

## 特集

# 腹圧性尿失禁の診断と治療： 多職種による包括的介入の時代へ

吉川 羊子\*

## はじめに

腹圧性尿失禁は腹圧が上昇するような動作時に尿が漏れる症状である<sup>1)</sup>。従来は、解剖学的に漏れやすい下部尿路構造を有し、妊娠・出産などのイベントが重なることから女性に特徴的な蓄尿症状として認識されることが多かった。しかしながら、近年においては前立腺癌に対する前立腺全摘術に代表されるような前立腺疾患の治療に関連した男性の腹圧性尿失禁も注視されるようになった。本稿においては腹圧性尿失禁の病態、診断、治療について概説する。

## 1. 女性の腹圧性尿失禁

女性では、その下部尿路の解剖学的特性により、特段の基礎疾患がない場合でも腹圧性尿失禁に罹患する確率が高くなる。また、妊娠・出産を経た比較的若い年代においても症状を有している者が少なくない。一般社団法人日本排尿機能学会は下部尿路症状に関する疫学調査を20年ぶりに行い<sup>2)</sup>、2024年4月には結果のプレスリリースを発表した<sup>3)</sup>。今回の調査においては20歳以上を対象としたが、女性では30歳台から約25%と4人に1人は腹圧性尿失禁を経験し、加齢とともに有病率が増加する(図)<sup>3)</sup>。30~60歳台の

いわゆる働き盛りにも腹圧性尿失禁を有する女性がみられるが、例えば看護職、介護職などに従事する方が「尿失禁の患者、利用者の排泄介助をする際に力を入れると、自分が尿漏れして大変に困る」という訴えで受診されることも少なくない。腹圧性尿失禁はQOLの低下とともに、生産性の低下を来し得る疾患でもある。

### 1. 診断のポイント

腹圧性尿失禁は咳、くしゃみ、重いものをもつ、運動をするなどの腹圧が上昇する動作に伴って漏れるという訴えで比較的把握がしやすい症状であるが、合併する他の疾患の鑑別を十分に行うことが重要である。頻尿、尿意切迫感を伴うか、排尿困難を伴うかなどに注意を払う必要があり、正確な診断を行うために、排尿記録の記載と、残尿測定は必須である。特に外科的治療を検討するような症例においては、切迫性尿失禁(過活動膀胱)の合併や尿排出障害の合併の有無を客観的に確認すべきである。特に高齢者において排尿筋の収縮力低下を伴う症例では、尿失禁防止術を施行した後に排尿困難が増悪するリスクが高くなる。

腹圧性尿失禁の代表的な検査として尿失禁定量テストが最も一般的に行われている<sup>4)</sup>。筆者の施設では、本テストの終了後に患者に排尿を我慢したまま碎石位をとってもらい、咳や努責の指示を行って外陰部の状態や尿漏出の有無を確認している。

— Key words —  
腹圧性尿失禁、包括的介入

\* Yoko Yoshikawa：小牧市民病院泌尿器科 排尿ケアセンター 部長

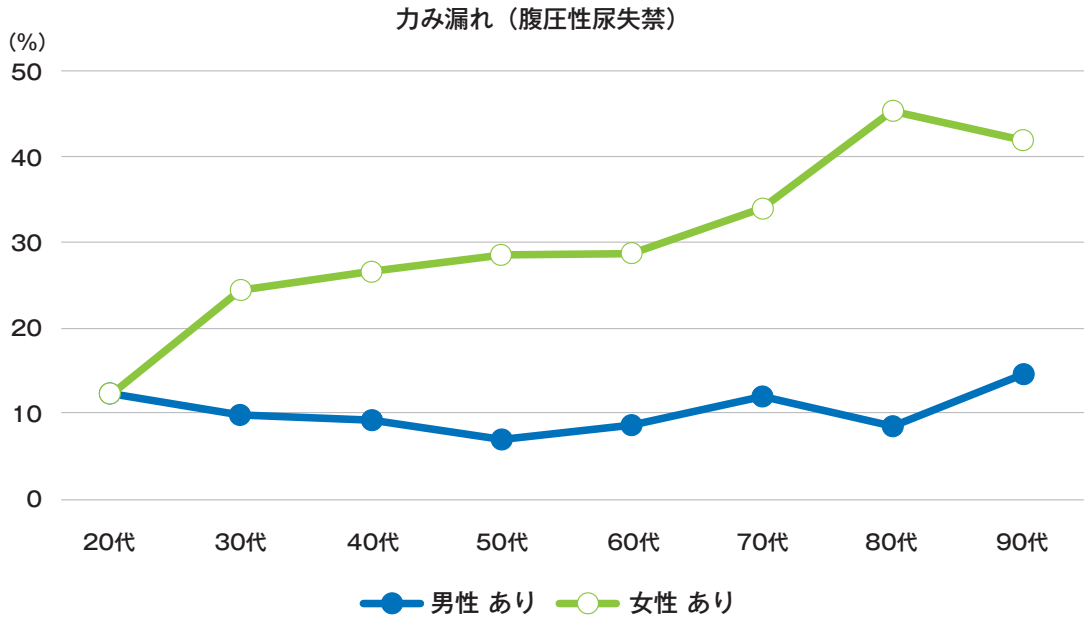


図 腹圧性尿失禁の年代別有病率

一般社団法人日本排尿機能学会：【プレスリリース】<sup>3)</sup>より転載(一部改訂)

手術療法を検討する症例に対しては、さらに尿流動態検査を行うことが望ましい。

## 2. 治療の戦略

腹圧性尿失禁の治療には保存的治療と手術的治療の選択肢があり、一般的に軽症から中等症の症例には保存的治療、重症例には手術的治療が行われる。ただし、重症例においても患者の希望や合併基礎疾患の状況、下部尿路機能を総合的に評価して手術的治療は望ましくないと判断した場合には保存的治療を行うことも必要となるケースがある。

腹圧性尿失禁の保存的治療においては、薬物療法に高い推奨グレードが定められたものがない。ガイドライン上推奨グレードBのものは $\beta$ 2アドレナリン受容体作動薬であるクレムテロールのみである。軽症には一定の効果がみられるが、内服により症状が完全に治癒に至る例は少なく、手指振戦や頻脈などの副作用により減量、中止となる症例にもしばしば遭遇する。

一方、骨盤底筋トレーニング (pelvic floor

muscle training: PFMT)に代表される理学療法や、体重減少のような生活指導に高い推奨グレードが定められている<sup>4)</sup>。PFMTに関するRCT<sup>5)</sup>やレビュー<sup>6)</sup>の報告など、いずれも専門職が正しいPFMTの指導を行えば尿失禁症状の有意な改善が得られることを示しており、本邦のガイドラインにおいても女性の腹圧性尿失禁を含む下部尿路症状へのPFMTは推奨グレードAと定められている。ただし、本邦では専門職によるPFMT指導に対する診療報酬がまだ整備されていない状況があり、必ずしも適切な指導が行われなかった。しかしながら、2016年に新設された排尿自立指導料(2020年に排尿自立支援加算、外来排尿自立指導料に改訂)が算定されるようになってから、この制度のもとにコ・メディカルがPFMT指導を行う機会も増え、また適切な指導を学ぶための研修も関連学会などで開催されている<sup>7)</sup>。

手術的治療としては本邦ではtension-free vaginal tape (TVT)手術とtrans-obturator tape (TOT)手術、そして筋膜スリング手術がガイドライン上

推奨されているが、実際に施行されているのはTVT, TOT手術が多い。TVT手術は本邦で認可されてすでに20年以上の実績がある。TVT, TOT手術はポリプロピレンテープにより中部尿道を支持する術式で、TVTはテープが尿道後面と恥骨上にU字に挿入され、TOTでは閉鎖口から尿道後面にテープを挿入する。いずれも短期で80~90%、5年以上の長期でも80%の安定した成績をもつ術式である。筋膜スリング手術は何らかの理由で異物の留置を避ける必要のある症例に行われるが、自己の腹直筋筋膜を採取する必要があり侵襲は大きくなる。

## II. 男性の腹圧性尿失禁

男性の腹圧性尿失禁は、ほとんどが前立腺疾患に対する手術後の発症である。特に前立腺癌に対する根治的前立腺全摘除術に伴って発生する。近年では、ロボット支援腹腔鏡下前立腺全摘除術(robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy: RARP)が多くの施設で実施されるようになり、術後早期の尿失禁の発症頻度が減少し、改善までの期間が短縮されてきた印象があるが、術後1年を過ぎても尿禁制が獲得されない症例は一定数みられる。また、前述の疫学調査によれば、20~30歳代の男性においても腹圧性尿失禁が約10%にみられていることは注目すべきであろう。

### 1. 診断のポイント

男性においても尿失禁の発症状況や既往の手術歴などで腹圧性尿失禁の症状の把握は容易だが、排尿記録による尿失禁の頻度、程度の確認と残尿測定も実施することが望ましい。男性では尿失禁量の定量化がされているとは言い難い。前立腺全摘除術後の尿禁制の状態を尿失禁用のパッドやおむつなどの使用枚数で定義する報告が多くみられるが、パッドの吸収能は製品により差異があり、またどの程度の失禁量でパッドを交換するかについては個人差がある。排尿記録を患者に記録してもらう場合に、パッドの交換時刻に加えてパッドの尿失禁量を計測して記

載するように指示が出来れば理想的であるが、各家庭で実施することは現実には難しい。しかしながら、治療方針の検討と治療効果の評価をきめ細やかにを行うためにも尿失禁量を定量的に把握することは重要である。

### 2. 治療の戦略

保存的治療としては男性腹圧性尿失禁においてもPFMTの指導が治療選択の代表である。前立腺全摘除術後のPFMT指導に関するRCT<sup>8)</sup>において、その有効性が報告されている。手術症例の場合は、術前の入院説明時などに指導の機会をもつことができ、また術後は入院中のベッドサイドでスタッフによる個別指導を行うことが可能である。2016年以降、排尿自立支援・指導が導入され、看護スタッフ、理学療法士による包括的排尿ケアの介入としてPFMTの実施が推奨されており、実効性のある指導法の確立が期待される<sup>7)</sup>。

手術的治療としては、前立腺疾患手術後の重症腹圧性尿失禁に対して人工尿道括約筋の埋め込み術が施行される。本邦でも2012年に保険適用となり、前向きの治療成績も報告されている<sup>9)</sup>。人工尿道括約筋は尿道を締め付けるカフ、カフの締め付けの圧力を調整するバルーン、排尿する際に操作するコントロールポンプの3つの部品に分かれている。術後の患者満足度は高く、持続することが報告されている。一方で、人工尿道括約筋設置患者に尿道カテーテルを留置する場合には、カフを開放する必要がある。緊急時など、患者本人が本装置の留置を伝えられない場合に備えて、患者カードを携帯するように指導がされている。

### おわりに

腹圧性尿失禁の治療選択肢は、実質的にはPFMTに代表される行動療法か、手術的治療かの二択である。患者の多くは手術的治療の適応に当たらない軽症・中等症で、行動療法のニーズは非常に高いにも関わらず、本邦では長年、PFMTすら保険未収載のために適切な介入が不

十分であることがしばしば指摘されてきた。しかしながらこの 10 年ほどの間に、PFMT や包括的な生活指導による排尿ケアに熱心に取り組む看護職や理学・作業療法士などのコ・メディカルが徐々に増加し、活動の幅を広げつつある。腹圧性尿失禁に悩む老若男女に職種による的確な介入が提供されるように医師の協働が不可欠である。

### 利益相反

本論文に関して、筆者に開示すべき利益相反はない。

### 文献

- 1) 本間之夫, 他: 下部尿路機能に関する用語基準: 国際禁制学会標準化部会報告. 日排尿機能会誌 2003; 14: 278-289.
- 2) Mitsui T, et al: Prevalence and impact on daily life of lower urinary tract symptoms in Japan: results of the 2023 Japan Community Health Survey (JaCS 2023). Int J Urol. 2024 Doi: 10.1111/iju.15454.
- 3) 一般社団法人日本排尿機能学会: 【プレスリリース】, 2024 年 5 月 5 日 閲覧, [http://japanese-continence-society.kenkyuukai.jp/information/information\\_detail.asp?id=147416](http://japanese-continence-society.kenkyuukai.jp/information/information_detail.asp?id=147416)
- 4) 日本排尿機能学会 女性下部尿路症状診療ガイドライン作成委員会編: 女性下部尿路症状診療ガイドライン 第 2 版, リッチヒルメディカル, 2019
- 5) Sigurdardottir T, et al: Can postpartum pelvic floor muscle training reduce urinary and anal incontinence? : an assessor-blinded randomized controlled trial. Am J Obstet Gynecol 2020; 222(3): e1-247.e8.
- 6) Radzimińska A: The impact of pelvic floor muscle training on the quality of life of women with urinary incontinence: a systematic literature review. Clin Interv Aging 2018; 13: 957-965.
- 7) 青木芳隆, 他: 骨盤底筋訓練(骨盤底筋トレーニング)と多職種連携. 日本老年泌尿器科学会誌 2021; 34 巻 2 号: 24-32.
- 8) Hall LM, et al: Do features of randomized controlled trials of pelvic floor muscle training for postprostatectomy urinary incontinence differentiate successful from unsuccessful patient outcomes? a systematic review with a series of meta-analyses. Neurourol Urodyn 2020; 39: 533-546.
- 9) Kaiho Y, et al: Surgical and patient reported outcomes of artificial urinary sphincter implantation: a multicenter, prospective, observational study. J Urol 2018; 199: 245-250.