

最近の話題・トピックス

「前立腺肥大症の薬物治療」

泌尿器科 江原 英俊

私が泌尿器科医になった約30年前は、前立腺肥大症の治療薬は酢酸クロルマジノンと植物製剤ぐらいしかありませんでした。それが、1993年にタムスロシンが世に出て(その前に1989年にプラゾシンが効能追加しました)、以後、 α 1ブロッカーとして、ナフトピジルとシロドシンが上市されました。さらに、5 α 還元酵素阻害剤のデュタステリドが2009年から本邦で薬価収載され、PDE(ホスホジエステラーゼ)5阻害剤のタダラフィルが2014年に前立腺肥大症の治療に使えるようになりました。

それではこのような異なった機序の薬剤を、臨床医はどのように使い分ければよいのでしょうか。最新のガイドラインであるヨーロッパ泌尿器科学会のGuidelines on Non-Neurogenic Male LUTS Including Benign Prostatic Obstruction (2015年3月改訂)を参考に、私なりに臨床経験に基づいて考えてみました。

まず治療開始前に大事なことは検尿です。血尿を認める場合は、膀胱結石や膀胱癌の可能性があります。抗菌剤で改善しない膿尿も注意が必要です。尿所見の異常を認める例では、その原因を確認しておく必要があります。次に2年ほどPSAを測定されていない場合は、PSAを測定された方がよいと考えます。それから、泌尿器科専門医以外の先生方には煩雑かと思いますが、排尿日誌は頻尿の診察には大変重要なツールです。頭の片隅に憶えておいただければ嬉しいのです。

最初は夜間頻尿が主訴で、なおかつ排尿困難等の排出症状が乏しい患者さんです。夜間覚醒時の1回排尿量が多い場合は、特に昼間の1回尿量よりも多い場合は、夜間多尿を疑います。逆に少ない場合は、過活動膀胱や間質性膀胱炎などの疑いがあり、どちらも前立腺肥大症とは関連性が低い可能性があります。後者で尿意切迫感を伴っていれば、私は初めに副作用として尿閉が少ない選択的 β 3アドレナリン受容体作動薬のミラベグロンを投与してみます。

二番目に夜間頻尿があり、排尿困難や残尿感などの排出症状の訴えを伴っている場合は、腹部超音波検査を行います。前立腺体積が30mL以上ではデュタステリドの適応があります。ただし即効性には難がありますので、早急な症状緩和を期待する場合は α 1ブロッカーの併用を行っています。デュタステ

リドは前立腺肥大症に投与しますと、6ヶ月ほどでPSAを投与開始前の半分の値に低下させます。半年たってもPSAが半減せず、逆に上昇するようでしたら、前立腺癌の精査が必要になります。

一方、排出症状があつて前立腺体積が30mL未満でしたら、 α 1ブロッカーを第一選択にしています。 α 1ブロッカーの第一選択にどれを用いるかは難しいです。私の印象ではシロドシンが一番即効性がありそうですが、下痢と射精障害の頻度が高いことに注意が必要です。またどの薬剤もめまいや口渇が数%におこります。PDE5阻害剤のタダラフィルも期待できますが、硝酸剤投与中の患者さんでは禁忌です。また、タダラフィルに関しましては、前立腺肥大症と診断した根拠として、最低でも残尿測定をした日時をレセプトに記載する必要があります。

排出症状が改善した後も、頻尿・尿意切迫感などの蓄尿症状が残っている場合は、ムスカリン受容体遮断薬(抗コリン剤)の併用を検討します。ただし、残尿量の増加や尿閉の危険性がありますので、併用する場合は少量から投与を開始します。未治療の閉鎖隅角緑内障がある患者さんでは抗コリン剤は禁忌となります。また、口渇や便秘などの副作用に注意が必要です。

最後に注意が必要な点は残尿量です。私が大学で習ったころは30mLが手術の適応になっていましたが、現在は100mL以下なら保存的治療をまず行っています。一方、私は200mLを超える場合、神経因性膀胱の合併を疑って検査を進めています。男性の場合、頻尿や尿失禁がある場合はエコーでの残尿量測定が重要です。

ヨーロッパ泌尿器科学会ガイドラインでの推奨度(一部改変)

中から重度の排尿困難例への α 1-ブロッカーの投与	A
前立腺体積40mL以上*の中から重度の排尿困難例へのデュタステリドの投与	A
中から重度の排尿困難例へのタダラフィルの投与	A
α 1-ブロッカーとデュタステリドの併用	A
α 1-ブロッカー投与で蓄尿症状残存例に対する抗コリン剤の併用	B
蓄尿症状が優位な例への抗コリン剤/ミラベグロンの投与(尿閉注意)	B

※本邦の国内臨床試験では前立腺体積30mL以上を対象としている

新任医師のご紹介

10月より

か の う き よ み つ
脳神経外科 助教 加納 清充





診療医のご案内



(平成27年10月1日現在)

診療科		月	火	水	木	金	土
消化器内科	初診	富江	八木	大洞	久保田/田中 (非常勤)	大島	担当医
	予約診	小島	大洞	小島	中畑	北江(博)	—
	予約診	八木	大島	富江	田中 (非常勤)	福田	—
循環器内科		瀬川	上杉	瀬川	上杉	次田	担当医
		八巻	伏屋	八巻	渡辺 (非常勤2・4週)	早川 (非常勤)	—
腎臓内科		大橋(宏)	大野	大橋(宏)	操	大野	大橋(宏)
総合内科		大橋(宏)	上野	操	操	操	大橋(宏)
糖尿病・内分泌内科		担当医 柳瀬	武田 柳瀬	武田 佐々木	担当医 佐々木・北江(彩)	担当医 武田・北江(彩)	武田 佐々木
呼吸器内科		森下 (非常勤)	舟口	舟口	舟口	豊吉 (非常勤)	—
外科		久米	川部	久米	中嶋	川部	担当医
		高橋	池田	池田	—	中嶋	—
乳腺外科	1診	川口	名和	川口	名和	川口 (2・4週目)	名和 (1・3・5週)
	2診	—	川口	名和	川口	名和	川口 (2・4週)
脳神経外科		石澤	郭	山下	石澤	担当医	郭
		山下	中川	加納	中川	—	加納
整形外科	初診	日下・河合	青芝	塚田	後藤	前田	担当医
	予約診	—	—	前田	河合	大友	—
	予約診	—	今泉	日下	—	日下 中嶋(午後)	今泉 (第1週)
	予約診	後藤	塚田	青芝	塚原	今泉	塚原 (第2週)
眼科	1診	伊藤 (非常勤)	—	奥村 (非常勤)	—	奥村 (非常勤)	—
	2診	—	矢田	矢田	矢田	矢田	—
泌尿器科		江原	土屋 (非常勤)	江原	江原	江原	—
婦人科		藤本	(予約制)	(予約制)	藤本	藤本	—
放射線治療科		大宝 (初診・再診)	—	大宝 (初診・照射中)	大宝 (再診)	大宝 (初診・再診)	—
歯科・口腔外科	初診	村松・本橋 大橋(静)	太田・樽沼 大橋(静)	中島・村松 関根	齋藤・樽沼 大橋(静)	本橋・村松 大橋(静)	太田・樽沼 村松

【ご案内】 ●診療受付時間は、全科8:00～11:30、ただし、初診の方は、11:00で受付終了。(救急・急患の場合は、この限りではありません。)
●年度変わりの時期や学会出張により、診療医が変更することがありますので、予め確認が必要である方は、お電話でお尋ねください。