

手足の震えや歩行困難などの症状があるパーキンソン病は、国内で増加傾向にあるといわれます。進行すると、自力歩行が困難になり生活に大きな支障が出る難病です。やっかいなこの病気に立ち向かうには、どのような適切な治療法があるのでしょうか。

panelist



高嶋 博氏

(鹿児島大学神経内科 教授)
日本神経学会神経内科専門医、指導医など。米国ペイラー医科大学分子人類学教室留学。2010年より現職。2005年日本神経学会賞(研究部門)を受賞。



橋口 昭大氏

(鹿児島大学神経内科 講師)
日本神経学会専門医、指導医。日本内科学会総合内科専門医、日本認知症学会認知症専門医、指導医など。鹿児島大学神経内科助教などを経て現職。



有村 公良氏

(医療法人三州会 大病院院長)
日本神経学会専門医、指導医など。鹿児島大学大学院医学総合研究科神経病学講座准教授などを経て現職。2004-2010難治性ニューロパチー研究班班長、日本神経学会ガイドライン統括委員会評価調整委員。



花谷 亮典氏

(鹿児島大学脳神経外科 講師、診療教授、てんかんセンター長)
日本脳神経外科学会専門医、指導医。日本てんかん学会認定医。日本臨床神経生理学会脳波分科専門医など。フランス国立衛生医学研究所博士。鹿児島大学脳神経外科助教。ロンドン小児病院てんかんモニタリングユニット留学などを経て現職。



花田 朋子氏

(鹿児島大学脳神経外科 助教)
日本脳神経外科学会専門医、指導医。機能的脳定位手術技術認定医など。東京女子医科大学脳神経外科機能神経外科分野臨床研修医(フェロー)などの研修を経て現職。

生活の質を保つ治療が可能に

高嶋: パーキンソン病はアルツハイマー病に次いで頻度の高い神経変性疾患であり、特に65歳以上の有病率は人口10万人あたり1000人を超え、全国患者数は20万人に達すると推定されています。高齢化社会を迎えている本邦では今後さらに患者が増加すると考えられます。そのパーキンソン病はどのような病気でしょうか？

有村: パーキンソン病は、振戦(ふるえ)、固縮、動作緩慢、姿勢反射障害を4大症状とし、黒質ドパミン性神経細胞が変性し、その神経細胞が減っていく病気です。その細胞が出すドパミンという脳内物質が運動をなめらかにしているのですが、それが足りなくなるために歩行を含めて全身の動きがぎこちなくなり、通常高齢者に多い疾患と考えられていますが、働き盛りの患者さんの発症もあります。病勢の進行そのものを止める治療法は開発されていません。

高嶋: 治療はどのように行うのでしょうか？

橋口: ドパミン補充薬のレボドパを中心とする薬物治療を開始します。ドパミンの代わりをするレボドパはパーキンソン病の治療の最も基本になる薬で、最も効果がある薬です。そのほか、ドパミン作動薬や、ドパミンの分解を抑えるなど、補助的な薬も組み合わせて複数の薬剤で治療していきます。**高嶋:** 薬による治療の問題点はありま

すか？

橋口: 薬による治療を適切に行うことで、パーキンソン病の患者さんの運動症状を大きく改善できます。特に、初期の患者さんではほぼ不自由なく日常生活を送ることができます。その後、症状が少しずつ進行し、薬での効果が不十分になったり、副作用が問題になったりします。具体的には、1日5~6回十分な量のレボドパを服用しても、効果が不十分になったり、薬が効いているときに、薬の副作用で体が勝手にくねくねと動いたりするジスキネジアという症状が出てきます。その場合には、薬の調節など試行錯誤が行われます。最近始まった方法でレボドパの効果と安定させるため、お腹に胃瘻(いろう)という小さい穴をあけて、レボドパを含むドパミン製剤(デュオドーパ®)を持続的に腸に注入する方法もあります。

高嶋: パーキンソン病の治療には外科治療もありますが、その内容を教えてくださいいただけますか？

花谷: 脳の特定部位に刺激電極を埋め込み、胸に留置した刺激装置を用いて電気刺激を与える治療(脳深部刺激術: DBS)が多く行われています。症状の進行とともに、内服治療のオン(効いているとき)とオフ(効いていないとき)の差が大きい患者さんや、副作用で薬が十分使用できない患者さん、内服の効果はあるが、活動量が多く、より多くの症状の改善を目指したい患者さんなどが

良い適応になっています。また、難治性の振戦のコントロールにも効果が高いです。

高嶋: どの時点で手術治療を考えるべきでしょうか？

花田: DBS導入のタイミングについてはこれまで明確な指針はなく、十分な薬物治療を行った後の最後の手段ともなされていました。しかし最近、早期の導入を推奨する報告も見られます。DBSはドパミンへの反応性が保たれていても症状が進行し、薬の効かない時間帯や薬の副作用が出てしまう患者さんの治療の窓を大きく広げます。薬の調整と組み合わせることで、オフの状態が軽くなったり、介助の必要性が低下します。

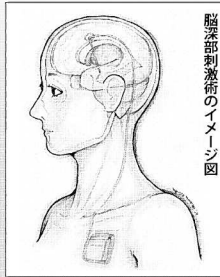


イラスト: 鳥居隆博先生(徳元総合病院)

花谷: 経験からも、オン期に十分独歩が可能な状態で手術を受けられた患者さんの方が満足度は高いと思います。脳神経外科と神経内科が連携し、共通のゴールを目指すことで、よりよい診療が可能になると思います。

高嶋: 治療の基本は薬物療法ですが、患者さんの病状の進行状態やADL(日常生活動作)を考慮して、よりよい治療を組み合わせていくということですね。

花田: パーキンソン病の患者さんはこれからますます増加すると思われる。適応を十分吟味すれば、手術治療は決して最後の手段ではなく、患者さんの生活の質を保つための有効な治療選択肢です。患者さんに合わせて適切な方法を提案し、神経内科と共同で、よりよい治療を目指していければと思います。

有村: 進行期においては、リハビリや在宅ケアなどの問題が出てきます。そのため、ケアマネジャーをはじめとした、さまざまな職種の医療従事者と密な連携を取ることが必要になります。患者さんの生活の質を担保してあげるように、外科治療を含めたトータルケアの考えが重要だと思います。また、パーキンソン病をはじめとした不随意運動に対する外科治療が行えるのは、南九州では鹿児島大病院だけでなく、神経内科医としても更なる展開を期待しています。

(司会: 高嶋 博氏)

これからのパーキンソン病診療を考える

座談会