

図説脳神経外科

(第122回)

遅発性ジストニアに対する定位脳手術花田 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】

遅発性ジストニアはドパミン受容体遮断薬など向精神薬治療の経過中に出現する不随意運動疾患である。遅発性ジスキネジアと遅発性ジストニアとを合わせた tardive syndrome に対して、米国神経学会から治療ガイドラインが出ているが、薬物療法では治療困難であることが多いとされている¹⁾。非定型抗精神病薬を必要最小限に使用するなどの予防が重要であるが、それでも発症を完全に防ぐことはできない。いったん発症すると治療抵抗性であり、被疑薬の減量を行っても症状が改善しないことが多い。また、本来の精神症状を悪化させる可能性があり、発症後にドパミン受容体遮断薬を減量することも困難である。難治症例に対し、近年淡蒼球内節(GPi)をターゲットに定位脳手術が試みられ、有効であるとする報告が増えている。

【症例】

30歳代女性。20歳代で統合失調症の診断となり、抗精神病薬の内服が開始された。治療開始後16年目に頸部が後屈し右に回旋するという症状が出現。遅発性ジ

ストニアの診断でボトックス治療が開始されたが、治療抵抗性であり、ADLが大きく障害された。術前ジストニア重症度スケール(BFM scale)は30/120であった。両側のGPiをターゲットに脳深部刺激療法(DBS)を行った。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(今回はGPi)の座標を決定。その後手術室で局所麻酔下に試験刺激を行った。透視を用いながら至適部位に慎重に刺激電極を留置した。フレームで頭を固定しているため、頰を含め体幹の症状変化を術中に確認することは難しく、術中は主に、錐体路症状、視交叉の症状、構音障害の有無など、有害事象の出現の有無をチェックした。その後、全身麻酔下に前胸部にジェネレーター(IPG)を埋め込み、皮下にリードを通して刺激電極と接続した。術後経過は良好で、時折頸部の回旋が確認されるもののBFM scaleは1/120まで改善し、自宅退院となった。術後、症状は良好にコントロールされ、精神症状も安定している。

【考察】

一般に二次性ジストニアに対するDBS



図1 術後頭部レントゲン
頭蓋内に刺激電極が留置されている。

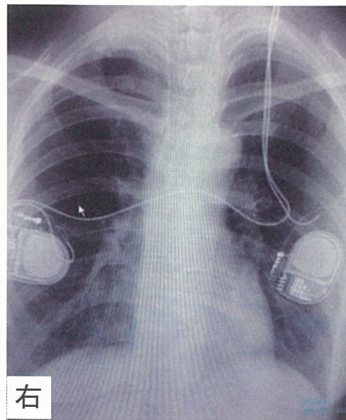


図2 術後胸部レントゲン
前胸部にIPGが留置されている。

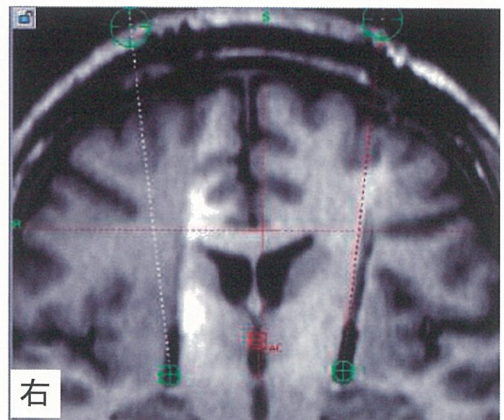


図3 術後MRI
術前設定したターゲット(緑丸)に電極先端を認める。

は一次性ジストニアに劣るとされているが、二次性ジストニアの中でも遅発性ジストニアに対しては一次性ジストニアと同等に有効であるともいわれている。遅発性ジストニアを脳神経外科医が目にする機会は少ないが、tardive syndromeは神経遮断薬で治療した統合失調症患者の30%にみられるとの報告もあり¹⁾、決して稀な病態ではない。遅発性ジストニアでは、向精神薬の副作用という考えから、患者自ら服薬を中止したり、医師が処方をやめたりする場合もある。その場合、遅発性ジストニアの症状が改善しないばかりか、かえって精神症状が悪化し、全体としてQOLやADLが低下してしまうことにもなりかねない。また、遅発性ジストニアに対する脳深部刺激の機能的

予後の改善には精神疾患自体のコントロールが良好なことが重要となる。そのため、手術適応の判断から術後の精神科的治療を通して、精神科医と脳神経外科医との密接な連携が必要である²⁾。

【参考文献】

- 1) Lerner et al. Evidence-based guideline: Treatment of tardive syndromes: report of the Guideline Development Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 18: 463-469, 2013
- 2) 尾形衣美ら. GPi-DBSが奏功したtardive dystoniaの1例. *脳神経外科ジャーナル* 23: 348-54, 2013