

卒後研修プログラム 1. 子宮脱と尿失禁

3) 性器脱と機能障害：TFS手術について

湘南鎌倉総合病院 井上裕美

性器脱や尿失禁の治療対象となる患者さんの頻度は年々増加し、2007年の敬老の日に発表された65歳以上の女性1,575万人から手術を要する頻度を推測すると、約114万人以上の女性が手術を要する見込みである。

性器脱で来院する高齢者の苦しみは多くの場合、性器の下垂だけではなく、尿失禁をはじめさまざまな症状を伴っている。この疾患を治療する時に何故これらの症状が生じているのかを理解することが大事である。

1990年のPetrosとUlmstenの2人によって報告されたインテグラル理論はこれらの領域に新たな概念と治療法をもたらした。この理論からさまざまな手術が生まれた。1997年尿失禁のTVT手術にはじまり、2001年の性器脱に対するposterior-IVS、2005年の更に簡素な術式で、より直視下で行えるといわれているTissue Fixation System (TFS) sling等である。

この理論では骨盤底を女性の起立時の前から後方にかけて3つのゾーンに分けその各々にある3つの組織と症状との関係を指摘している。腹圧性尿失禁は主として前方ゾーン（外尿道靭帯、恥骨尿道靭帯、尿道下腔ハンモック）のダメージで生じ、頻尿と尿意切迫は後方ゾーン（仙骨子宮靭帯、会陰体、直腸腔筋膜）が主で、前方と中間ゾーン（骨盤筋膜腱弓、恥骨頸部筋膜、恥骨頸部筋膜に連続する子宮頸部リング）も関係する。我々の検討では尿意切迫は性器脱の約60%に合併し、TFS sling手術による主として後方ゾーンの補強によって約96%は改善された。

新たに開発されたTFS sling手術は従来行っていた子宮摘出術の施行の有無にかかわらず効果があり、また従来の方法より低侵襲的で、大きな合併症もなく、早期社会復帰が可能となりそうではある。

4) 骨盤内臓器脱と尿失禁

亀田総合病院 草西洋

尿失禁は通常直接生命にかかわることはないが、生活の質(QOL)を脅かす疾患で、精神的な苦痛や日常生活での活動性低下をもたらす。逆に尿失禁を治療し、軽快ないしは治癒させることで、苦痛を除き、生活範囲を広げ、生き生きとした生活を取り戻させることもできる（「尿失禁診療ガイドライン」より）。女性の尿失禁は切迫性尿失禁(urgency urinary incontinence (UII))、腹圧性尿失禁(stress urinary incontinence (SUI))、両者の混合性尿失禁に大別され、詳細な問診でほぼ診断可能である。骨盤臓器脱(pelvic organ prolapse (POP))は骨盤底支持組織の弛緩・脆弱化によって生じるが、SUIは尿道過可動(urethral hypermobility (HM))あるいは内因性尿道括約筋不全(intrinsic sphincter deficiency (ISD))により生じる。SUIの主な原因であるHMは骨盤底支持が弛緩して膀胱頸部が下垂し、腹圧が尿道へ伝播されないのが主な病態とされる(圧伝達理論)。またTVTスリング手術の根拠となるインテグラル理論でも中部尿道における支持靭帯弛緩により尿道

の機能的閉鎖が起こらないことがSUIの原因であるとされる。このようにPOPとSUIは病態的に近縁であり、臨床でもPOP患者での尿失禁症状の合併は多くみられ、また尿失禁患者での膀胱瘤の合併は多い。一方膀胱瘤患者では前壁下垂が高度であれば、排尿障害症状として尿勢低下、排尿途絶、残尿感、排尿困難がみられ、残尿が多量になると頻尿、尿意切迫症状もみられる。尿排出障害が生じている場合にはSUIの症状がマスクされてしまい、脱修復術後にはじめてSUIを生じることがある。このような場合をde novo SUIといい、高度な膀胱瘤の症例では術前の評価が重要である。したがって、POP治療の際には術後尿失禁の可能性について評価を行う。SUIが疑われるときは、膀胱瘤を戻して咳ストレステスト、尿パッドテスト、排尿日誌、チェーン膀胱造影検査、ウロダイナミクス検査などを実施する。しかし骨盤臓器脱手術時に尿禁制手術を併施するべきかどうかは意見が分かれるところである。