

6 治療

1 目的

治療の目的は、満足のある性的関係を回復することであり、単に硬い勃起を得ることではない^{1,2)}。

2 リスクファクターと合併症への対応 〔推奨グレード B〕

- ・喫煙している患者であれば、禁煙を促す。
- ・明らかな肥満、運動不足が認められれば、生活習慣の改善、運動を指導する。
- ・高血圧、糖尿病、心疾患、うつ病などを新たに発見した場合には、専門医に紹介し、適切な治療を受けさせる。LUTS/BPH が新たに診断されれば、 α 遮断剤による治療を考慮するか、泌尿器科専門医へ紹介する。
- ・薬剤性 ED が疑われる場合は、主治医と連絡をとり、原疾患の治療に差し支えない範囲での原因薬剤の中止・減量・変更を考慮する。

3 治療可能な ED の発見と治療

1) テストステロンの低下

テストステロンの分泌には日内変動があるため、午前中に採血する。その基準値は、健康な日本人男性 1,143 人 (20~77 歳) のデータから、遊離型テストステロン値に関しては、8.5 pg/mL 未満を低値、8.5 以上 11.8 pg/mL 未満を境界域、11.8 pg/mL 以上を正常としている。なお、総テストステロン値は 2.01~7.50 ng/mL とされている⁶⁴⁾。

テストステロンの男性性機能に与える影響を調べたメタアナリシスによれば⁶⁵⁾、テストステロン補充療法は、低テストステロンで血管性の ED 患者には有効な治療法である〔推奨グレード B〕。

ただし、効果は時間が経過するにつれて、低下する傾向にある。テストステロン補充療法は前立腺癌の患者には禁忌である。実施前には、必ず直腸診と PSA の

チェックが必要である。補充療法を受ける患者は、定期的に効果と肝機能と前立腺の状態のチェックを受ける必要がある。他に注意すべき副作用として、多血症がある。このメタアナリシスで検討されたRCTは17であり、総計656人（テストステロン群：284人、プラセボ群：284人、クロスオーバー法により両者：88人）のデータで、対象人数が少ないこと、追跡期間も中央値3カ月（1～36カ月）と短いことから、長期間の安全性に関しては疑問を呈している。そのほかに、出版バイアスの可能性も指摘している。また、このメタアナリシスの結果は、テストステロン低下がない男性にテストステロンを投与しても勃起機能に影響を与えないとされる。そのほかに、閉経女性に対する女性ホルモン補充療法による乳がんの増加⁶⁶⁾から、男性で同様の過ちを繰り返さないようにと警告する論文もある⁶⁷⁾。

わが国におけるテストステロン製剤は、内服剤（メチルテストステロン）、注射剤（プロピオン酸テストステロン、エナント酸テストステロン）と軟膏（OTC薬）がある。ただし、内服剤は肝機能障害が問題で⁶⁸⁾、軟膏に関しては血中濃度等のデータが乏しいことが問題で⁶⁹⁾、筋肉注射が一般的である。

2) 若年者の外傷後の動脈性 ED

外傷性の動脈障害を有する若年患者において、動脈バイパス手術により、動脈血の流入を増大させることにより、EDが治癒あるいは改善する可能性がある（長期の成功率：60～70%）⁷⁰⁾。わが国における51人の患者の5年間の追跡結果では、自覚症状による評価で、67.5%が有効とされている⁷¹⁾。これらの患者群は、専門的な検査で評価する必要があるが、かつ経験豊富な外科医による治療を受けるべきである〔推奨グレードB〕。

3) 心因性 ED

患者とパートナーに適切な教育およびカウンセリングを単独あるいはEDに対する薬物療法と組み合わせて行う。

教育に関しては、勃起のメカニズムを教材（PDE5阻害剤を販売しているメーカーのパフレット等を使用してもよい）を使ってわかりやすく説明する。EDは病気であり、しかも治療可能な病気であることを強調する。

一般に、精神療法は時間がかかり、有効性はまちまちであることが指摘されている⁵⁷⁾。しかし、専門家による治療が必要な患者も存在することは事実であり、以下のような場合はメンタルヘルスの専門家に紹介する必要がある〔推奨グレードC1〕。

- ① 明らかな器質的原因が見あらず、最初の性交機会からEDである