

第28回日本排尿機能学会 記載事項変更一覧

(※一部、PDF版・アプリ版は修正対応済)

2021年9月9日現在

■座長変更■

口演 15：排尿生理・薬理2

【旧】横山 修（福井大学医学部 泌尿器科学）

【新】齊藤 徹一（信州大学医学部附属病院 泌尿器科）

口演 21：神経因性膀胱

【旧】野村 昌良（亀田メディカルセンター ウロギネ・女性排尿機能センター）

【新】林 篤正（亀田メディカルセンター ウロギネ科）

■演題名訂正■

ES1 教育セミナー1

【旧】ボツリヌス毒素膀胱壁内注入療法を自分の強みとしたい泌尿器科医のための実践セミナー

【新】ボツリヌス毒素膀胱壁内注入療法を診療の強みとしたい泌尿器科医のための実践セミナー

OP4-1 ミニオーラル 4：尿失禁・女性泌尿器科

【旧】尿道スリング手術（TVT）によるQOL また排尿機能の変化の調査

【新】尿道スリング手術（TVT）における術後満足度調査

O16-3 口演 16：手術療法

【旧】血栓薬内服例において接触型レーザー前立腺蒸散術を実施した導入初期の検討

【新】抗血栓薬内服例において接触型レーザー前立腺蒸散術を実施した導入初期の検討

■演題取り下げ■

口演 18 排尿管理・排尿指導2

O18-4 排尿自立指導料から排尿自立支援加算に変わって

口演 22 排尿管理・排尿指導・他

O22-7 腹部大動脈石灰化は維持透析患者における重症勃起不全の surrogate marker である

■発表順変更■

口演 12 女性泌尿器科 1

【新】O12-8 ORIHIME® を用いた TVM 手術の短期再発率について検討
～修正メッシュの効果について

O12-7 polytetrafluoroethylene(PTFE) 製メッシュ「ORIHIME」を用いた TVMA2 のメッシュ脚のずれによる前隆壁下垂の再発に対して CAPIOTM を用いた脚の再固定は有効か？

■抄録記載内容差替え■

招請講演 1 IL1 Karl-Erik Andersson

Underactive Bladder - Aspects on Pathophysiology and Treatment

Impaired bladder emptying is a common clinical problem for which currently no effective drug treatment is available. There has been an increasing interest in the condition, and the present terminology, common causes, and potential future pharmacological treatment possibilities are reviewed. Underactive bladder (UAB) can be used as a general term, covering detrusor underactivity (DU) as the urodynamic diagnosis, and the UAB syndrome for its symptomatic manifestations (Figure 1). ICS has defined DU as “detrusor contraction of reduced strength and/or duration, resulting in prolonged bladder emptying and/or a failure to achieve complete bladder emptying within a normal time span”, and UAB as “underactive bladder is characterized by a slow urinary stream, hesitancy and straining to void, with or without a feeling of incomplete bladder emptying sometimes with storage symptoms.” Estimating the epidemiology of UAB is difficult, as it is largely based on clinical picture rather than urodynamic findings, but prevalence figures of 9-48% of those with nonneurogenic

LUTS, 12-45% of “older” women and up to 67% of institutionalized elderly have been suggested.

Bothersome symptoms of UAB include recurrent UTIs, post-void fullness, urinary hesitancy, slow flow, prolonged micturition, and worsened OAB symptoms, and health risks are e.g., worsening of detrusor function and progression to an acontractile detrusor. In order to understand UAB, identification of the underlying cause(s) is necessary. Impaired bladder emptying can have many underlying causes, including aging, bladder outflow obstruction, diabetes mellitus, and neurogenic disturbances (Figure 2). There is no effective pharmacological treatment, and to what extent drug treatment of the associated morbidities (e.g., diabetes mellitus, Parkinson’s disease, and multiple sclerosis) also can improve impaired bladder emptying has only been investigated to a limited extent. The treatment principles available aim at decreasing outflow resistance, improving detrusor contractility, and increasing bladder sensitivity. To achieve these aims α -adrenoceptor antagonists, muscarinic receptor agonists (bethanechol, carbachol), acetylcholinesterase (distigmine), and intravesical prostaglandin E2 have all been tried but without success. Conservative therapy with double void, straining to void, indwelling or intermittent catheterization is recommended. New signals are emerging from preclinical experiments. Acotiamide hydrochloride, which has been tested clinically, is believed to inhibit the negative feedback system that regulates acetylcholine release by blocking muscarinic autoreceptors, bombesin receptor antagonists increasing release of transmitters or enhancing smooth muscle excitability, and TRP channel activators (TRPV1, TRPV4) may be future alternatives, but clinical trials are needed. Stem cell therapy and gene therapy seem attractive new directions but are still at an early stage of testing.

References

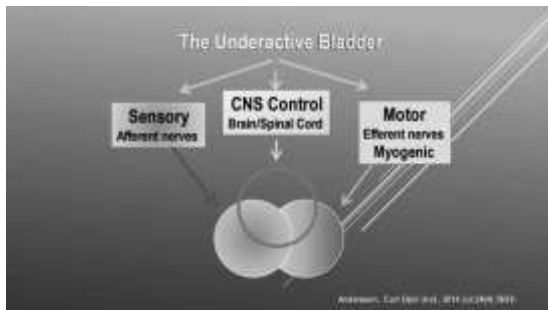
Andersson KE. The many faces of impaired bladder emptying. *Curr Opin Urol.* 2014 Jul;24(4):363-9.

Santos-Pereira M, Charrua A. Understanding underactive bladder: a review of the contemporary literature. *Porto Biomed J.* 2020 Jul 17;5(4):e070.

Figure 1



Figure 2



■抄録記載内容追加■

シンポジウム2 S2-3：立位CTでみる骨盤底と排尿機能

立位CTでみる骨盤底と排尿機能

排尿機能の画像評価は、X線、超音波、いきみをさせたMRなどで行われてきたが、いずれも臥位であり、排尿を行う立位での評価は基本的にはできなかった。そこで我々は、立位で撮影可能なCTをメーカーと開発し、導入した。

導入後に、このCTは、従来の臥位CTと同等の物理特性を持ち、正確な上下運動により臨床で使用可能な画質を担保できていることを検証した。

まず、通常の臥位CTと立位CTを同日に撮影し、正常ボランティアで骨盤底がどのくらい姿勢により偏移するかを検討した。その結果、膀胱頸部は男性で約6mm、女性で約10mm下垂した。50歳以上の女性は下垂の程度が50歳以下より大きかった。今後、排尿障害のある方のデータを取っていく予定である。

また、排尿自体を低線量で連続撮影をして排尿動態を評価する試みも行っていく予定である。