自殺を企図した間質性膀胱炎患者の1例

鈴木　孝尚[1]，大塚　篤史[1]，加藤　大貴[1,2]
古瀬　　洋[1]，大園誠一郎[1]
[1]浜松医科大学泌尿器科学講座，[2]磐田市立総合病院泌尿器科

SUICIDE ATTEMPT BY AN INTERSTITIAL CYSTITIS PATIENT : A CASE REPORT

Takahisa Suzuki[1], Atsushi Otsuka[1], Taiki Kato[1,2],
Hiroshi Furuse[1] and Seiichiro Ozono[1]
[1]*The Department of Urology, Hamamatsu University School of Medicine*
[2]*The Department of Urology, Iwata City Hospital*

We report a suicide attempt by an interstitial cystitis patient. A 68-year-old woman consulted several clinics with complaints of urinary frequency and bladder pain, but her symptoms did not improve. She was admitted to our hospital and diagnosed with interstitial cystitis. Hydrodistention was performed, and the urethral catheter removed one day after surgery. The next day, the patient was afraid that her symptoms had not improved and, due to this physical and mental distress, cut her wrist with a razor. Vascular anastomosis and neuroanastomosis were performed accordingly. Eighteen months after hydrodistention, the patient's symptoms of interstitial cystitis have much improved.

(Hinyokika Kiyo **60**: 567-570, 2014)

Key words: Interstitial cystitis, Suicide attempt, Wrist cut

緒　　言

間質性膀胱炎の罹患率は数万人に一人の頻度であるといわれているが，泌尿器科医にとっては決して稀ではなく[1)]，見逃してはならない疾患の1つである．しかしながら，間質性膀胱炎は時にその診断に困難を極め，診断の確定や治療に至るまでに複数の医療機関を受診していることも多い．このため患者は疾患の診断・治療について不安を抱えていることが多く，時には精神疾患と誤診されていることもあり，その診療に際しては慎重な対応が必要とされる．今回われわれは，膀胱水圧拡張術後に症状が改善していないと思い込み，リストカットによる自殺を企図した症例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する．

症　　例

患　者：68歳，女性．

主　訴：頻尿，蓄尿時膀胱痛．

既往歴：胸膜炎，高血圧症．精神疾患なし．

生活歴・生育歴：特記事項なし．

嗜好品：タバコ（－），アルコール（－）．

現病歴：2011年1月から頻尿・残尿感が出現し，A病院泌尿器科で薬物治療（詳細不明）を受けるも改善せず，徐々に症状が悪化．腹痛も出現し，疼痛による入眠困難・中途覚醒が生じるようになった．A病院泌尿器科では‘気のせいだ’，‘完治はしない’などの説明を受け，その後不安が強くなった．同年3月，腹痛・頻尿のため気分が落ち着かなくなり，近医心療内科を受診し，ゾルピデム酒石酸塩・ロフラゼプ酸エチル・アルプラゾラムなどを処方されたが，不眠は改善しなかった．腹痛に対して婦人科受診や大腸内視鏡検査も施行されたが，異常は指摘されなかった．同年5月に頻尿・蓄尿時膀胱痛を主訴に，B病院泌尿器科を受診した．間質性膀胱炎の診断のもと，腰椎麻酔下に膀胱水圧拡張術を施行した．麻酔下膀胱容量は400 mlで，点状出血を認めた．しかし，自覚症状の改善が得られなかった．自己判断にてB病院への通院を中止し，同症状にてC病院泌尿器科を受診し，再度間質性膀胱炎の診断にて同年7月に当科へ紹介された．初診時，頻尿・蓄尿時膀胱痛を訴えており，O'Leary and Santによる間質性膀胱炎質問票は，症状スコア12点（1-2-4-5），問題スコア10点（3-2-1-4），visual analog scale（VAS；0～9点の10段階評価）では，疼痛が9点，尿意切迫感が4点であった．排尿日誌では平均1回排尿量は170 ml，最大1回排尿量は350 mlで，平均昼間排尿回数11回，平均夜間排尿回数2回であった．間質性膀胱炎に伴う症状が非常に強く，積極的な医学的介入が必要であると考えられ，2011年7月，間質性膀胱炎の診断のもと，膀胱水圧拡張術目的で入院となった．なお，入院決定に至るまでの外来での会話などについては精神疾患を疑わせるような言動は認められなかった．

入院時現症：意識清明，身長 148 cm，体重 38 kg，血圧 102/62 mmHg，心拍数 69/分（整），体温 36.3°C．腹部は平坦・軟，外陰部は視診上特記事項なし．

入院時検査所見：血液生化学検査：RBC $416\times10^4/\mu l$，Hb 13.0 g/dl，Ht 38.5%，PLT $19.1\times10^4/\mu l$，WBC 4,000/μl，CRP 0.02 mg/dl，BUN 8.4 mg/dl，Cre 0.35 mg/dl．尿沈渣：RBC 0.7/μl，WBC 0.4/μl．尿細胞診：class I．腹部超音波検査で腎・膀胱・子宮に異常所見なし．

入院後経過：2011年 7 月，全身麻酔下に膀胱水圧拡張術を施行した．ハンナー病変は認めず．新生血管の増生，平滑筋バンドを認めた．80 cm 水柱で膀胱内に 850 ml 貯留．水圧拡張後の除水時に膀胱後壁右側の膀胱粘膜から点状出血を認めた（Fig. 1）．術後 1 日目，尿道カテーテルを抜去した．尿道カテーテル抜去による下腹部不快感はみられたものの，特に問題なく経過した．しかし，術後 2 日目の早朝，前述の下腹部不快感を，‘間質性膀胱炎の症状が改善していない’と感じ，経過および治療に関する絶望感から，持参していた顔剃り用のカミソリで左手首をリストカットした．直後に看護師が発見し，駆血帯による圧迫止血を試みた（Fig. 2）．出血量は 300 ml 程度と推測され，全身状態は安定していた．正中神経および尺骨動脈の切断，示指および中指深指屈筋腱の切断，尺骨神経の部分的切断を認め，同日，整形外科にて神経・血管・腱の縫合手術を施行した．

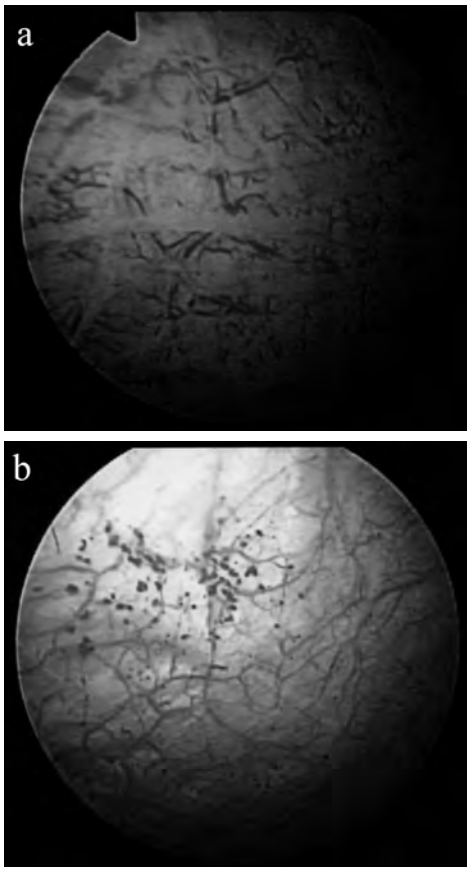

Fig. 1. Hydrodistention. a) The bladder vasculature decreased when the intravesical pressure was elevated and bladder mucosa looks pale. b) Characteristic glomerulation appeared on bladder deflation.

Fig. 2. Wrist cut. The patient cut her wrist with a razor.

術後経過：縫合手術後にうつ病の診断で精神科へ転科し，そのまま入院加療継続（医療保護入院）となった．入院時のハミルトンうつ病評価尺度（HAM-D）は37点で重症であった．間質性膀胱炎の治療も兼ね，精神科では三環系抗うつ剤（アミトリプチリン 75 mg/日）が処方された．当科からは間質性膀胱炎に対し，トシル酸スプラタスト300 mg/日を追加処方して経過を観察する方針とした．後の問診にて，尿道カテーテル抜去後の自覚症状は，経尿道的手術および尿道カテーテル抜去後の早期にみられる一般的な刺激症状であると考えられ，その症状は一両日中におさまっていた．精神的症状もオランザピン・デュロキセチンで改善傾向となった．2011年 9 月には HAM-D 5 点と改善し任意入院へ変更．2011年10月に HAM-D 1 点となり，精神科を退院となった．間質性膀胱炎による症状については，術後 3 日目には蓄尿時膀胱痛は消失しており，膀胱水圧拡張術の効果はあったと考えられた．膀胱水圧拡張術前，術後 6，12，18カ月時点での，O'Leary and Sant による間質性膀胱炎問診票（症状スコア，問題スコア），VAS（疼痛，尿意切迫感），排尿日誌（最大 1 回排尿量，平均 1 回排尿量，平均昼間排尿回数，平均夜間排尿回数）について，Fig. 3 に示す．リストカットに関する左手の機能に関しては，リハビリテーションにより，術後 1 年で一般的な家事ができるまで回復した．現在も当院外来にて経過観察中であるが，膀胱水圧拡張術後18カ月の時点で間質性

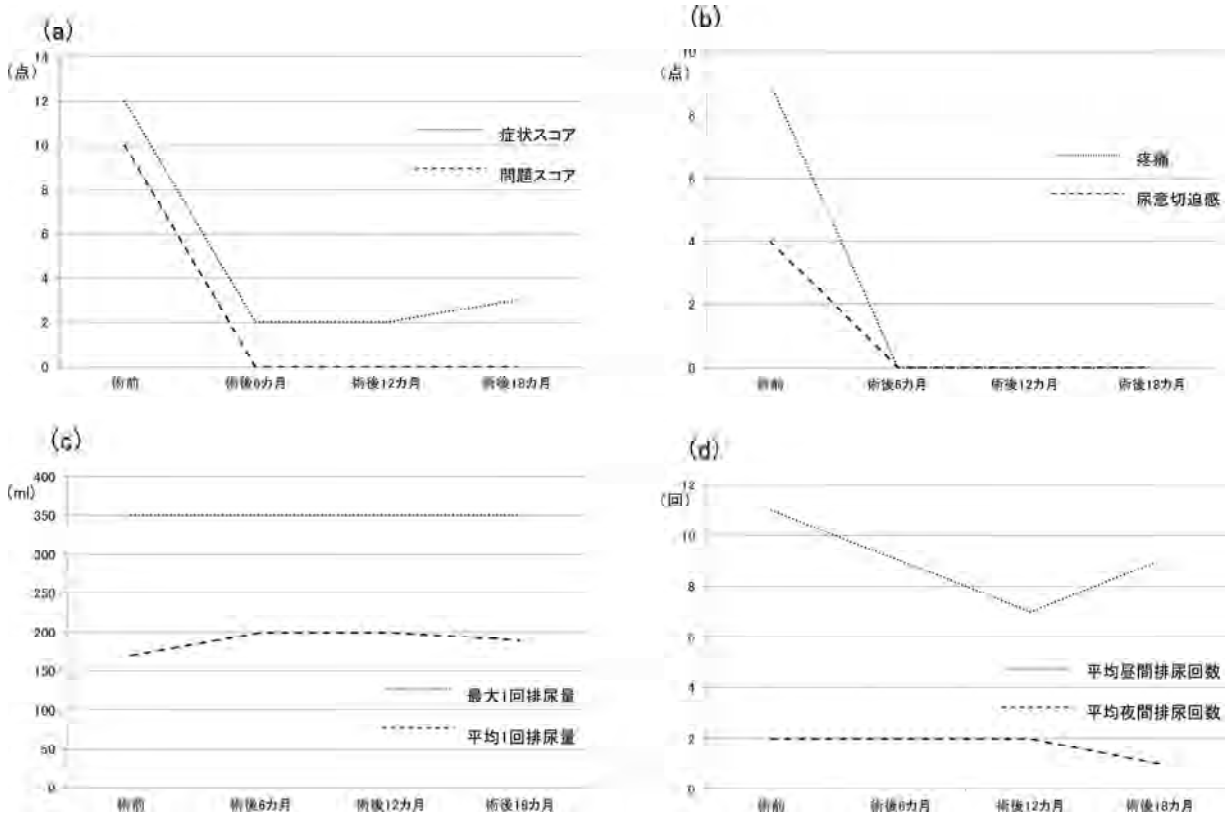

Fig. 3. Course of subjective symptoms and objective findings. a) The O' Leary-Sant Symptom Index and Problem Index. b) Visual analog scale (VAS) about the pain and the urgency. c) Maximum voided volume and average volume per void. d) Daytime frequency and nighttime frequency.

膀胱炎による症状の増悪は認めず，また，精神的な状態も安定して経過している．

考　　察

間質性膀胱炎は，1975年に Ovarist が10万人あたり10人程度の有病率であると報告している[2]．本邦でも伊藤らが全国300の病院を対象としたアンケート調査を行っているが，10万人あたり 2 人と報告している[1]．しかし実際には潜在的な患者も多いと推測され，泌尿器科診療における重要な疾患の 1 つと認識され始めている．

間質性膀胱炎に最も特異的な症状は蓄尿時の膀胱痛であるが，その頻度は46％と約半数である[3]．その他の症状としては，頻尿が90.7％，尿意切迫感が61.6％と高頻度に認められる[3]．しかし，その症状は一定しておらず，寛解や増悪を繰り返す．また，精神的ストレスもその増悪因子と考えられている[4]．心因性要素の中では，病気そのものが精神状態を悪化させるだけでなく，頻尿や疼痛から睡眠障害や疲労感が生じ，日常生活にも支障が出てくる．その結果として日常生活が苦痛なものとなり，抑うつ状態となる．診断・治療に関しても，本症例のように複数の医療機関を受診しても十分な症状の改善が得られず，不安や絶望感を感じてしまうことが多い．Goldstein らは，141人の間質性膀胱炎患者に Beck's depression inventory II questionnaire（BDI-II）を用いてうつ病との関連を調査し，98人（70％）にうつ病を認めたと報告している[5]．また，慢性疼痛を有している場合には一般人口と比較して自殺企図の率が 2 ～ 3 倍高いという報告[6]やうつ病に関わるがん患者の自殺リスクは一般人口と比し約 2 倍高いという報告[7]もある．近年，間質性膀胱炎/膀胱痛症候群（IC/BPS）患者1,019人に自殺念慮の有無を調査し，11.0％に自殺念慮があったという報告があり，その危険因子としては，若年者・非雇用者・未婚者・無保険・低学歴・低所得者が挙げられている[8]．本症例はこれらの危険因子いずれにも該当しなかったが，そのような症例でも自殺念慮がある場合もあり，患者を診察・治療する上で，自殺企図に対しては注意が必要である．慢性身体疾患とうつ病との関連や，身体科診療科を受診する患者におけるうつ病有病率が高いことが報告されており，身体科診療科においてうつ病患者のスクリーニング，必要に応じて専門医である精神科への紹介が重要であることも示されている[9]．うつ病の経過推移の評価として，当院精神科では HAM-D を使用しているが，うつ病のスクリーニングとしては， patient health questionnaire（PHQ）-9 が日本語訳の妥当性研究が行われた有用な問診票の 1 つである[10]．

本症例においては，精神科の治療に用いた三環系抗うつ薬であるアミトリプチリンの他，抗精神病薬であるオランザピンやセロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬であるデュロキセチンが間質性膀胱炎の症状改善に寄与した可能性がある．Van Ophoven らは，間質性膀胱炎の患者においてアミトリプチリンとプラセボとの前向き二重盲検試験において，その症状改善効果を報告している[11]が，デュロキセチンは間質性膀胱炎の症状を改善しなかったと報告しており[12]，デュロキセチンがアミトリプチリン以上に症状改善に寄与した可能性は低いと考えられた．また，オランザピンを含む抗精神病薬を用いた間質性膀胱炎の治療成績に関する報告は存在しなかった．

この症例を経験してから，膀胱水圧拡張術による効果や起こりうる経過については，以前より慎重に説明をするよう心掛けており，特に膀胱痛により精神的な症状が出現している患者においては精神科の介入も含めた治療を心掛けている．また，当科では，リストカットを起こしうる所有物（カミソリや果物ナイフなど）がないかどうか，入院時に看護師が確認し，自殺企図の再発防止に努めている．

幸いこの患者は，現在は症状も改善し，外来通院中であるが，われわれはその言動に細心の注意を払い，また，精神的な問題をもつ症例では，うつ病のスクリーニングや精神科の介入も含めて診療にあたらなければならないと痛感させられる症例であった．

結　　語

膀胱水圧拡張術後に自殺企図した間質性膀胱炎患者を経験した．間質性膀胱炎患者の約10％が自殺念慮を抱くことがあるという報告もあり，初診時から術前・術後を含め，医療従事者はその言動に細心の注意を払いながら，精神科の介入も含めて診療する必要があると考えさせられる症例であった．

文　　献

1）Ito T, Miki M and Yamada T : Interstitial cystitis in Japan.　BJU Int **86** : 634–637, 2000

2）Ovarist KJ : Epidermiology of interstitial cystitis.　Am Chir Gynecol Fenn **64** : 75–77, 1975

3）伊藤貴章，上田朋宏，武井実根雄，ほか：本邦における間質性膀胱炎282例の臨床統計と最近の動向．間質性膀胱炎研会誌 **2** : 19–23，2004

4）Lutgendorf SK, Kreder KJ, Rothrock NE, et al. : Stress and symptomatology in patients with interstitial cystitis : a laboratory stress model.　J Urol **164** : 1265–1269, 2000

5）Goldstein HB, Safaeian P, Garrod K, et al. : Depression, abuse and its relationship to interstitial cystitis.　Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct **19** : 1683–1686, 2008

6）Tang NK and Crane C : Suicidality in chronic pain : a review of the prevalence, risk factors and psychological links.　Psychol Med **36** : 575–586, 2006

7）内富庸介：がん患者の精神症状対策．癌と化療 **29** : 1306–1310，2002

8）Hepner KA, Watkins KE, Elliott MN, et al. : Suicidal ideation among patients with bladder pain syndrome/interstitial cystitis.　Urology **80** : 280–285, 2012

9）稲垣正俊：身体科と精神科との連携によるうつ病・自殺ハイリスク者の支援．精神誌 **113** : 94–101，2011

10）Muramatsu K, Miyaoka H, Kamijima K, et al. : The patient health questionnaire, Japanese version : validity according to the mini-international neuropsychiatric interview-plus.　Psychol Rep **101** : 952–960, 2007

11）van Ophoven A, Pokupik S, Heinecke A, et al. : A prospective, randomized, placebo controlled, double-blind study of amitriptyline for the treatment of interstitial cystitis.　J Urol **172** : 533–536, 2004

12）van Ophoven A and Hertle L : The dual serotonin and noradrenaline reuptake inhibitor duloxetine for the treatment of interstitial cystitis : results of an observational study.　J Urol **177** : 552–555, 2007

(Received on May 15, 2014
Accepted on July 12, 2014)