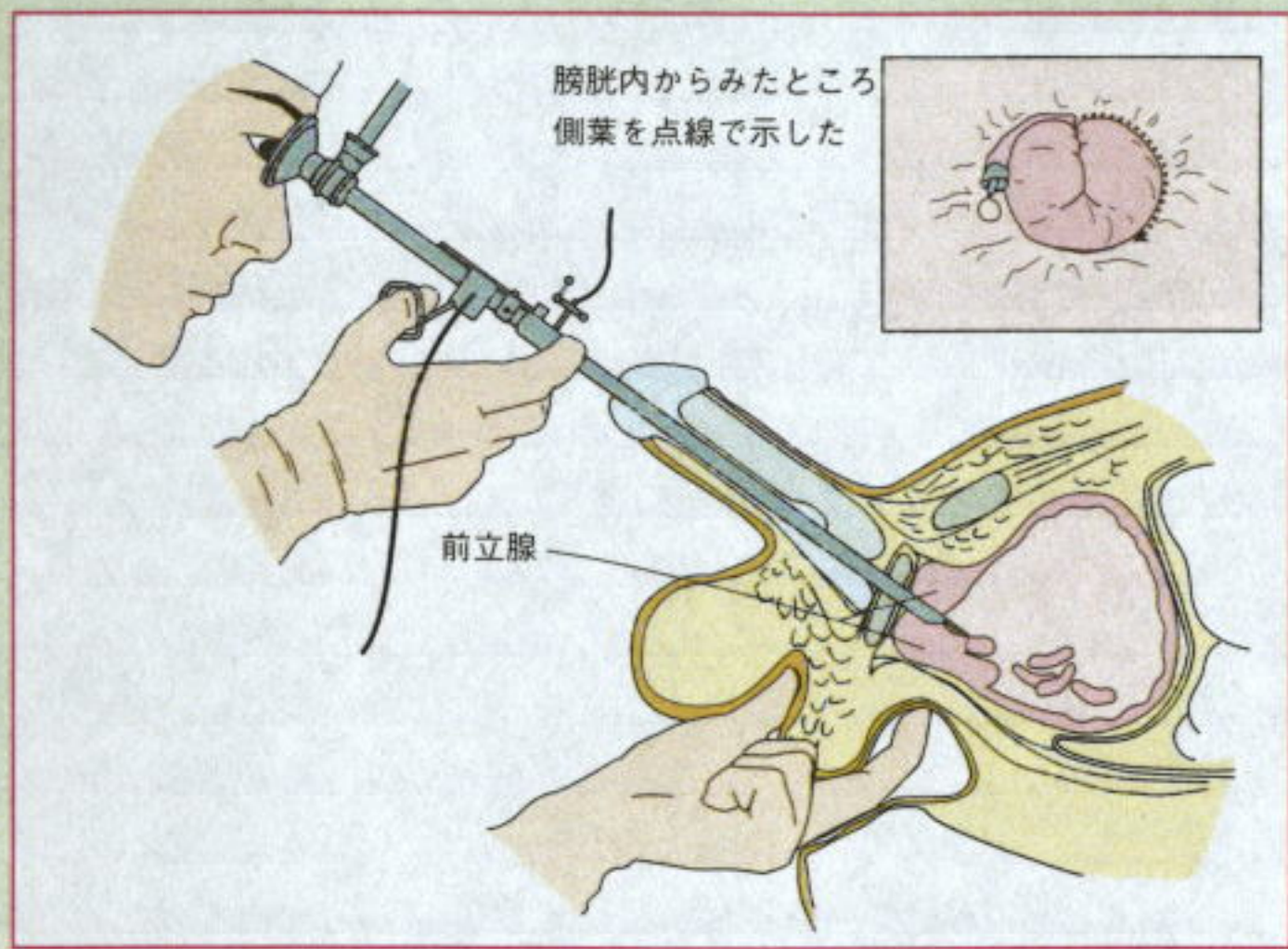


図2 経尿道的前立腺切除術(TUR-P)

要になります。

さらに、泌尿器科では、排尿の状態を尿流測定、残尿測定、内圧尿流測定で検査し、画像検査として腹部エコー、経直腸的エコー、排泄性腎盂造影、尿道造影で尿路の検査も行っています。診断が困難だったり、治療効果が上がらなかったら、泌尿器科専門医にご相談ください。

以上のような方法で、前立腺肥大症の診断がつきましたら、治療を開始します。

最初に、薬物療法についてお話しします。最近では速効性がある交感神経の α_1 受容体遮断薬(ミニプレス[®]、ハルナール[®]、フリバス[®]、エブランチル[®]など)が使用されることが多いと思います。この薬は血圧の薬と同じで、自律神経に作用します。病気を根本的に治す薬ではなく、症状をコントロールする薬です。中止すると症状は元に戻ってしまいますので、飲み続ける必要があることを最初に患者さんに話しておいたほうがよいと思います。また前立腺の収縮は、体内にある交感神経刺激物質(ノルアドレナリン:NA)が前立腺の平滑筋にある α 受容体に作用することによって起こります。そのため α_1 受容体遮断薬は前立腺・尿道の平滑筋の収縮を抑制して、排尿をよくしますが、血管の平滑筋にも作用して弛緩させ、血圧も下げます(図1)。お風呂で急に立ち上がって低血圧発作を起こし、倒れて頭を打った患者さんもいます。血圧をみながら処方することも重要です。血管より前立腺に多く存在する α_{1A} 、 α_{1B} 受容体を選択性の高い薬剤(ハルナール[®]、フリバス[®])が出てからは少なくなっていますが、患者さんには急に立ち上がらずにゆっくり体を起こすように指導してください。

肥大した前立腺を縮小させる抗男性ホルモン(黄体ホルモン:プロスターール[®]、パーセリン[®])も治療に使います。効果発現までに3ヵ月以上かかり、小さな前立腺には効果が少ないのですが、大きな前立腺には α_1 受容体遮断薬にみられない縮小効果が認められます。副作用としてはホルモン剤のため勃起障害を起こす可能性があります。また、男性でも、このホルモン剤は女性の排卵後と同じ状態になるので、37℃前後の微熱、寝汗が出る場合があります。副作用として周知されていないようで、誤って内科で不明熱として治療されていることも多いので、前

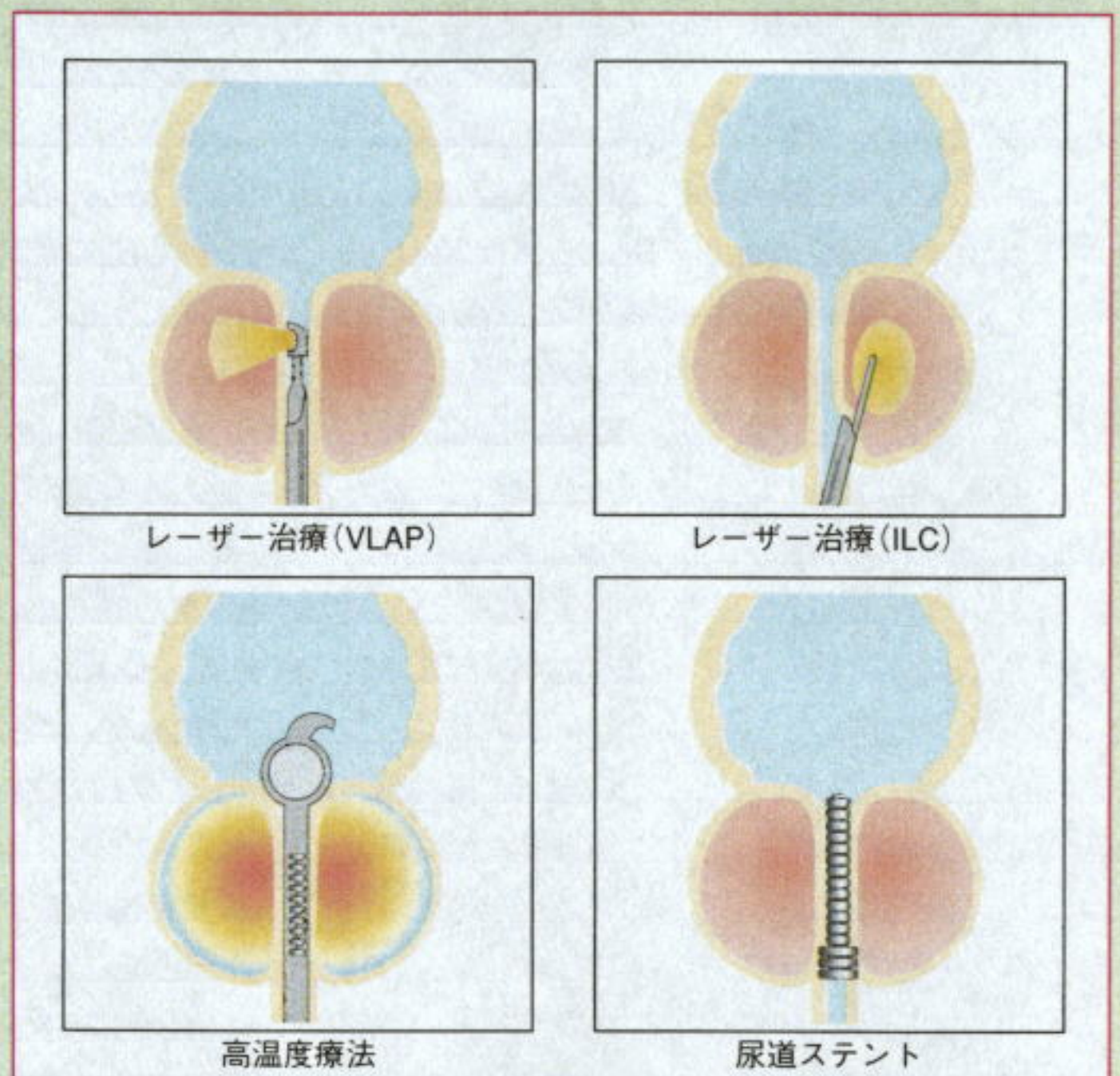


図3 新しい治療法

もって患者さんに話しておく必要があります。

夜間頻尿では、頻尿・尿失禁治療薬は残尿がないことをチェックしてから投与しないと尿閉になるので、慎重にしてください。夜間頻尿は就寝中に何度も起きて熟睡できないことが苦痛の原因ですから、睡眠導入薬(ハルシオン[®]、アモバン[®]、マイスリー[®])、抗不安薬(トリプタノール[®])を使うと、寝入りばなの1回目の睡眠が深くなり、3~4時間は熟睡でき、満足してもらえます。

この他には、植物の抽出剤(エビプロスタット[®])、漢方薬(八味地黄丸)などがあります。

こうした薬物療法で改善しない場合は、外科的療法の適応になります。尿道から内視鏡を挿入して電気メス(ループ)で前立腺を削る経尿道的前立腺切除術(TUR-P)が最も多く行われている手術です(図2)。最近では術後の尿道のカテーテル留置期間も3~4日と短くなり入院期間も短縮されていて、術中術後の疼痛もモルヒネの硬膜外注入で軽減されています。

電気メスではなくレーザーを尿道から照射して前立腺の組織を蒸散・凝固させる方法(VLAP、ILC)もあります(図3)。治療効果はTUR-Pに及びませんが、出血が少ないので合併症をもつ患者さんや、高齢者にも適応できるメリットがあります。

忙しくて手術入院する時間も取れない方には高温度療法があります。尿道から電子レンジで使われるのと同じようなマイクロ波を照射して前立腺を55℃ぐらいに加温します(図3)。この加温で α_1 受容体が破壊され、組織も凝固するので排尿障害が改善されると考えられています。

温度で形が変わる形状記憶のステントを前立腺尿道部に留置する尿道ステントは、簡単に自排尿が可能になる方法です(図3)。

前立腺肥大症の治療に関しては、薬物療法も外科療法も新しいものが出てきています。一度は泌尿器科専門医に診断を依頼して指示をもらったほうがよいと思います。