

包茎の治療 保存的に治療するか、 手術で治療するか



岩室紳也先生

あくまで翻転指導によって保存的に治療

司会

荒井陽一

東北大学大学院医学系研究科泌尿器科学教授

ディベーター

岩室紳也

(社)地域医療振興協会
ヘルスプロモーション研究センター長
厚木市立病院泌尿器科

坂井清英

宮城県立こども病院泌尿器科医長

VS



坂井清英先生

必要なときには手術によって治療

【荒井】包茎の治療は「すぐに手術をしたほうがよい」という考えや「もともとconservativeにできる」というような考え方など、いろいろ議論があるところだと思います。

今日のディベートは包茎の治療をテーマとし、岩室先生に保存的治療の立場で、坂井先生には手術治療の立場でディベートをお願いします。取り上げる対象は主に小児から思春期までの包茎とします。

ディベートの前にお二人に包茎の自然史についてお聞きしたいのですが。生まれたときから剥けている子もまれにいますが、大概は包茎なわけです。



荒井陽一先生

司会

自然史についてはどのようにとらえておられるのでしょうか。

【岩室】そもそも「包茎」という言葉の定義が泌尿器科学会できちんと議論されていないことがいつも気になっています。私どもの病院で今まで3,200人を超える数の新生児をみっていますが、亀頭部が何もしない状態で少し露出している子が1.6%です。さらに包皮を翻転してもまったく亀頭部が見えない状態のお子さんが全体の15.6%います。しかし、完全にピ

ンホールみたいな子も放っておけば新生児のときから勃起とかを繰り返していますから、加齢とともに自然と亀頭部

が露出していく傾向にあるだろうと思います。ただ、本人が自分で引っ張ったり、思春期のときの性的なマスターベーションも含めてそういう行為を積極的にしない場合は、やはり包茎のまま全然剥けない状態で大きくなっていく人がいると思います。

日本でどのくらいの子が思春期になったときに剥けるかはきれいなデータを取りにくいのですが、半数近くはかなり亀頭が露出した状態になっているでしょうが、一方で半数は被ったままの状態、そのうち何%かはいくら引っ張っても亀頭部が見えてこないという状態で思春期を過ぎ、成人するのではないかというイメージをもっています。

【坂井】 包茎の子どもの自然経過を長期間、10年も15年も自分で追ってみたということはないので、文献的なことを調べてみますと、自然史についていろいろなエビデンスがあります。

1968年のOsterの論文が有名ですが¹⁾、これによると3歳くらいでは90%で包皮の翻転が可能で、12~17歳で全然亀頭を露出できない真性包茎の状態というのは3%から1%にまで減るといいうエビデンスがあります。その後いろいろな追試があり、日本では今村先生のデータが有名です²⁾。新生児期に亀頭が露出するのは、岩室先生は1.6%というデータをお持ちですが、今村先生は0.4%というようにデータを発表しています。生後1~3カ月になると87%くらいはまだ被っていて、それから3歳児になりますと34%くらいに減ってくるといわれています。ほかに各国でいくつか追試があります。



包皮輪がどのように広がるのかというデータもあります。日本のKayaba先生がJournal of Urologyに1996年に発表しておりますが³⁾、包皮輪は年少では狭いが年齢とともに広がってくるというデータも出ています。その辺のエビデンスをいろいろみてみますと、おおよそ思春期以降は少ない報告では1%、多くても5%くらいが真性包茎として、亀頭が露出できない状態として残るのではないかとわれています。

【岩室】 論文のデータに関してはいろいろな先生が発表していますが、どの程度露出できるのかといった場合でも、どのくらいまで翻転を試みて、そしてどこまで見えた、見えないというスケールが統一されていないので比較するのは難しいと思います。泌尿器科の先生方であれば相当病的な状態を含めて剥いた経験があって、テクニック的にもある程度一定していると思いますが、いろんな論文を見ますと、そのデータ自体も同じスケールの上で比較的されていないような印象をもっています。

【荒井】 文献のデータの問題点はあるかと思いますが、おおよそ1~5%くらいが青年期までに残るということでしょうか。そのなかで実際に何か困って病院にくるわけですよ。お母さんが「見た目が悪い」とか、赤く腫れた、痛みがある、膿がでるとい理由などで来院しますが、そのなかには包茎が原因で病的な状態、明らかに治療が必要な場合が当然あるわけです。

そこで包茎の治療が必要な場合の対処について、岩室先生と坂井先生の各々の立場でディベートしていただきたいと思います。



亀頭包皮炎の場合

【荒井】包茎を原因とする疾患で一番多いのが亀頭包皮炎だと思います。だいたい2, 3歳とか小さい子どもを中心にいろいろな年齢の子がくるのですが、どのように対処していますか。恥垢があるなしは別にして、明らかに亀頭炎、包茎があって何度も繰り返す場合ですが。

【坂井】まず最初にいっておきたいのは、私の場合でも治療はすべて手術から始まるということではなく、子どもにとって一番楽な方法、優しい方法から始めて、最終手段として手術をするということなのです。ですから、まずは清潔を心掛けていただくように指導します。おチンチンの先をできるだけ洗ってみようというところから始めています。次に軟膏を使います。3番目には岩室先生が行っている翻転指導を行い、それでもだめな場合に手術をしています。

【岩室】亀頭包皮炎で病院に来た場合は痛みが少ないように治療しようというのは坂井先生と同じで、抗生物質の内服と軟膏を使います。私の場合は、炎症が完全に落ち着いた段階になってから、次に同じことが起こると本人もつらいし、家族もつらい思いをすることになることを伝え積極的に翻転指導に入っていきます。

亀頭包皮炎を繰り返すことが包茎の手術適応の1つの目安になるという考え方に対して私は明確に反対です。もっというと、そもそも亀頭包皮炎というのはちゃんと包皮を剥いて亀頭部を洗っていけば予防できるものと思っています。亀頭包皮炎は予防できるので積極的に予防してはどうかという観点に立っています。

【荒井】翻転指導ですが、例えば3歳くらいだったら痛がってけっこう難しいでしょうし、親も見えていられないのではないかと思うのですが。

清潔にするのが難しいという状態でも何度か繰り返すという場合でも、やはり翻転指導を徹底的に行っていくということでしょうか。

【岩室】はい。逆に亀頭包皮炎を繰り返すと瘢痕狭窄が起ってくる可能性もありますし、癒着がひどくなる可能性もありますので、1回でも、それが本当に軽い亀頭包皮炎であったとしても、インフォームドコンセント⁴⁾のうえで積極的に翻転指導をしていきます。

【荒井】かなり繰り返したり、親が大変心配したりする場合がありますが、その場合は坂井先生はどうなさいますか。

【坂井】翻転指導でできるだけconservativeで済むものは済ませたいという考えはあるのですが、実際は難しいです。

岩室先生は非常に上手に行っていて、成績も75%以上と論文に書かれています。実際に外来で行ってみますと、まず子どもが嫌がって逃げます。また翻転指導の場合、親が陰茎のところを触るのを非常に怖がります。手足の傷なんかですと親御さんはわりと簡単に処置できるのですが、陰茎、陰部となりますとちょっと考え方が違うようで、非常に怖がってなかなかできない方が多いようです。ですから翻転指導を行おうとして岩室先生が作られているようなパンフレット⁵⁾ (図1)を親御さんたちに配り、それに従ってみたらどうだろうかとお勧めしますが、書いてあるとおりに施行できない場合が多いのが実感です。

ただ、少なくともできるところまで清潔にしてくださいといっておきますと、亀頭包皮炎を5回も6回も繰り返すということはほとんどありません。

1, 2回という子はいますが、それ以上繰り返すということはめったにないです。ただ、ピンホールのようになっていて亀頭包皮炎を繰り返す場合は、最初は軟膏を使う翻転指導(軟膏翻転指導)で様子を見ますが、それでよくならない場合は年齢も考慮したうえで手術も選択肢に加えます。

【荒井】岩室先生は、いわゆる本当にピンホールのようになっていて、亀頭包皮炎を繰り返す場合はどうしますか。先生は日本一翻転指導がうまいと思うのですが、実際にほとんどの子に可能なのでしょうか。亀頭包皮炎の場合は実際にすごく痛いと思いますし、3歳とか難しい年齢でも翻転指導を行えるのでしょうか。

【岩室】まず亀頭包皮炎を起こしている状態でやろうとすると必ず痛がって、それこそ二度と来なくなります。ですからそういうときには炎症が治まってから翻転指導を開始するというのが大原則になります。そして基本的には、

図1 OCHINCHIN: パンフレット
翻転方法を解説しているパンフレット。



どのような、パルーニングを起こすようなピンホールでも翻転して、しかも容易にスムーズにできる状況にもっていけると思っています。

翻転を継続してもらうコツとしては痛い思いをさせないことです。まず痛がる一步手前までというところで繰り返し、それを母親に説明をして、母親にさせていただく。3歳だとまだ母親にってもらうことを嫌がることはない

と思いますが、4歳以上になると嫌がるので本人にやらせます。本人に少しでも亀頭部が見えてきたということの感動とか喜びというのを味わせていくと、意外と喜んでやってくれます。外来に、日本泌尿器科学会誌に載せた⁶⁾、“露出度分類”の大きな写真(図2)を貼って、「いま君のちんちんはどれだ」というのを確認します。少しずつ亀頭部が見えてくると「おちんちんの中が見え

てきたよね。偉いよね」とさらに褒めます。ただ、最初のうちは亀頭部を触っただけですごく痛がりますのでお風呂でお湯をかけたり、指で優しく触ることから刺激に慣れるようにトレーニングをしてもらいます。亀頭部と包皮の癒着も1mmずつはがすようにしていねいに指導していきます。最後に全部剥けたら「剥けました、おめでとうシール」(図3)というのを渡すのです(笑)。そういうものを目標にさせて、母親にもそのことを納得させる。

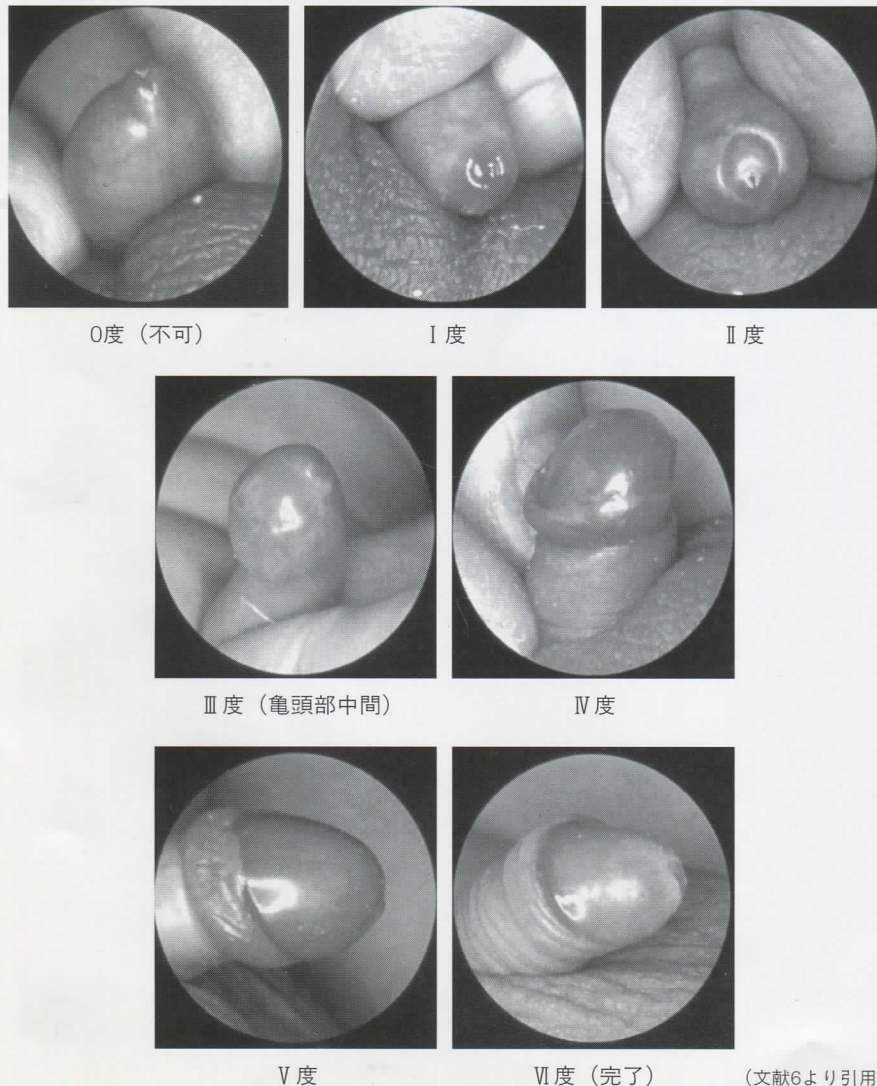
一番ネックになるのは、私は父親だと思っています。父親が包茎で悩んだことがないと「放っておけ」か、悩んだり手術の経験があるといきなり「手術してくれ」となってしまいます。家族全体を支える形でやると、最初痛がっていても、そこを「乗り越えて頑張りましょう」というようにできると思っています。

【坂井】自分なりに翻転指導を行ってみて、岩室先生の論文やパンフレットなどを読むのですけれども、「痛がる手前でやめておく」とか、「ちょっと硬くなっているものを出血させない」ということは、実際に行ってみますとなかなか難しいと思います。

完全なBXO (balanitis xerotica

図2 露出度分類

目に見える具体的な目標を示すことが効果的。



0度 (不可)

1度

Ⅱ度

Ⅲ度 (亀頭部中間)

Ⅳ度

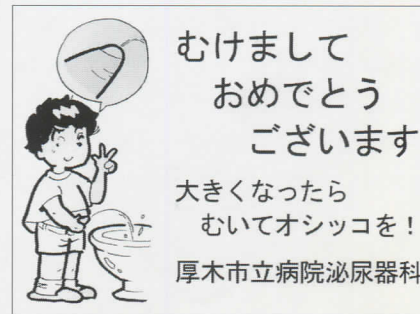
V度

Ⅵ度 (完了)

(文献6より引用)

図3 おめでとうシール

剥けるようになることが目標ではなく、剥き続けて清潔を保つことが大切だと印象づける。



obliterans, 閉塞性乾燥性亀頭炎)ではなかったとしても、ピンホールみたくでちょっと軟らかそうなものでも、翻転しようとしみますとやはり皮膚に少しひびが入ってきて、わずかに血がにじんでくるのです。それを繰り返し行うとscarになってしまっ、結局二次的に絞扼をつくって手術になってしまう危険性があります。ですから、あまり強くギリギリと力を加えないと翻転できない、あるいはまったく翻転できない、翻転していくのが怖いというようなケースでは、むしろ手術するほうがよい場合もあると思います。

岩室先生にお聞きしたいのですが、翻転指導をやるのは、「包皮が剥けない」とか、「亀頭包皮炎症を起こした」とか、「恥垢がたまっているので診て下さい」というように、臨床的に問題があって相談された子に対して行っているのか、それとも先生の病院の新生児科で生まれた健常な子どもたち全員に勧めて行っているのか、どちらですか。病的状態とか、困った相談がない子に対しても予防的にすべてやっている、そのようなイメージで先生の論文を読んでいるのですが。

【岩室】 両方やっています。新生児約3,200例で、いわゆる病的といいますか、それなりの主訴をもってきたのが約1,400例です。

新生児に対してやるべきか、やらざるべきかというのは、あくまでも母親の選択というところもありますので、1カ月検診までは病院がまったく無料の検診として行いその範囲内で包皮翻転が完了する人もいます。その後通院を希望する人には1カ月に1回来てもらいます。それを含めて、75%の成績なのです。

新生児以外の包皮翻転完了率もほぼ同じです。新生児よりやりにくいにも

かかわらず同じ完了率になるのは、ある程度の主訴をもってきている集団のため最後まで粘り強く来てくれるという印象をもっています。

【坂井】 もう1つ確認したいのですが、先生の翻転指導というのは、外尿道口がはっきり見えるところまで剥くだけではなくて、亀頭と内板との間もすべて剥離して冠状溝まで全部見えるようにするのが目標ということですか。

というのは、私が翻転指導をする場合は、亀頭と内板との癒着はあってもよい、残してもよいと考えているので、一応絞扼輪がないようになればそれでよいと思っております。あとは自然に剥がれてくると思います。内板との間まで無理に剥離すると痛がりますし、相当大変で、しかも後になって再度癒着することが多いのでそこまでは行っていないのですが、本当に医学的にそこまで行う必要があるのでしょうか。

【岩室】 包皮輪が狭いのを広げなければいけない、広げて絞扼しないようにするというのは一致すると思います。

ただし、内板との癒着で一部開いているところがある場合、そういうところから外的な細菌などが入って炎症を起こす可能性があり、それが亀頭包皮炎症の1つの原因となることから、そういうものについては根元まで、冠状溝まできちんと剥離しておかないと亀頭包皮炎症の予防にならないのではないかと、ということを説明したうえで冠状溝まで剥くようにしています。

特に新生児から寝返りを打つ1歳くらいまでのお子さんについてはやりやすいので、そこまで親の指導を兼ねて行ってしまいます。3歳以上で本人が痛みに対して非常に抵抗感をもつ子どもについては、坂井先生がおっしゃっているように、ある程度絞扼がなくなると外尿道口が見えて、剥いて排尿で

きるようになればそれでよいということにしています。

【荒井】 岩室先生は、亀頭炎でも、ピンホールに近いような包茎で包皮炎症を繰り返す場合でも、あくまでも翻転指導を粘り強くやり、最後まで手術のオプションは出さないということですね。

坂井先生は、最初はconservativeで様子をみて、手術のオプションも提示しながら最終手段としては手術を行う。手術しなければならぬときは手術するという考えですね。

包皮が長い場合

【荒井】 泌尿器科の先生方はよく経験されていると思いますが、“ゾウの鼻”というんでしょうか、包皮が異様に長い場合があります。そのような場合、「これはおかしい」といって明らかに形を気にして親が治してくれといってくる場合がありますが、先生方はどうしていますか。

私はどちらかという手術してしまっていることがいままでは多かったと思います。その子が大きくなってどうなるかというのはわからないのですけれども、先生方はどういう対処していますか。

【坂井】 そのような形のもは小さい子どもでも何例か見たことがあります。1歳未満ですと翻転指導みたいなことをするとわりと剥けてくる子がいますので、最初はまずconservativeにトライしてみようと思っています。ただし、やはりまったく出血させずにきれいな形で翻転していくというのはなかなか時間と手間をかけてやらないと無理だと思いますので、教科書的に書かれている、“出血させない”“痛がらせない”という理想的な形での翻転指導はなかなか難しいのが実状です(図4)。

また、多くの先生方が「そういう形の包莖は、将来亀頭を露出しにくいだろう」といっているのを、これを踏まえ、「このままでも自然によくなっていき、手術することはやりすぎになるかもしれませんが、いま手術をして早めに解決しておくという方法もあります」ということをお話しし、手術のリスクと合併症についても説明して、納得されれば手術ということにしています。ただし、学童期前の幼児、ましてや1歳未満の乳児に積極的に行うことはほとんどありません。

【岩室】 私もしつこいのですけれども、そういうのも手術しないで剥けていくだろうと考えて、実際に対処できていると思います。

先生方がおっしゃるように、親が治療を急ぐというのは確かにあるのですが、親が急ぐというときには逆にいうと少々出血してでも剥ければ親も納得するわけです。ですから翻転指導でできるだけ痛みがないようにという基準はありますが、また出血もさせないことがベストだと考えていますが、親が急いでいる場合は少々出血は受容される範囲内だと思っています。

先日も海外に移住する家族から、移住間近になって手術せずに包莖を治療

して欲しいとの要望がありました。そのときは1週間ごとに来ていただいて、3週間で完全に剥けるようにしました。亀頭部を剥離するときというのは当然ある程度出血しますが、抗生物質含有軟膏をきちんと使っていれば特別な合併症を起さずに済むと思っていますので、観血的処置になることもあります。全例がまったく出血しないというわけではないのです。

ただ経験的にいうと、亀頭部との癒着を剥がすときというのは、確かに出血する場合も少なくはないのですが、少しずつやっていると、何mmかずつ剥がしてもそこは大して出血しないで軟膏で特別問題なく剥けるようになってきます。

【荒井】 “ゾウの鼻”のような包莖の子どもたちは、思春期以降は包莖はどうなっているのですか。やはり長いままなのでしょうか。

【岩室】 何千人もみたわけではないですが、大人をみていて、俗にいう仮性包莖という、いわゆる被っているけれども引っ張れば剥けるという方は相当な数いるわけです。そのなかで少し包莖が多めに余っている人がいることは事実ですけれども、それが見た目には非常に余っているという印象の人はあまり

いないものですから、正直、かなりの部分は見た目にも許容される範囲まで包皮が後退していくのではないかと考えています。

【坂井】 それに関してはBritish Journal of Urologyの1999年にThe prepuceという論文があります。

包皮の組織学的解説などが詳細に書かれていますが、小さいときにすぼんだような形になる理由は、包皮中のdartos muscle layerのアレンジメントが子どもと大人では違うからだということです。dartos muscle layerにはmuscle fiberとelastic fiberが混在していますが、大人になるにつれelastic fiberの比率が増えてきて、年齢とともに包皮の中の組織の形態、配列が変わっていくために包皮の形も変わっていくのではないかと考えられています。

絞扼輪が長く強い場合

【荒井】 子どものときの形では、将来的にはあまり判断できないということですが、絞扼輪が長い場合、あるいは強い場合の処置はどうしていますか。

【坂井】 だいたい学童期すぎで、6歳できれば10歳以上まで様子を見て、それでも絞扼輪が長いもの、絞扼が強い

図4 5歳男児

a, b: 狭窄部が長く「とっくり」あるいは「象の鼻」の形に似る。このようなタイプは自然に翻転されるようになる可能性が低いといわれる。



場合は手術を検討します。絶対的な適応というのはなかなか明確にいい切れませんが、絞扼輪が長く、年齢が高い子の場合、自然軽快も困難で羞恥心などから両親、特に母親による翻転訓練の施行も困難となるため、手術してもよいと考えます (図5)。

【荒井】 坂井先生は学童期以降、10歳とか思春期に入る直前くらいまで長い絞扼輪、強い絞扼があった場合は手術がよいとっておりますが、岩室先生はどうですか。

【岩室】 長い絞扼、強い絞扼というのは確かに私が翻転しても拡張しにくいと

いうのは事実です。当然子どもによっては痛みに対して非常に敏感で、なかなか翻転指導も自分でうまくできないという子が高学年でもおられます。

そういうお子さんには手術で治療することもできるということを説明します。しかし、手術のときは痛くないが、手術が終わったら当然かなりの痛みを伴うわけですし、そのあと今まで亀頭部が一度も出たことがない子が、亀頭部がいきなり出るとそれに対する刺激が長く続くと思うのです。そういうことを説明したうえで本人に選択してもらいますが、手術をしたいという子は、

私の場合は経験がありません。

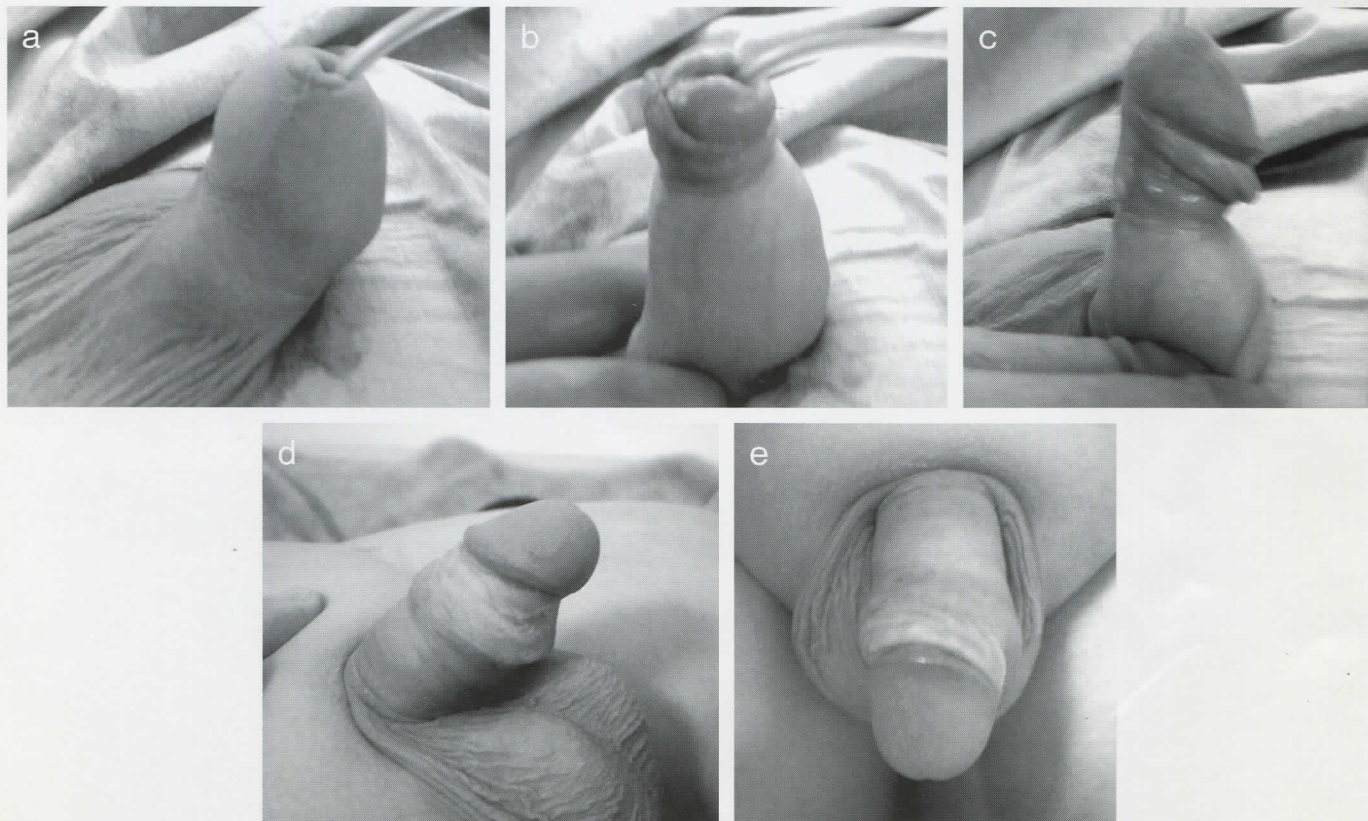
できるだけ痛みを少なく、なおかつ効率的に包皮輪を開く方法として最近取り入れているのが、非常に細いバルーンカテーテルを入れて中から風船みたいに拡張することです⁴⁾。1週間に1度くらい来てもらいますが、それを行いますと出血もほとんどなく、わりとよい効果が得られます。包皮、絞扼輪が非常に長いケースにおいても、炎症を特別繰り返していなければ比較的早く剥けてくるというような印象をもっています。

【荒井】 比較的長くて、ちょっと硬い包

図5 13歳男児

a~c: 硬く瘢痕化した長い絞扼輪を認める。

d, e: 翻転指導は困難で、結果的にcircumcisionを施行した。狭窄部のみを切除し、包皮はできるだけ温存した。



皮輪でも何とか工夫すれば手術をせず
に治療できるということですね。それ
については坂井先生いかがですか。

【坂井】 岩室先生のお話を聞いている
と、本気でやるとしたらかなり手間ひ
まをかけて、じっくり通わせて行って
いかなければならないな、さらにスタ
ッフも複数名で対応していかなくては
ならないなというのが実感です。

現実問題としては包茎の治療だけに
診療の時間を取るということはほとん
ど不可能ですから、先生の翻転指導の
パンフレットなどをお見せして、でき
るだけ数カ月間はトライしていただき、
それでだめな場合は年長であればやは
り手術を勧めます。

【岩室】 確かに、包茎の治療にスタッフ
を含めた支援体制があってこそできる
ことかもしれません。

BXOの場合

【荒井】 BXOの場合はどう対処なさいま
すか。BXOの場合はかなり基質的な変
化がありますので、手術適応も高いと
思われますが。

【坂井】 BXOの場合はまず軟膏を使用
してみます。軟膏の使用にもエビデン

スがあり、ステロイドあるいは女性ホ
ルモン軟膏が効くといわれています。
どこまで剥けるかというのは基準はい
ろいろとあるかもしれませんが、文献
では有効率75~100%といわれていま
す。ある文献では翻転指導と軟膏を比
べた場合、ステロイド軟膏の治療のほ
うが効果がよかったと述べています。
この場合の翻転指導は岩室先生の翻転
指導とはやり方が違うと思いますが。
まずステロイド軟膏を使ってみて、皮
膚の状態に変化がなければ手術を勧め
ます。

【岩室】 私は今ではBXOでも翻転指導
で治療したいと思っています。しかし
以前は器質的な変化もありますので
BXOでは翻転指導は無理で手術しかな
いだろうと実は思っていました。とこ
ろがある症例をきっかけにBXOも翻転
指導で治療できないかと、チャレンジ
するようになりました。実は大人のBXO
がそのきっかけだったのです。

この方は60歳でずっと仮性包茎の状
態だったそうですが、あるとき急に「狭
くなっちゃったんですよ」と。そこで
近くの病院に行ったところ「これは手
術しかない」といわれて、インターネット
で私の所を探し当ててこられたの

です。「どんな痛いことも我慢しますか
ら、手術しないで剥いてくれ」といわ
れましたが、実際には「これは大変だ
な」と思いました。

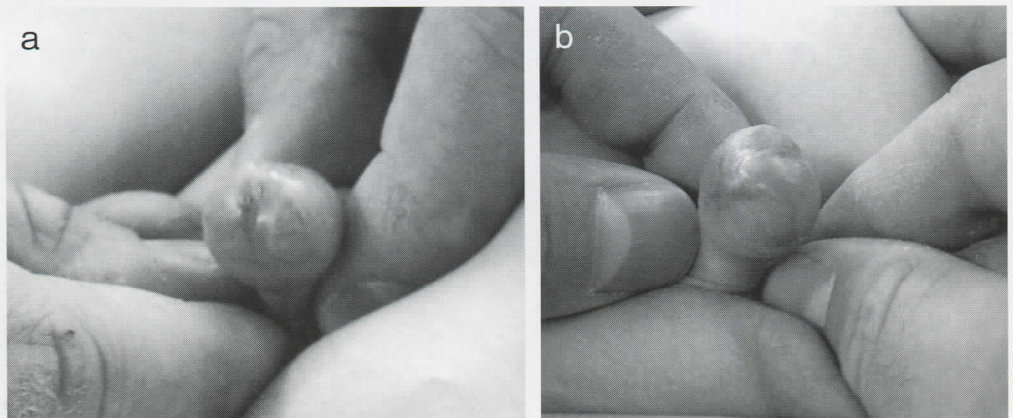
最初はピンホールくらいですから、
太いバルーンが入らないので10Frの細
いバルーンカテーテルを入れて、痛い
のを我慢してもらって行っておしま
した。そうしますとびび割れのように狭
窄部が裂けながらも少しずつ広がった
のです。そのときは組織がよい意味で
入れ替わる部分もあるのかなという印
象をもちました。その後BXOと思われ
る子どもを3例やりましたが、全員広が
りました。

【坂井】 BXOの場合は翻転指導だけ
で治療するのは、出血とか痛みなどで
実際は非常に大変だと思います。皮膚も
かなり変化していてscar tissueになっ
ていますので、そこはやはり切除して、
よい皮膚どうしちゃんと縫合するとい
うのが必要ではないかと考えます (図
6)。

また現実としては、先ほどもいいま
したが時間的にも難しいです。時間が
あれば要望がある患者さんにゆっくり
と対応してあげたいと思いますが、実
際に時間をかけても必ずしもうまくい

図6 10歳男児 BXO症例

a, b: 包皮は癩痕化して硬く
BXOと診断された。翻転指導
を試みたが、痛みと出血およ
び本人の拒否にあい奏効せず、
自然軽快は困難と判断し手術
を行った。



かない可能性があります。出血も伴いますし、家族の負担も相当になると思われますので、その侵襲を考えると治療としては翻転指導よりも手術のほうが優位だと思います(図7)。

手技的に非常に簡単で子どもたちにとっても楽しく続けられればよいですが、その後のトラウマなども考えますと、心理面でも手術のほうがむしろよいと思います。

【岩室】 子どものBXOを翻転指導で治療するのは、確かに相当根気がいりますし、絶対的な適応だとは今でも思っています。さらにいえばBXOに対する翻転指導を坂井先生のように大変忙しい病院でやるのは難しいでしょう。

私は翻転指導のようなprimary careで専門医が本当はやらなければいけな

いバルーンカテーテルを含めた処置は、本来は分けて考えていかなければならないと思っています。翻転指導は、小児科医や開業されてprimary careを行うurologistの方にしていきたい手技だと思っています。

BXOの場合、人によっていろいろあると思うのですが、完全に剥けた状態の子以外はだれでもなりうる病態だと思います。当病院で生まれて新生児期からお母さんが包皮翻転を行っていて、しかも大きくなってからは本人も行ってた子が小学校に入ったところに炎症も何も起こさずにいきなりBXOになって来院した症例があります。一種の血流障害だと思いますけれども。だから逆にその部分を、子どもの場合は組織がある程度乱暴にでも広げていって

再生を促していけば広がる可能性があると考えています。

ただ、その痛みに耐えられるかどうかは大きな天秤にかけなければいけないところで、BXOに関しては「絶対に手術はしません」とはいえないところですが、まずは翻転指導を試みたいと思っています。

嵌頓包茎の場合

【荒井】 嵌頓包茎で受診した場合はどうしますか。かなり浮腫があって、awakeの状態での処置が難しく思う場合もありますが、そのような場合を含めてどう対処しますか。

【坂井】 軽い場合は最初は戻してやって、軟膏などを使用してまずconserva-

図7 7カ月男児 BXO症例

a: 高度の瘢痕狭窄にて排尿障害をきたした症例。

b: 翻転指導を試みたが、痛みと出血を伴い、母親も怖がって手技をなかなか習得できなかった。

c: 数カ月間、頻回の外来通院にてステロイド軟膏と翻転指導を試みた結果、絞扼輪は一時解除されたが、その後皮膚の再瘢痕化により狭窄をきたし、結果的に1歳4カ月時に手術となった。



tiveにみてもよいと思います。ただし、戻し方によってはまた嵌頓包莖になる可能性もあるので、ご両親が嵌頓になったときの戻し方を熟知していなければいけません。そこをしっかりと指導したうえでないと外来で対応していくのは実際上は無理ですので、その対応ができない場合は手術を検討してよいかと思います。

嵌頓包莖への対応については、発症からの時間も問題となります。発症から早めに来た場合にはわりと戻しやすいですが、恥ずかしがって何日か経ってから来られた重症の場合は浮腫があって、awakeの状態での処置が難しいため緊急的に一時減張切開をしておいて、包莖の浮腫などが改善してから手術を含めて対応を考えます。

岩室先生の「OCHINCHIN おちんちん」(図1)というパンフレットや小児泌尿器科のハンドブックなどにも「亀頭部の上をつまんでギュッとつぶしながらやると、ちゃんと戻る」とは書いてありますが、現場で対応するときにはやはり緊急手術もやむをえない場合があると考えます。

【岩室】 嵌頓するということはすでに亀頭部を露出できる、剥ける状態にあるということだと私は思っています。ですからピンホールよりもはるかに剥けやすい状態の子どもが、たまたまいろいろ理由で嵌頓しただけだと。

確かに1例、10歳くらいだったと思いますけれども、なかなか戻しにくいケースがありました。それはだいたい前の話で、その後ある論文をみますと、浮腫を起こしているところに18ゲージぐらいの針を刺すとむくみが取れて戻せるとありました。このことは今ではかなり行きわたっていると思います。亀頭部を潰すことと針を刺して浮腫をとることを併せれば、私は戻せない嵌

頓はないと思っています。

戻した後1週間とか2週間おいてまた来させると、少なくともピンホールよりもはるかに剥けている子がそこに現れるわけですから、指導はむしろ何段階も先に行ったところから始まることとなります。亀頭部の刺激に対しても慣れていきますので、翻転指導がしやすいと考えています。だから嵌頓包莖こそ手術はいらないということです。

トラウマに関して

【荒井】 手術しないで翻転指導のように非常に長い時間をかけて治療する場合と、侵襲を伴う手術療法をトラウマの観点からみた場合、先生方はどのようにお考えになりますか。

【坂井】 どちらがトラウマが大きいかわかるのはかなり難しい問題で正確にリサーチをしないとわからないと思うのですが、私は手術のほうがお子さんの気持ちの戻りが早いかなという気がします。

翻転指導を続けていると、親子関係に“ひび”とまではいいませんが、多少戦いがあると思います。また、本人も本当に嫌がるし、病院に来るのも嫌がってしまい長く尾を引いてしまうようなイメージがどうしてもあります。

手術の場合は、手術後の痛みを数日我慢しますと、あとは包皮もきれいに剥けるようになって、本人はわりとケロッとしてその後も病院に来てくれます。印象としては手術のほうが総合的なダメージが少ないと考えていますが、明確なエビデンスはありません。

【岩室】 最近はトラウマということをおわれわれ臨床医が念頭において対処するようになったというのはすごく大事だと思います。

私の場合は公衆衛生も兼ねながら翻

転指導をしてきたものですから、トラウマとは逆に親子関係においてある程度ストレスをお互いが受けとめ、ストレスに強い親や子をつくるということまで考えています。そこで、子どもへの指導を大変大事にしていますが、親がこの処置をどのように受けとめるのか、それから子どももそれに対して前向きになれるか、なれないかということを見定めながらみるということが非常に大事だと考えます。

実際の指導ではテクニック的なことかもしれませんが、例えば外来に入ってきて嫌がっている子はすぐには診察しません。1分くらい泣かせて、それでも「絶対に嫌だ」という場合には、「じゃあ、今日はバイバイ」ということで帰ってしまうことがあります。外に出たらやはり診てほしいと本人がその気になって、また親と一緒に入ってくるということもあります。そういうところまでフォローすることでトラウマにならないように対処できるのではないかと思うのです。それをやらないで、単に「はい。じゃあ、皆で押さえつけて」というのは絶対にだめで、それこそトラウマの元です。私どもは本人が「押さえってくれ」といわない限りは基本的に押さえないでやりたいと思っています。ですからこの翻転指導をやるのであればそれなりのプロフェッショナルチームを組んで、例えば出ていったあと看護婦さん、クラークさんが「偉かったわね。頑張ったわね。またおいで」というように、子どもが再度来たいと思うような雰囲気をつくっていくことが必要だと思います。

介入に関して

【坂井】 先ほど、病的な悩みなどでコンサルトされてきた場合以外でも翻転指

導を行っているとおっしゃいましたが、何も訴えていない子どもに翻転指導を行うことの意義に疑問をもっています。

私はやはり自然史の論文を見ても自然に剥けてくることが多いので、あまり無理に介入しないで、病的状態が起きたときだけ対応していけばそれで十分ではないかと思います。

予防的観点からいえば、USAなどでは包茎の手術を新生児期に行う理由としてUTI (urinary tract infection, 尿路感染症) の予防とか、将来癌になる確率、あるいは衛生面のこと、嵌頓包茎にならないためにというようなことを目標にしていますが、ある論文に、1人のUTI患者を出さないためには195人の患者に対し環状切除しなければいけないということが書いてあり、英国からも新生児期の介入には反論が出ています。UTIの予防のことを考えても必ずしも新生児期に介入する必要はないという考え方になっています。

【岩室】 翻転指導の目的がどこにあるのかだと思います。当初、私どもの病院

でもアイデアは出していたのですが、1例、新生児の嵌頓包茎⁶⁾が出るまでは院内では実施することへの了解が得られていませんでした。そのとき一番騒いだのは周りの助産師さんで、新生児の嵌頓なんて見たことがないですから。そこで「いや、これはちゃんと剥いていけば狭いところが広がって嵌頓もしなくなるのですよ」という話になりました。また親が気にしている恥垢を取るべきか、取らないべきかそもそも恥垢は身体の一部と考えてもよいのではないかというときも、これが恥垢だということを示すためにも翻転をしなければならなくなったということがあります。

また、私自身、昔はかなり包茎の手術をやっていたのですが、手術がいらぬのではないかというディスカッションが泌尿器科学会でこれまであまりなかったということです。十何年か前の包茎の手術のビデオセッションでのことですが、シンガポールかどこかの先生の包茎手術のビデオを見て、島田

憲次先生が「あれはそもそも手術はいらぬんじゃないか、だって剥けたんだもん」「いやいや、違う」と、ディスカッションがありました。そのディスカッションを聞いていて「そうだよ、剥ければ手術はいらぬよね」というところから、1つのエビデンスとして手術がいらぬ率はどのくらいであるかというのを出すべきであるという考えもありました。

亀頭包皮炎がどれだけあるのかのデータも取りにくいのですが、小学校とか中学校のPTAをはじめとしていろんな所で講演してフロアのお母さんで男の子をお持ちの方にお聞きしますと、息子さんが亀頭包皮炎を起こした経験があるお母さんが10%くらいいるのです。ですから亀頭包皮炎を起こす子がもし1割いたとして、翻転指導で1割の亀頭包皮炎が予防できるとすれば、何割ならよいかというのもディスカッションしなければいけないと思いますけれども、ひとつやっても悪くないと思っています。

【荒井】 包茎の治療について岩室先生と坂井先生にディベートをしていただきました。最初は保存的治療を試みるというところはお二人とも同じですが、岩室先生は最後まで、あくまでも保存的治療を根気よく行っていくという主張で、坂井先生は現状も考え一定のところでは手術のオプションを示して必要なときは手術をしたほうがよいという主張でした。

保存的治療vs手術、というのは多くの疾患で論点になるテーマで、包茎も例外ではありません。われわれ泌尿器科医は医師になってから、果たして包茎についてのきちんとした教育を受けてきたのでしょうか。「たかが包茎、されど包茎」の境地です。本日はそれぞれの立場でディベートしていただいたことで、いくつかの論点が浮き彫りになった

ようです。読者の明日からの診療に少しでもお役に立てれば幸いです。

今日ディベートをしていただいて、先生方はいかがでしたでしょうか。

【坂井】 予防的な翻転指導を含めた岩室先生の主張をお聞きしまして、先生のやり方は、私どもが手術を行うよりもむしろアグレッシブだなと感じました。

【荒井】 むしろ岩室先生のほうがラジカルだと(笑)。

【岩室】 その通りかもしれませんね(笑)。ただ、まだ手術を積極的にされている先生方が少なくないなかで、「手術はいらぬ」という明確なメッセージをもう少し訴え続けたいと思っています。

◎文献

- 1) Oster J : Further fate of the foreskin : Incidence of preputial adhesions, phimosis, and smegma among Danish schoolboys. Arch Dis Child, 43 : 200-203, 1968.
- 2) 今村栄一 : 乳幼児の包茎. 小児科診療, 57 : 2339-2344, 1994.
- 3) Kayaba H : Analysis of shape and retractability of the prepuce in 603 Japanese boys. J Urol, 156 : 1813-1815, 1996.
- 4) 岩室紳也, 田代和也, 鈴木正泰ほか : 小児包茎の取り扱い方. Urology View, 2(3), 69-74, 2004.
- 5) 岩室紳也 : OCHINCHIN, 日本家族計画協会, 東京, 1999.
- 6) 岩室紳也, 古田 昭, 岩永伸也ほか : 新生児の包茎に対する包皮翻転指導. 日泌尿会誌, 88(1) : 35-39, 1997.
- 7) Cold CJ : The prepuce. BJU Int, 83 : Suppl : 34-44, 1999.

第2回ディベート読者判定募集

今回のディベート『包茎の治療—保存的に治療するか、手術で治療するか』では、岩室紳也先生に“a. あくまでも翻転指導によって保存的治療”の立場で、坂井清英先生に“b. 必要なときには手術によって治療”の立場で主張していただきました。あなたはaとbの主張のどちらを支持しますか。支持する主張をメールで編集部までお寄せください。誌上でその結果を発表いたします。

宛先アドレス uro-virw@medicalview.co.jp

件名は「第2回ディベート判定」としてください。

締切日 平成17年5月10日