

第4卷 第1号 2006

# 間質性膀胱炎研究会誌

Journal of Interstitial Cystitis



第6回日本間質性膀胱炎研究会抄録集

(2006年9月 8日、東京)

日本間質性膀胱炎研究会

Society of Interstitial Cystitis of Japan (SICJ)

## ごあいさつ

月日の経つのは早いもので、平成 13 年に熊本で第 1 回間質性膀胱炎研究会を開催して以来丸 5 年が経過しました。当時わが国においては、学会等で間質性膀胱炎について討議される機会はあまり有りませんでした。その後本疾患をとりまく状況は大きく変化しました。日本泌尿器科学会や日本排尿機能学会では毎回のように特別企画が生まれ、多くの出席者による活発なディスカッションが行われるようになり、間質性膀胱炎もいよいよ common disease の仲間入りを果たした感があります。診断と治療の方向性についても、ある程度共通認識が持たれるようになってきましたが、わが国においては間質性膀胱炎の基本的診断治療手技である水圧拡張術さえ保険点数が設定されていません。DMSO に至っては医薬品としての認可さえ得られていないのが現状です。近日中に診療ガイドラインも出版される予定ですが、このような現状を打破するきっかけとなって欲しいと願っています。

今回も第 13 回日本排尿機能学会会長 安田耕作教授(獨協医科大学越谷病院泌尿器科)のご好意により、学会終了後に同じ会場で開催させていただくことができ、安田耕作教授、山西友典助教授(獨協医科大学泌尿器科)ならびに学会関係者の皆様には心より感謝申し上げます。諸事情により特別講演等は有りませんが、内容の濃い一般演題を 10 題応募いただきました。時間は 1 時間 30 分と短めですが、その分密度の高いディスカッションができるものと期待しております。どうかよろしく願いいたします。

2006 年 8 月

第 6 回日本間質性膀胱炎研究会 会長 武井実根雄


## 第 6 回日本間質性膀胱炎研究会のお知らせ

期 日； 平成 18 年 9 月 8 日（金） 17 時から 18 時 30 分  
会 場； 笹川記念会館 （第 13 回 日本排尿機能学会の第 3 会場です）  
住 所； 〒108-0073 東京都港区三田 3-12-12  
TEL. /03-3454-5062（代） FAX. /03-3454-5544

### 参加される方へ

1. 会場費は 1,000 円です。
2. 抄録集はお送りしたものを持参ください。会場では一部 1,000 円で販売いたします。
3. 非会員の方でも、当日会員になられると、抄録集は無償でお渡しします。ご興味のある方はぜひご参加ください。

### 演者の先生方へ

1. 発表は、講演 5 分、討論 3 分で行います。有意義な討論のために、発表時間の厳守をお願いします。
2. 発表は PC プレゼンテーションをお願いします。スライドによる発表はできませんのでご注意ください。
3. PC で発表の際、PowerPoint の枚数には制限ありませんが、10 枚くらいとしてください。また、以下の注意点を良くお読みください。
  - ・ プロジェクターとアナログ D-Sub15 ミニピン(オス)のケーブル (  ) をご用意します。Windows でも Mac でも使えます。これに合わない形状の出力端子の場合は「変換アダプタ」をご用意ください。
  - ・ PC は各自がお持ち込みください。CD、FD、MO などを持参されても発表できません。
  - ・ 次演者席での試写後は発表時まで電源を落とさず、そのままプロジェクターとつないで発表を行うようにしてください。そのためにも、充電状態にはお気をつけください。

- ・ サスペンドモード(スリープ)や、スクリーンセイバーが作動すると設定が変更される場合がありますので、それらの機能は OFF にしてください。
  - ・ その他、ご持参の PC の操作を熟知した上でお越してください。
  - ・ 機械の不調で PC で発表できないこともありえることを予め御了承ください。その際はスライドなしでご発表をお願いします。
  - ・ 試写は排尿機能学会の試写室を使わせてもらえる予定ですが、変更がありましたら、またご連絡いたします。
4. 今回から研究会賞が設けられました。発表と表彰は会の最後に行います。

#### **座長の先生方へ**

1. 発表は、講演 5 分、討論 3 分で行います。時間厳守で、要領のよい進行をお願いします。
2. 機械のトラブルでスライドが映写されない場合は、スライドなしでの発表をご指示ください。

## — プログラム —

17:00 ~ 17:05 開会の辞

17:05 ~ 17:45

セッション1/座長:本間之夫(日本赤十字社医療センター 泌尿器科)

伊藤貴章(東京医科大学八王子医療センター 泌尿器科)

**1. 間質性膀胱炎に対する再度の水圧拡張時の生検にて膀胱癌を認めた1例**

古屋亮兒<sup>1)</sup>、小椋 啓<sup>1)</sup>、古屋聖兒<sup>1)</sup>、高橋 聡<sup>2)</sup>

(古屋病院<sup>1)</sup>、札幌医科大学医学部 泌尿器科<sup>2)</sup>)

**2. 間質性膀胱炎患者に対するDMSO膀胱内注入療法中の症状の推移**

高橋 聡、市原浩司、井上隆太、橋本浩平、前田俊浩、砂押研一、  
舛森直哉、塚本泰司

(札幌医科大学医学部泌尿器科)

**3. ハンナー潰瘍についての検討**

南里正晴、南里和成

(南里泌尿器科医院)

**4. ハンナー潰瘍の分布について**

~ハンナー潰瘍の膀胱鏡所見による分類作成の試み~

西川信之<sup>1)</sup>、長船 崇<sup>1)</sup>、金 哲將<sup>1)</sup>、齊藤亮一<sup>2)</sup>、上田朋宏<sup>3)</sup>

(公立甲賀<sup>1)</sup>、倉敷中央<sup>2)</sup>、京都市立<sup>3)</sup>)

**5. 間質性膀胱炎患者における新生血管の検討**

木内 寛、中山治郎、平井利明、植田知博、小森和彦、藤田和利、  
松岡庸洋、高尾徹也、宮川 康、高田晋吾、辻村 晃、奥山明彦

(大阪大学大学院医学系研究科器官制御外科学 泌尿器科学)

17 : 45 ~ 18 : 25

セッション2/座長：上田朋宏（京都市立病院 泌尿器科）

巴 ひかる（東京女子医科大学東医療センター 泌尿器科）

**6. 前立腺生検患者における点状出血の検討**

小島宗門<sup>1)</sup>、石田博万<sup>1)</sup>、増田健人<sup>1)</sup>、矢田康文<sup>1)</sup>、早瀬喜正<sup>2)</sup>  
(名古屋泌尿器科病院<sup>1)</sup>、丸善ビルクリニック<sup>2)</sup>)

**7. 慢性前立腺炎（カテゴリー3、慢性骨盤痛症候群）と間質性膀胱炎の類似性**

田口裕基、山田哲夫  
(国立病院機構相模原病院 泌尿器科)

**8. 間質性膀胱炎患者の食事・生活習慣調査（第3報）**

関口由紀<sup>1)</sup>、喜多かおる<sup>2)</sup>、関口麻紀<sup>2)</sup>、金城真美<sup>2)</sup>、窪田吉信<sup>1)</sup>  
(横浜市立大学医学部泌尿器科女性外来<sup>1)</sup>、  
横浜元町女性医療クリニック・LUNA<sup>2)</sup>)

**9. 間質性膀胱炎の重症度分類—臨床的パラメーターを用いた検討**

齊藤亮一<sup>1)</sup>、西川信之<sup>2)</sup>、杉野善雄<sup>3)</sup>、玉置雅弘<sup>4)</sup>、上田朋宏<sup>5)</sup>  
(倉敷中央病院 泌尿器科<sup>1)</sup>、公立甲賀病院 泌尿器科<sup>2)</sup>、  
京都大学 泌尿器科<sup>3)</sup>、日赤和歌山医療センター 泌尿器科<sup>4)</sup>、  
京都市立病院 泌尿器科<sup>5)</sup>)

**10. 間質性膀胱炎の診断における膀胱鏡検査の必要性の検討**

本間之夫<sup>1)</sup>、山田哲夫<sup>2)</sup>、上田朋宏<sup>3)</sup>、伊藤貴章<sup>4)</sup>、巴ひかる<sup>5)</sup>、  
武井実根雄<sup>6)</sup>  
(日本赤十字社医療センター<sup>1)</sup>、国立病院機構相模原病院<sup>2)</sup>、  
京都市立病院<sup>3)</sup>、東京医科大学霞ヶ浦病院<sup>4)</sup>、  
東京女子医科大学東医療センター<sup>5)</sup>、原三信病院<sup>6)</sup>)

18 : 25 ~

総評／山田哲夫（国立病院機構相模原病院 泌尿器科）

研究会賞 表彰式

次期会長の挨拶

閉会の辞

# 抄 録 集

## 1. 間質性膀胱炎に対する再度の水圧拡張時の生検にて膀胱癌を認めた1例

古屋亮兒<sup>1)</sup>、小椋 啓<sup>1)</sup>、古屋聖兒<sup>1)</sup>、高橋 聡<sup>2)</sup>

古屋病院<sup>1)</sup>、札幌医科大学医学部 泌尿器科<sup>2)</sup>

### 【背景、目的】

間質性膀胱炎に対する膀胱水圧拡張時の膀胱生検は主に膀胱上皮内癌の除外を目的として行われるが、再発に対する水圧拡張時には生検をしない場合もあると推測される。今回、われわれは、再度の膀胱水圧拡張時に膀胱腫瘍を認め、さらに発赤部の生検にて上皮内癌と診断された1例を経験したので報告する。

### 【症例】

78歳、男性。2年前に前立腺肥大症の診断にてTUR-Pを施行した。手術後、閉塞症状は改善したが頻尿は持続し、塩酸プロピペリンの処方を受けていた。その後は受診せず、他院より同じ処方を継続していた。1年前より頻尿、尿意切迫感、および下腹部痛が出現し、当科を受診した。1回排尿量は50～125ml、顕微鏡的血尿と膿尿なし。間質性膀胱炎を疑い麻酔下膀胱水圧拡張を施行し、点状出血およびcrackingを認め、拡張後には膀胱容量は240mlから300mlへと増加。点状出血部の生検を1箇所行い、上皮はほぼ脱落していたが、悪性所見なし。1回排尿量は変化がなかったが、下腹部痛は消失し、その後は来院がなかった。水圧拡張の半年後より再び下腹部痛が出現し、水圧拡張の1年後に再診。頻尿も継続しており、間質性膀胱炎の症状の増悪と考え、麻酔下での水圧拡張を予定。顕微鏡的血尿と膿尿なく、尿細胞診もclass Iであった。水圧拡張時の膀胱内観察にて右側壁に3mmの乳頭状腫瘍および一部に発赤を認めたため、TUR-BTおよび発赤部を含めたランダム生検を行った。組織はUC, pTa（腫瘍部）およびpTis（発赤部）, G3>2であった。現在、BCG膀胱内注入療法を施行中である。

### 【結論】

本症例では、顕微鏡的血尿を認めず、尿細胞診でもclass Iであったことより膀胱癌の存在を疑うことは困難であったと考えられるが、再度の水圧拡張時にも十分な膀胱内の観察と疑わしい所見がある場合には積極的に生検を考慮すべきであると考えられた。



## 2. 間質性膀胱炎患者に対する DMSO 膀胱内注入療法中の症状の推移

高橋 聡、市原浩司、井上隆太、橋本浩平、前田俊浩、砂押研一、  
舛森直哉、塚本泰司

札幌医科大学医学部泌尿器科

### 【背景・目的】

Dimethyl sulfoxide (DMSO)膀胱内注入療法は、間質性膀胱炎に対する二次的治療として、ある程度の有効性が示されており、現時点では有効な治療法のひとつである。一般的には、6 から 8 回の注入により症状の改善をみるとされているが、注入開始時、特に最初の 1 から 2 回目には症状の改善がなく、患者にとって治療に対する不安感が生じる要因となっていることを経験する。そこで、DMSO 膀胱内注入療法施行中の症状の推移を詳細に検討した。

### 【方法】

対象は、すでに麻酔下での水圧拡張を行い、間質性膀胱炎と診断し、その後、症状の再燃をみた女性 6 例である。DMSO 膀胱内注入療法は、50%DMSO50ml を膀胱内に注入し、15 分後に排出し、これを 1 週間に一回で 8 回施行した。最初の注入前と、計 8 回の注入翌日に症状・問題スコア、尿意切迫感の程度、膀胱痛・骨盤痛等の痛みの程度、排尿日誌による平均排尿回数と平均膀胱容量を記入し、比較・検討した。

### 【結果】

問題スコアの質問 1、尿意切迫感の程度、膀胱痛・骨盤痛等の痛みの程度、平均排尿回数は注入 3 回目より有意に改善していた。問題スコアの質問 2 は注入 4 回目の翌日、平均膀胱容量は 5 回目の翌日より有意に改善していた。また、平均排尿回数と平均膀胱容量は、最初の 2 回の注入直後には、ほとんど改善がみられなかった。

### 【結論】

DMSO 膀胱内注入療法では、最初の 2 回までの注入後には症状の改善の程度が小さく、注入 3 回目以降に改善する傾向であった。これらの点に留意して、患者に治療の説明をすることが好ましいと考えられた。

### 3. ハンナー潰瘍についての検討

南里正晴、南里和成

南里泌尿器科医院

#### 【背景・目的】

ハンナー潰瘍は間質性膀胱炎（IC）患者の5～10%に存在し、重症例に認められる所見と言われている。潰瘍例に対するレーザー焼灼などの有効性は当研究会でも報告されているが、ハンナー潰瘍の定義そのものが明確でなく、教科書等の写真もあまり無いため、術中にハンナー潰瘍として処理してよいか迷うことを何度か経験した。今回、当院で治療したIC症例の膀胱鏡所見を見直し、ハンナー潰瘍について検討した。

#### 【方法】

2005年2月から2006年7月までに当院で治療を行ったIC患者17例を、潰瘍型と診断した7例と非潰瘍型と診断した10例に分けて検討した。また、当院でハンナー潰瘍と診断した膀胱鏡写真を佐賀県泌尿器科懇話会で提示し、どのように診断するかアンケートをとった。

#### 【結果】

潰瘍型は女性6例、男性1例に対し、非潰瘍型は女性2例、男性8例に認めた。また、潰瘍型の診断時の平均年齢は67.6歳、治療前のIC症状スコアは15.5点であったのに対し、非潰瘍型はそれぞれ40.1歳、9.6点であった。病理所見では潰瘍型は7例中4例に明らかな肥満細胞の増加が認められたが、非潰瘍型で生検を行った6例のなかに肥満細胞の増加を認めた症例はなかった。

潰瘍型7例中、2例は術中所見で上皮内癌との鑑別が心配になり生検と潰瘍部の凝固のみにとどめた。また、2例は初回の麻酔下水圧拡張時には潰瘍の存在に気付かず、再手術の際にハンナー潰瘍として認識していた。

臨床経過と合わせて提示したハンナー潰瘍の膀胱鏡写真のアンケート結果は、ICと診断した医師が8名、慢性膀胱炎と診断した医師が2名、薬剤性膀胱炎や膀胱鏡操作による損傷と診断した医師が3名だった。

#### 【結論】

当院ではハンナー潰瘍を有する症例が従来報告されている頻度より多かった。原因として重症例しか診断できていない、または当院でのハンナー潰瘍の認識が間違っていることなどが考えられた。

## 4. ハンナー潰瘍の分布について

### ～ハンナー潰瘍の膀胱鏡所見による分類作成の試み～

西川信之<sup>1)</sup>、長船 崇<sup>1)</sup>、金 哲將<sup>1)</sup>、齊藤亮一<sup>2)</sup>、上田朋宏<sup>3)</sup>  
公立甲賀<sup>1)</sup>、倉敷中央<sup>2)</sup>、京都市立<sup>3)</sup>

#### 【背景・目的】

ハンナー潰瘍は、間質性膀胱炎の診断基準の一つとしてよく知られたものであるが、現在までハンナー潰瘍の分布、方向について示した報告はない。今回、我々は48症例の膀胱鏡所見を考察し、ハンナー潰瘍の特徴を見つけることを試みた。

#### 【方法】

ハンナー潰瘍の記載のある48症例の麻酔下水圧拡張における膀胱鏡所見を用いて、潰瘍の場所、方向を記録した。その結果から、潰瘍を再分類し、膀胱鏡所見による分類作成を試みた。さらに、0' Leary-Sant symptom and problem indexにおける症状の格差との関係を考察した。結果：大半の症例において潰瘍は内尿道口から伸びる仮想軸を中心として後三角部に描いた仮想円に沿った形で存在し、さらに仮想円の上方に存在した。さらに、円の上方中央部（UC）の潰瘍は、大半が上方外側（上方左（UL）および上方右（UR））からの延長によるものであった。以上より潰瘍を3段階に分けて考察したが、症状などに優位差は認めなかった。

#### 【結論】

ハンナー潰瘍の分布、方向性には、後三角部の仮想円上に沿って存在するという特徴が見られた。分類作成は完成しなかったが、潰瘍形成の理論などにおける手がかりになる可能性を有していると考えられた。

## 5. 間質性膀胱炎患者における新生血管の検討

木内 寛、中山治郎、平井利明、植田知博、小森和彦、藤田和利、  
松岡庸洋、高尾徹也、宮川 康、高田晋吾、辻村 晃、奥山明彦

大阪大学大学院医学系研究科器官制御外科学（泌尿器科学）

### 【背景】

間質性膀胱炎（IC）は下腹部痛や水圧拡張時に出血することが特徴的であり、診断の際にも重要な項目であるが、その詳細はよくわかっていない。そこで出血や痛みの程度と間質性膀胱炎患者の膀胱組織における血管新生因子の発現や血管脆弱性に関連する項目について病理組織学的に検討した。

### 【対象と方法】

2004年1月から2006年1月までに当科においてICを疑い、水圧拡張術にて出血を認め、ICと確定診断した31例（男性1人、女性、30人）を対象とした。平均年齢は $57.5 \pm 13.1$ 歳であった。水圧拡張時の出血に関しては、膀胱鏡で粘膜を観察し、点状出血のみと明らかな出血の2段階で判定した。点状出血のみが15例、明らかな出血が16例であった。最も出血している部位 cold-cup にて生検を行い、生検標本をホルマリン固定パラフィン包埋し、VEGF や CD34、その他の血管脆弱に関わる因子について、免疫組織学的染色を行った。CD34 陽性細胞が豊富なところを hot spot とし、microvessel density (MVD) を測定した。

### 【結果】

VEGF 陽性は31例15例（41.7%）であった。また、水圧拡張時の出血の程度が高い患者や膀胱痛がある患者では lamina propria における VEGF の発現が多く認められた。しかしながら、MVD に関して、出血や下腹部痛とは有意な相関が認められなかった。

### 【考察】

水圧拡張時に出血の程度が強く、また痛みを有する患者では VEGF の発現が有意に高いことから、これらの患者では膀胱虚血により低酸素をきたしており、その反応性に VEGF が発現している可能性がある。VEGF の発現が増強しているにもかかわらず新生血管の増加はなく、虚血が改善されていないことが示唆された。このことが IC の症状の維持につながっていると考えられる。また、血管の脆弱性についても検討を行う予定である。

## 6. 前立腺生検患者における点状出血の検討

小島宗門<sup>1)</sup>、石田博万<sup>1)</sup>、増田健人<sup>1)</sup>、矢田康文<sup>1)</sup>、早瀬喜正<sup>2)</sup>

名古屋泌尿器科病院<sup>1)</sup>、丸善ビルクリニック<sup>2)</sup>

### 【背景・目的】

膀胱水圧拡張に伴う点状出血は、間質性膀胱炎の診断基準の一つとして有名であるが、その臨床的意義については不明な点が多い。今回は、一般高齢男子における点状出血の頻度を知る目的で、前立腺生検時に膀胱鏡検査を行ない検討した。

### 【方法】

対象は、2005年3月から2006年6月までの間に、PSA高値などで前立腺生検の対象となった50歳以上の男性患者である。前立腺癌の膀胱浸潤、膀胱結石、膀胱腫瘍などの合併例およびカテーテル留置例などは除外した。計140例(52-86歳、69±8歳)で以下の検討を行った。腰椎麻酔下に、前立腺生検(経会陰的)に先立ち、膀胱鏡を挿入し、60cm水柱圧で最大500mlまで生理食塩水を注入し、排出時に膀胱粘膜の変化を観察した。全員にIPSSとNIH-CPSIのアンケートを行い、点状出血と比較検討した。

### 【結果】

140例中12例(8.6%)で、点状出血が認められた。点状出血の有無と、アンケート結果を含む各種パラメータとを比較すると、NIH-CPSIの痛みスコア(質問1-4)との間に明らかな相関がみられた。すなわち点状出血ありの12例と点状出血なしの128例との間で、痛みスコアに統計学的な有意差が認められた(5.1±4.3 vs 1.4±3.1、 $p<0.0005$ )。また痛みスコアが4点以下の患者では、点状出血の頻度は3.4%(116例中4例)の低値であるのに対し、5点以上の患者ではその頻度は33.3%(24例中8例)の高値であり、統計学的にも有意な違いであった( $p<0.0001$ )。病理結果と点状出血の頻度の比較では、前立腺癌ありで61例中6例(9.8%)、前立腺癌なし79例中6例(7.6%)で、有意な違いは認められなかった。

### 【結論】

今回の検討から、高齢男子の8.6%で点状出血が存在することが判明した。とくに痛み症状(潜在的?)を有する患者では、その頻度は33.3%の高値であった。当院における前立腺生検患者の受診理由の多くが下部尿路症状であることを考慮すると、高齢男子における下部尿路症状の発現に、間質性膀胱炎に類似した膀胱の病理学的変化が関与している可能性が考えられる。

## 7. 慢性前立腺炎（カテゴリー3、慢性骨盤痛症候群）と間質性

### 膀胱炎の類似性

田口裕基、山田哲夫

国立病院機構相模原病院 泌尿器科

#### 【緒言】

慢性前立腺炎のうち細菌が検出されないカテゴリー3 は慢性骨盤痛症候群 (CPPS) と同義語に使用され、間質性膀胱炎 (IC) と症状が類似する。従ってカテゴリー3 には 63% に IC が含まれているとの報告がある。最近、IC との鑑別のため水圧療法を施行し出血斑が認められず慢性前立腺炎と診断した 1 例を経験し慢性前立腺炎と間質性膀胱炎との類似性を検討した。症例は 41 歳、男性。主訴：骨盤部の痛みや不快感。既往歴：38 歳の時、性行為感染による急性尿道炎。現病歴：尿道炎発病時から疼くような痛みが会陰部や陰茎にあった。H16 年 3 月当科初診。前立腺は触診上異常なし。尿所見はマッサージ前後とも白血球が沈査で毎視野 1-4 個。マッサージ前後の尿培養で共に陰性。尿中クラミジヤと淋菌は PCR で陰性。抗菌剤を 14 日間投与。H18 年 1 月再診。抗生物質や漢方薬をいろいろ飲んできたが焼けるようなヒリヒリする、拍動性の痛みが会陰部や臀部、尿道部にあり頻尿や排尿困難もある。前立腺はマッサージ前後の尿沈査、細菌培養、クラミジヤの PCR でも異常なかった。排尿日記：1 日 12 回、平均 140ml、最大 400ml。IC を疑い 18 年 3 月に腰椎麻酔下に水圧療法施行。最大膀胱容量は 800ml。肉柱形成は中等度。glomeration は局所的で全視野の約 1/4 軽度認めるも IC の診断基準に合致せず、慢性前立腺炎/CPPS とした。その後筋肉弛緩薬、運動療法も併用し改善した。

#### 【考察】

慢性前立腺炎といわれ長期間各種の抗生物質が投与されても症状が全く軽快せず、実際には IC であったという症例を多数経験している。一方今回の症例は慢性前立腺炎であったが治療を IC に沿って行い有効であった。

#### 【結語】

カテゴリー3 と IC は症状や治療に類似していた。

## 8. 間質性膀胱炎患者の食事・生活習慣調査（第3報）

関口由紀<sup>1)</sup>、喜多かおる<sup>2)</sup>、関口麻紀<sup>2)</sup>、金城真美<sup>2)</sup>、窪田吉信<sup>1)</sup>

横浜市立大学医学部泌尿器科女性外来<sup>1)</sup>、  
横浜元町女性医療クリニック・LUNA<sup>2)</sup>

### 【緒言】

私達は、今研究会において、一昨年、昨年と間質性膀胱炎の症状と食事の関係を検討してきた。今回は、より精度の高い研究を行うため、食事指導前の初診の患者で研究を行った。

### 【方法】

横浜元町女性医療クリニック・LUNA に、膀胱痛と頻尿を訴えてきた初診患者のうち器質的疾患のなく、間質性膀胱炎症状スコアが13点以上（このうち質問4“痛み”に関しては、3点以上）の患者に、診察前に食事や生活習慣に関するアンケートを行った。さらにLUNA女性検診を受けた患者に同じアンケートを行いコントロールとした。

### 【対象】

膀胱痛症候群は18例、平均年齢52歳（最高80歳、最低20歳）であった。

女性検診群は13例、平均年齢45歳（最高60歳、最低37歳）であった。

### 【結果】

膀胱痛症候群患者群（以下B群）と、女性検診患者群（以下C群）で、差のあった食事・生活習慣は、アルコール摂取あり（B群16%、C群38%）7000歩以上毎日歩く（B群16%、C群31%）、満腹になるまで食べる（B群22%、C群61%）、辛いものを好む（B群0%、C群30%）マヨネーズを週1回以上使う（B群38%、C群15%）、洋菓子・菓子パン類を週2回以上食べる。（B群39%、C群15%）、魚を週3回以上食べる（B群27%、C群61%）、果物を毎日食べる（B群33%、C群66%）、大豆製品を毎日食べる（B群66%、C群38%）、夜中の12時以降に寝ることが週3回以上ある。（B群61%、C群23%）、ストレスを毎日感じる（B群27%、C群61%）等であった。

### 【結語】

食事は腹8分に控えているが、運動の習慣は少なく、魚の食わず、大豆製品を多くとり、マヨネーズや洋菓子を好み、不眠ぎみという重症膀胱痛症候群の患者像が予想された。さらにアルコールや、辛い食べ物、果物は、医師の注意を受ける以前からすでに控えている可能性が示唆された。

## 9. 間質性膀胱炎の重症度分類－臨床的パラメーターを用いた検討

齊藤亮一<sup>1)</sup>、西川信之<sup>2)</sup>、杉野善雄<sup>3)</sup>、玉置雅弘<sup>4)</sup>、上田朋宏<sup>5)</sup>

倉敷中央病院 泌尿器科<sup>1)</sup>、公立甲賀病院 泌尿器科<sup>2)</sup>、  
京都大学 泌尿器科<sup>3)</sup>、日赤和歌山医療センター 泌尿器科<sup>4)</sup>、  
京都市立病院 泌尿器科<sup>5)</sup>

### 【背景】

本邦では間質性膀胱炎に対して診断・治療を目的としてまず水圧拡張が行われるが、その治療効果は一時的で約 6 ヶ月程度と考えられている。しかし予後を推測できる明確なデータは未だ存在せず、水圧拡張だけで良好な経過をたどることもある。今回我々は重症度分類を作成し長期予後とともに臨床的パラメーターを用いて検討した。

### 【方法】

対象は IC/PBS 165 症例。麻酔下膀胱容量、点状出血の範囲によって以下の 4 群に分類した。1 (容量 400ml 以上、点状出血 1/3 未満)、2 (容量 400ml 以上、点状出血 1/3 以上)、3 (容量 400ml 未満、点状出血 1/3 以上)、4 (容量 400ml 未満、点状出血 1/3 未満)。各群において潰瘍の有無、年齢、病悩期間、既往歴、自覚症状、排尿記録、OS スコア、追加治療内容、再燃の有無、非再燃期間について比較検討した。再燃は二回目水圧拡張時の入院日とした。

### 【結果】

潰瘍は 1・2 群では約 20%、3・4 群では約 60%に認めた。年齢 (中央値) は 1-3 群 (50-61) に比べて 4 群が 69 と高年齢であった。それに対して病悩期間は 1・2 群で約 2 年、3・4 群は約 4 年であった。既往歴に関してはアレルギー歴が 1・2 群で約 30%、3・4 群で約 10%に認められ、骨盤内手術・尿路感染症・脊椎疾患の既往においても 1・2 群より 3・4 群の方が低頻度であった。排尿記録上 1-4 群とも 1 回排尿量・排尿回数は術前後で著明に改善したが、1・2 群より 3・4 群の方が 1 回排尿量は少なく、排尿回数が多かった。OS スコアについては 1-3 群で 50%減少、4 群で 30%減少した。追加治療は IPD 内服が多く、1・2 群で約 60%に、3・4 群でほぼ全例に行っていた。3・4 群では外来拡張術を約 30%に行っていた。再燃は 1-3 群で約 20%、4 群で 70%に認めた。2 年非再燃率は 1-3 群で約 70%、4 群では 9.1%であった。

### 【結論】

間質性膀胱炎の予後は本分類に基づいてある程度推測可能であるが、特に治療方針決定や臨床試験における対象群の設定に役立つものと思われる。



## 10. 間質性膀胱炎の診断における膀胱鏡検査の必要性の検討

本間之夫<sup>1)</sup>、山田哲夫<sup>2)</sup>、上田朋宏<sup>3)</sup>、伊藤貴章<sup>4)</sup>、巴ひかる<sup>5)</sup>、  
武井実根雄<sup>6)</sup>

日本赤十字社医療センター<sup>1)</sup>、国立病院機構相模原病院<sup>2)</sup>、  
京都市立病院<sup>3)</sup>、東京医科大学霞ヶ浦病院<sup>4)</sup>、  
東京女子医科大学東医療センター<sup>5)</sup>、原三信病院<sup>6)</sup>

### 【背景・目的】

間質性膀胱炎(IC)には明確な診断基準がなく、症状・病歴・尿検査  
などから診断するという考え方と、それらに加え膀胱鏡所見（潰瘍  
または水圧拡張時の出血）を必須とする考え方の二つがある。そこで、  
膀胱鏡検査がICの診断に必要なか否かについて検討した。

### 【方法】

症状・病歴・尿検査などによりICが疑われ、2005年5月から2006年  
5月の間に膀胱水圧拡張を初めて受けた患者を対象とした。これらの患者  
をレトロスペクティブに調査し、症状・病歴・尿検査などによる診断  
（症状診断）と、膀胱鏡所見による診断（膀胱診断）を、ICとして典型・  
合致・曖昧・否定の4段階に分類した。典型・合致を診断陽性、曖昧・  
否定を診断陰性と扱った。担当医の総合的な判断をGOLD standard  
としてICか非ICかとし（基準診断）、それらの関係を検討した。

### 【結果】

107例が集積された。女性91例、男性16例、平均年齢は58.9歳で  
あった。症状スコアは平均13.0点、問題スコアは11.3点、平均一回  
排尿量は112.5ml、最大一回排尿量は212ml、一日排尿回数は15.7回で  
あった。基準診断では94例がIC、13例が非ICと診断された。症状  
診断の陽性的中率（PPV）は97.0%、陰性的中率（NPV）は62.5%、膀胱  
診断のPPVは99.0%、NPVは87.5%であった。症状診断と膀胱診断が  
ともに陽性である条件では、PPVは100%、NPVは61.5%であった。IC  
と非ICの間でもっとも違いのあった症状に関する項目は、1回排尿量と  
排尿回数であった。

### 【結論】

症状に加え膀胱鏡所見をICの診断に必須とするとPPVは100%と  
なったが、症状・病歴・尿検査などからだけで診断してもPPVは97%  
であり、膀胱鏡を必須とする意義は限られると考えられた。症状の中  
では、排尿日誌の1回排尿量や排尿回数が重要であった。

## 日本間質性膀胱炎研究会 会則

### 第1条 (名称)

1. 本研究会は、日本間質性膀胱炎研究会（以下「本会」という）と称する。
2. 本会の英文名称は、Society of Interstitial Cystitis of Japan と称し、略称を SICJ と称する。

### 第2条 (目的)

1. 本会は、間質性膀胱炎に関する研究を幅広く行い、もって間質性膀胱炎のよりよい治療法を探り、患者の QOL の向上を図ることを目的とする。

### 第3条 (事業)

1. 本会は、第2条に掲げる目的を達成するため、以下の事業を実行する
  - (1) 学術集会、研究会等の開催
  - (2) 学会誌、その他出版物の刊行
  - (3) 研究及び調査
  - (4) 内外の関連学術団体等との連絡及び協力
  - (5) その他本会の目的を達成するために必要な事業
2. 本会は、会員に対して1年に1回以上の事業報告を行う。

### 第4条 (会員)

1. 会員は、本会の目的および趣旨に賛同する個人・団体とする。
2. 会員には個人参加の正会員と団体参加の賛助会員を設ける。
3. 本会への入会は、幹事会の承認を得る事とする。

### 第5条 (会費)

1. 会員は会費を納めるものとする。
2. 会費の運用細則は、別に定める。

### 第6条 (役員)

1. 本会には次の役員をおく。
  - 代表幹事 1名
  - 幹事 若干名
  - 会計監事 1名
  - 顧問 若干名
2. 役員に係る運営細則は、別に定める。

### **第7条（幹事会）**

1. 本会の議決機関として幹事会を設ける。
2. 幹事会の運営細則は、別に定める。

### **第8条（会計）**

1. 本会の会計年度は、毎年1月1日に始まり12月31日に終わる。
2. 本会の運営費は、会費、寄付金、利子その他をもって当てる。
3. 会計監事は、年1回会計監査を行い幹事会に報告し承認を得る。
4. 本会の予算および決算は、幹事会の議決を要する。
5. 本会は、会員に対して1年に1回以上の会計報告を行う。
6. 本会の会計報告については総会で決議を経る。

### **第9条（入会・退会等）**

1. 入会を希望する者は、所定の手続きに従い事務局に届け出るものとする。
2. 退会する会員は、所定の手続きに従い事務局に届け出るものとする。
3. 連続して2年間会費を納付しない会員は、幹事会の決議により退会したと認定することができる。
4. 以下の各号に該当する会員は、幹事会の決議を経て除名することができる。
  - (1) 本会の名誉を傷つける行為をした会員
  - (2) 本会の目的に沿わない行為をした会員
  - (3) 本会の活動を誹謗中傷した会員
  - (4) その他社会的に許容されない行為等をした会員

### **第10条（会則改定・施行）**

1. 本会則を改定するには、幹事会の決議を必要とする。
2. 本会則に定めのない事項は、幹事会において協議され決議する。

### **第11条（事務局）**

1. 本会の事務局・連絡先は以下の施設に置く。
2. 事務局には事務局員を若干名置くことができる。

〒113-8655

東京都文京区本郷 7-3-1

東京大学附属病院泌尿器科（担当：伊東由希子）

電話 03-5800-8662、fax 03-5800-8917

e-mail: yukiko7-tky@umin.ac.jp

2001年4月17日：発効

2002年5月17日：改定

## 日本間質性膀胱炎研究会 運営細則

### 第1条 (会費)

1. 正会員の年会費は2,000円とする。
2. 賛助会員の年会費は50,000円とする。

### 第2条 (役員)

1. 代表幹事は幹事の互選で選ばれ、本会を代表する。
2. 幹事は本会の運営に関する事項を協議し決定する。
3. 会計監事は幹事以外の正会員とし、本会の会計を監査する。
4. 顧問は本会運営に関して助言する。
5. 役員は幹事会の推薦によって定められる。
6. 任期は2年とし、再任を妨げない。

### 第3条 (幹事会)

1. 幹事会は代表幹事の召集により開催される。
2. 幹事会は幹事と会計監事で構成される。
3. 幹事会は幹事の過半数(委任状を含む)の出席で成立する。
4. 幹事会の意思決定は出席者の過半数の賛成で成立する。

執行部メンバー (2004年10月より)

顧問 山田哲夫

代表幹事 本間之夫 (事務局担当)

幹事 上田朋宏 (国際会議担当)

幹事 伊藤貴章

幹事 巴ひかる

会計監事 武井実根雄

### 補則

製薬会社の社員が正会員を希望する場合についての申し合わせ (2002/7/9)

希望者が本会の目的と趣旨に賛同しており、その所属する会社が賛助会員になっていれば、幹事会の承認を経て正会員となることができる。

## 間質性膀胱炎研究会誌 投稿規程

1. 日本間質性膀胱炎研究会（以下本会）の事業として、間質性膀胱炎研究会誌（Journal of Interstitial Cystitis）（以下本誌）を発行する。
2. 投稿先は日本間質性膀胱炎研究会とし、連絡先は事務局とする。
3. 当面は、編集委員会は設けず、幹事会がこれを代行する。
4. 本誌には間質性膀胱炎に関連した論文・記事を掲載する。論文は、総説（幹事会からの依頼による）、原著論文、症例報告、特別投稿（上記以外の内容）とする。
5. 論文の筆頭著者は本会会員であることを要する。
6. 投稿の際には、1) 連絡先、2) 原稿は発表済でもなく他の雑誌に投稿中でもない、3) 採用の際は日本間質性膀胱炎研究会へ著作権を委譲する、4) 論文の内容の雑誌およびホームページの掲載を了承する、の4点を明記した手紙をつける。
7. 投稿原稿は2名以上の査読者の審査に基づいて幹事会で採否を決定する。なお、審査の結果、原稿の修正を求めることがある。
8. 原稿は、原則は日本文とするが、英文でも受け付ける。ただし、英文の校正については著者の責任で行うものとする。
9. 原稿の構成は、原著論文は、表題、所属、著者名、要約（400字以内、5個以内のキーワード）、緒言、方法、結果、考察、文献、図表、図の説明の順とする。症例報告は、表題、所属、著者名、要約（200字以内、5個以内のキーワード）、緒言、症例、考察、文献、図表、図の説明の順とする。それ以外は、特に定めない。
10. 表題、所属、著者名、要約については英文もつける。英文の原稿の場合は、要約の和文もつける。
11. 原稿の長さは、和文原稿は全てを含めて400字原稿用紙で50枚以内とする。図表は1つが400字に相当する。英文原稿は全てを含めて5000語以内とする。図表は1つが200語に相当する。
12. 文献は、本文中の引用順に[1]のように示し、他の点は例に従う。  
(雑誌和文) 東京太郎, 大阪花子 間質性膀胱炎に対するヘパリン膀胱内注入 日本泌尿器科学会雑誌 2004; 12: 23-25.  
(雑誌英文) Tokyo T, Osaka H. Intravesical instillation of Heparin for interstitial cystitis. Asian Urol 2004; 12: 23-25.  
(書籍和文) 東京太郎, 大阪花子 間質性膀胱炎に対するヘパリン膀胱内注入 京都次郎編集 間質性膀胱炎の治療 日本医学出版 東京 2003: 213-225.  
(書籍英文) Tokyo T, Osaka H. Intravesical instillation of Heparin for interstitial cystitis. In Kyoto J, editor. Therapy of interstitial cystitis. Tokyo: Nihonigakushuppan. 2004: pp. 213-225.

13. 投稿は事務局への電子投稿が望ましい。印刷物の場合は、3部を事務局に送付する。
14. 投稿費用は不要であるが、別刷りを希望する場合は、その経費は著者の負担となる（別途見積もる）。

事務局

〒113-8655

東京都文京区本郷 7-3-1

東京大学附属病院泌尿器科

(担当：伊東由希子、本間之夫)

電話：03-5800-8662

fax：03-5800-8917

e-mail: yukiko7-tky@umin.ac.jp

homma-uro@umin.ac.jp

**間質性膀胱炎研究会誌**  
**第4巻 第1号**

2006年9月8日発行

定価 1,000 円

編集・発行：日本間質性膀胱炎研究会

〒113-8655

東京都文京区本郷 7-3-1

東京大学医学部泌尿器科内

電話：03-5800-8662 Fax：03-5800-8917

home page：<http://sicj.umin.jp/>