

図説脳神経外科

(第121回)

本態性振戦と外科手術花田 朋子^{1,2)}、平 孝臣¹⁾、花谷 亮典²⁾、有田 和徳²⁾

1) 東京女子医科大学 脳神経外科

2) 鹿児島大学 脳神経外科

【はじめに】

本態性振戦は、日常診療で会うことの多い不随意運動で、有病率は人口の2.5～10%とされている。診断は臨床症状に基づいて病歴や診察によってなされる。「本態性」とは、振戦以外に異常なく、明らかな原因がないという意味であり、Parkinson病や甲状腺機能亢進症、薬剤性振戦など、他の振戦を呈する疾患との鑑別は重要である。両側性の症状であり、しばしば緊張や不安で増悪し、飲酒で一時的な軽快を見ることが多いとされる。上肢の振戦が最も多く(～95%)、次いで頭部(～34%)、下肢(～20%)との報告がある。遺伝的素因は解明されていないが、家族性の発症が多い。一般に高齢者の疾患と思われがちだが、実は発症年齢は20歳代と60歳代の二峰性といわれている。病態機序は未だ不明だが中枢性の機序が考えられている。一般に加齢とともに症状は悪化する。薬物療法としてはpropranolol、primidone、arotinololが第一選択薬で、本邦ではarotinololのみに保険適応がある。ふらつきの副作用や心機能への影響から、十分量の内服継続ができないことも多い。かつて良性家族性振戦と理解されていたこともあるが、日常生活動作への影響が大きく、羞

恥心や抑うつ状態の悪化も関与し、機能的予後は決してよくない^{1, 2)}。

【症例】

50歳代男性。15年前に両上肢の振戦で発症。母親と息子に同症あり。飲酒にて症状はやや改善する。安静時よりも動作時の振戦が顕著で、書字は困難(図1)。仕事で電卓やパソコンを使用するが、振戦のためにキーボードを打ち間違ふ。経年的に症状進行し、arotinololが無効となり、日常生活に多大な支障を来すようになった。内科的治療抵抗性であることから手術希望で受診された。利き手(右上肢)の症状が強く、ジェネレーター埋め込みの心理的抵抗からDBS治療よりも凝固術を希望され、左視床(Vim)凝固術を選択した。定位脳手術のためのフレームを装着後、MRIを撮影し、目的とするターゲットの座標を決定した。その後手術室で局所麻酔下に電極を挿入した。ターゲットの位置が適切であると、電極を挿入した時点で症状の改善を認めることも多い(微小破壊効果)が、本症例でも電極挿入のみで振戦は和らぎ、ターゲットとして適切な位置であることが予想された。試験刺激を行い錐体路症状、感覚障害など刺激による副作用が出現しないこ

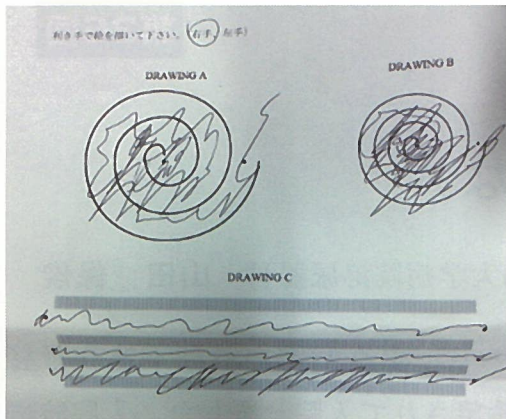


図1 術前の書字(右手) 大きな震えのため、らせんや直線を描くことは困難。

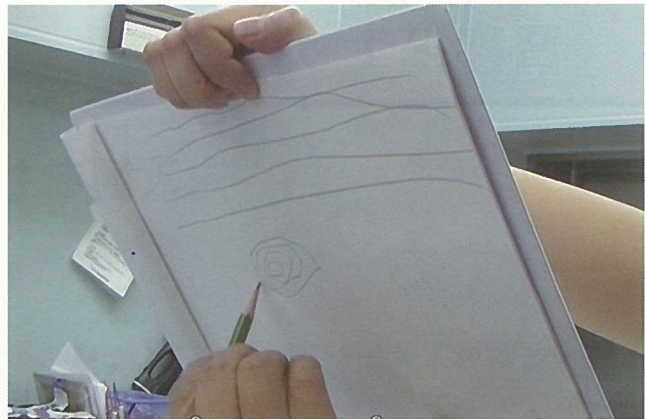


図2 術中の書字(右手) 振戦は消失し、らせんと直線を描くことが可能となった。

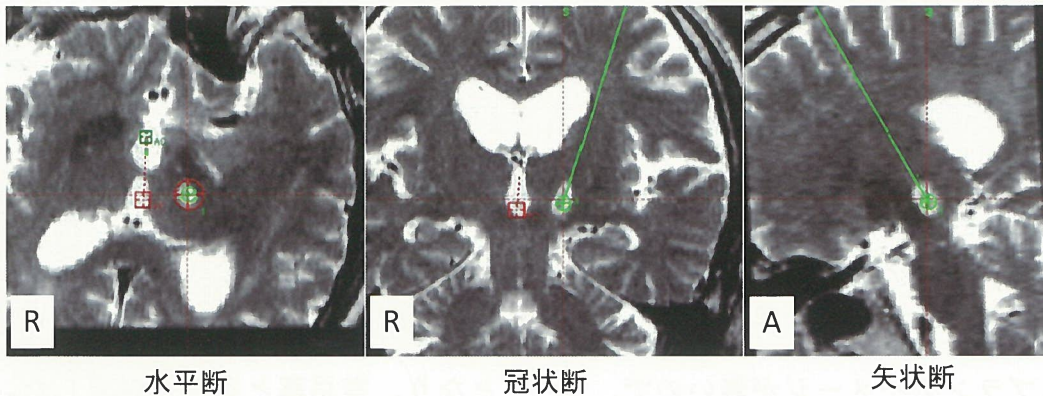


図3 術後MRI T2強調画像 設定したターゲット(緑丸)に凝固巣が作成されていることが確認できる。

とを確認し、症状を確認しながら慎重に凝固を行った。術中から病的振戦は消失し、書字も問題なく可能となった(図2)。術後MRIにて左Vimの凝固巣を確認した(図3)。経過良好で術後1週間で自宅退院となった。

【考察】

本人が振戦により困難を感じていれば何らかの治療を開始するタイミングである。逆に苦痛がなければ当然経過観察で良く、そこには患者の社会的背景も大きく関与する。軽症の場合は必要時のみの内服で対応できることもある。手術療法には、視床破壊術、視床刺激術(DBS)、保険適応外であるがガンマナイフによる

破壊術がある。また集束超音波による臨床研究が国内外で進行中であり、適応の拡大が期待される。本態性振戦は治療をせずとも命を脅かされる疾患ではないため、手術に際しては適応と合併症に対して十分な吟味が必要である一方で、内科的治療に抵抗する症例も多く、適切な外科的治療介入により生活の質の向上が期待できる。

【参考文献】

- 1) 日本神経治療学会治療指針作成委員会 編 標準的神経治療：本態性振戦
- 2) Lozano et al. 2009. Textbook of Stereotactic and Functional Neurosurgery, Berlin: Springer.