

前立腺肥大症手術

表の見方

日本泌尿器科学会認定施設1206病院を対象に調査し、2015年1年間の前立腺肥大症手術数が23例以上の病院を掲載した。また、手術数の内訳として、TUR-P(経尿道的前立腺切除術)、HoLEP(ホルミウムレーザー前立腺核出術)、PVP(光選択的前立腺蒸散術)、TUEB(経尿道的ハイポラ前立腺核出術)の症例数も併記した。

所在地	手術数	TUR-P	HoLEP	PVP	TUEB	常勤医数	主な医師名
板橋区	41	0	41	0	0	2	坂本英雄 河野義之
板橋区	145	13	132	0	0	13	横山大司 有澤千鶴
葛飾区	32	32	0	0	0	1	山田裕紀 坂東重浩
葛飾区	39	20	0	0	15	3	—
八王子市	43	0	43	0	0	3	—
八王子市	101	101	0	0	0	3	小路 直 中野まゆら
三鷹市	45	0	44	0	0	2	中村 雄
青梅市	39	39	0	0	0	2	岡本増巳 沼田幸作
府中市	25	25	0	0	0	6	長瀬 泰 佐藤雄二郎
町田市	43	43	0	0	0	3	菅谷真吾 吉良慎一郎
小平市	27	26	0	0	0	2	塚本哲郎 飯村康正
国立市	238	44	0	161	33	5	桑原勝季 中村健三
多摩市	57	0	57	0	0	3	小林秀一郎 矢野雅隆
福城市	24	24	0	0	0	3	松崎章二 堀永 実
相模原市	62	2	60	0	0	5	中島洋介 小杉道男
横浜市鶴見区	49	15	34	0	0	4	村上貴之 黒田晋之介
横浜市立区	23	20	0	0	3	6	太田統一 長田 裕
横浜市港北区	45	4	41	0	0	2	上杉達也 大森 圭
横浜市港北区	79	31	48	0	0	8	永田真樹 井上 淳
横浜市都筑区	25	4	0	0	21	4	松原英司
川崎市川崎区	31	1	30	0	0	1	宇田川 剛
川崎市川崎区	47	0	0	0	47	5	原 智 服部盛也
川崎市川崎区	46	44	0	0	0	—	池本 庸
川崎市幸区	36	2	34	0	0	1	鈴木理仁
相模原市緑区	28	28	0	0	0	3	宇都宮拓治 黒坂真二
相模原市南区	39	0	39	0	0	5	平山貴博
横須賀市	56	14	42	0	0	3	黄 英茂 高田治子
横須賀市	58	10	0	48	0	7	小林一樹 佐野 太
平塚市民病院	91	3	88	0	0	3	森 神太郎
藤沢市民病院	31	2	26	0	0	5	吉田利夫 高玉勝彦
厚木市立病院	70	70	0	0	0	3	鈴木正泰 轟 雲一
大和市立病院	60	60	0	0	0	4	三崎博司 川上稔史
伊勢原市	54	2	52	0	0	8	花井一也 河村好章
海老名市	24	24	0	0	0	4	小林博仁 牧 泰宏
松田町	36	36	0	0	0	3	渡邊岳志 畔越陽子
長岡赤十字病院	33	0	33	0	0	3	米山健志 鈴木一也
清生会三糸病院	61	1	60	0	0	1	金子公亮
柏崎総合医療センター	50	50	0	0	0	2	羽入修吾 乾 幸平
富山市	31	31	0	0	0	2	長坂康弘 長澤丞志
富山市	36	8	0	28	0	2	長谷川 徹 十三町 明

前15年目 特別号

2017 手術数でわかる いい病院

全国＆地方別 ランキング

高難症の手術は 余命を延ばしているのか

独自調査 6618 病院掲載

第105回 日本泌尿器科学会総会記録集

The 105th Annual Meeting of the Japanese Urological Association

2017年4月21日-24日

泌尿器科 大森圭先生ほか

HoLEPにおける尿禁制早期改善を目的とした前立腺尖部形成の検討



目的
ホルミウムレーザー前立腺核出術(HoLEP)後の尿失禁は、膀胱出口閉塞(BOO)を改善することによる膀胱蓄尿機能と外尿道括約筋機能間のアンバランスによって生じる可能性が指摘されている。そこで今回、外尿道括約筋と前立腺尖部に着目し、括約筋周囲に極一部の前立腺粘膜と腺腫を意図的に残すことで、腹圧性尿失禁の予防や混合型尿失禁の早期改善、ひいては蓄尿機能の改善に良好に寄与するのではないかと考え検討を行った。

対象および方法
単一術者が、手術バイアスを無くするため50例以後に行った症例を対象とした。内訳はA群(尖部形成あり):26例、B群(尖部形成なし):26例で、手術前後における国際前立腺症状スコア(IPSS)、過活動膀胱症状スコア(OABSS)、QOLスコアの変化を比較した。

結果
IPSS蓄尿症状スコア(質問2/4/7)の検討において、尖部形成を行ったA群では術前と比較し、術後2週に有意な改善が認められたのに対し、尖部形成をしないB群では術後2週、1.5カ月で有意差を認めなかった(図1)。また、同様の結果はQOLスコアの検討でも認められた(図2)。さらに、OABSS総スコアもB群に比べ、A群でより早期から改善傾向がみられ(図3)、術後3カ月以降の評価においても両群間に有意差が認められた[A群3.5±2.0(範囲0~7) vs. B群5.2±3.2(範囲0~6)、p=0.036、t-検定]。尿失禁はA群では術後より認めにくくなり、多くが退院時あるいは術後の初回外来(術後2週)にはパッド不要とすることができた。

考察
HoLEP術後の尿失禁の原因としては、手術操作による一時的な括約筋の損傷¹⁾や腺腫による括約筋伸長がHoLEPで改善するも括約筋が十分に機能しないため起こることなどが報告されており、尖部順行性切除法は腹圧性尿失禁のリスク低減に有効とされている²⁾。また、尿失禁のリスク因子には術者の経験や手術時間の長さが挙げられ、手術手技の習得には40~60例の経験が必要とされている³⁾。今回の結果から、HoLEPにおいて前立腺尖部形成は蓄尿機能を早期に改善させ、QOLの改善にも寄与することが示唆され、術後の予想しにくい尿失禁をコントロールしやすい方法と考えられる。

図1 IPSS蓄尿スコア(質問2/4/7)の推移

IPSS蓄尿スコア	Mean±SD	IPSS蓄尿スコア	Mean±SD
術前	7.3±3.7	術前	6.2±2.4
術後2週	5.2±3.0	術後2週	6.3±3.1
術後1.5カ月	4.0±2.1	術後1.5カ月	6.2±3.3
術後3カ月以降	3.6±2.0	術後3カ月以降	4.5±2.2

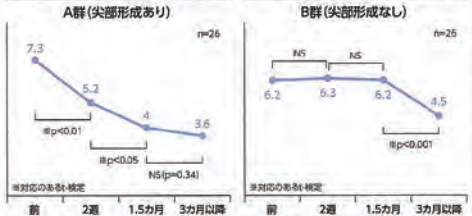


図2 QOLスコアの推移

QOLスコア	Mean±SD	QOLスコア	Mean±SD
術前	3.8±1.6	術前	3.2±1.1
術後2週	2.5±1.4	術後2週	2.7±1.6
術後1.5カ月	1.6±1.2	術後1.5カ月	2.8±1.9
術後3カ月以降	1.4±1.2	術後3カ月以降	2.0±1.5

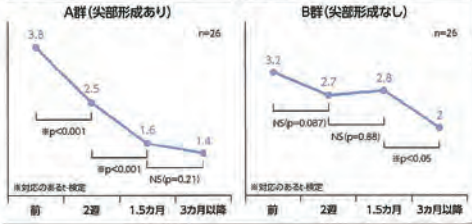
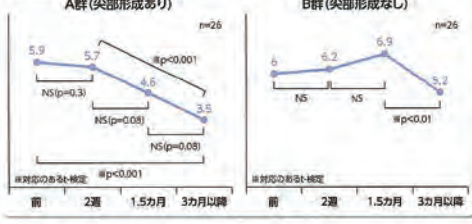


図3 OABSS総スコアの推移

OABSS総スコア	Mean±SD	OABSS総スコア	Mean±SD
術前	5.9±3.0	術前	6.0±2.3
術後2週	5.7±3.2	術後2週	6.2±3.5
術後1.5カ月	4.6±2.7	術後1.5カ月	6.9±3.8
術後3カ月以降	3.5±2.0	術後3カ月以降	5.2±3.2



1) 関 成人ら: Jpn J Endourol ESWL 17: 147-151, 2004
2) 小路 直ら: Jpn J Endourol ESWL 21: 306-311, 2008
3) Endo F, et al.: Urology 76: 1451-1455, 2010
4) Brunchhorst O, et al.: Urology 86: 824-829, 2015