

<シンポジウム (1)—13—3>明日からのてんかん診療向上のための方策

長期的視野からのてんかん診療

井上 有史

(臨床神経 2012;52:1039-1042)

Key words : てんかん治療, 難治てんかん, てんかんケア, 医療連携, てんかん医療システム

てんかんの治療は長期にわたる～その戦略

1) 治療の選択, 治療薬の選択

診断し, 最初の薬物を開始した時点で長期的な治療がはじまる。発作を消失させる以外に, とくに幼児・小児では発達への影響, 若年者・成人では教育・就業への影響, 女性では妊娠・育児への影響, 高齢者では他疾患や認知への影響を考慮した, 長期的視野での薬物選択が必要である。

近年の新薬の登場により, 治療の選択肢が広がってきた。広いスペクトルムの薬物が増えて診断の困難な症例にも使用できるようになり, また, 肝代謝酵素への影響によるホルモンや他薬の変化, 認知, 気分や体重などへの影響を考慮しながら, 薬物の選択をおこなうことができるようになった。催奇形性のエビデンスも増えてきており, 多剤やバルプロ酸高用量を妊娠前に避けることが標準となってきた¹⁾。高齢者での薬物使用においても, 他薬との相互作用や肝腎機能に考慮しながら安全に薬物の調整をおこなうことが可能になってきた²⁾。

2) 難治性の判断: 次のステップ

薬物の効果は適切な時期に見極めることが重要である。国際抗てんかん連盟は, 「過去 12 ヶ月間の最長発作間隔の 3 倍の期間もしくは 12 ヶ月間のいずれか長い期間」発作が抑制された場合に発作消失とし, 「適切な種類と量の 2 つの抗てんかん薬で発作消失にいたらなかった場合」を難治てんかんと定義している³⁾。このような難治てんかんは外科治療もしくは包括的評価のためにてんかんセンターに紹介すべきであるとす

る。少なくとも 12 カ月の発作消失をキープポイントとした根拠には, 12 カ月間発作が完全に消失していることが QOL の改善に結びつく唯一の要因であること, 発作が消失していると発作があった場合に比べて不安, 抑うつ, 偏見や心的負担が少なく, 雇用率が高いこと, 1~2 年の発作消失が運転には必要であるなどの点がある。さらに抗てんかん薬を 2 つとしたのは, 2 種類の薬剤で発作消失にいたらなかった場合, その後の薬剤調整で発作消失するのは数% というデータが根拠となっている。

難治と判断された場合には, まず診断を再考し, 非てんかん性疾患の可能性, てんかん診断および選択薬にまちがいはな

かったかという点を考慮することが大切である。そのうえで, てんかん外科治療の可能性を考慮する。もし切除外科治療の適応がなければ, さらに徹底的な薬物療法をおこない, 食事療法, 緩和外科治療(迷走神経刺激など)も治療のオプションとして考慮することになる。

3) 安定した治療状態の維持

何よりも発作の残存が QOL に大きな影響を与えるため, 発作消失への不断の治療的努力が, 併存障害や心理社会的負荷への配慮とともに欠かせない。よくコントロールされたてんかん患者の健康状態は一般の人と変わらず, 難治の患者でも発作頻度もしくは発作の重症度が減るにしたい QOL が改善するという報告がある⁴⁾。

長期の経過のなかで薬物の減量はすべての症例で可能であるとは限らない。発作が消失し脳波が改善していても, 社会的状況により減薬が難しい場合もある。Silianpaa ら⁵⁾の報告では, 小児期に発病したてんかんの平均 37 年の経過で, 42% がまだ服薬を続けていた。

よりよいてんかんケアのために

1) 併存症の治療と管理

てんかんの併存症は多岐にわたる。運動障害, 発達障害, 認知機能障害, 精神障害, 社会心理的障害, 頭痛(発作関連, 偏頭痛), 睡眠障害, 生殖機能障害, 事故(受傷, 突然死など), 骨関連障害, 心血管系障害などがある。原因としては, てんかんの原因でもある脳損傷, 抗てんかん薬の副作用, てんかんによる機能障害, 早期発症による心理社会的脆弱性, 遅発発症による心理社会経済的問題, てんかんに関連する他の要因などが挙げられる。とくに慢性のてんかん原性は, 経過とともに機能障害のネットワークを拡大し, 器質性の認知・行動変化とコーピングの低下をきたし, 内在的・外在的契機により容易に精神医学的症状を発現する可能性がある。したがって, てんかん原性を早期に治療することが重要である。SUDEP の予防においても, 適切で有効な治療がもっとも大切な事項とされている⁶⁾。

2) サポート体制

てんかんの治療および併存障害の治療のために, 医療的・経済的・社会的・心理的サポートは常に必要である。患児の

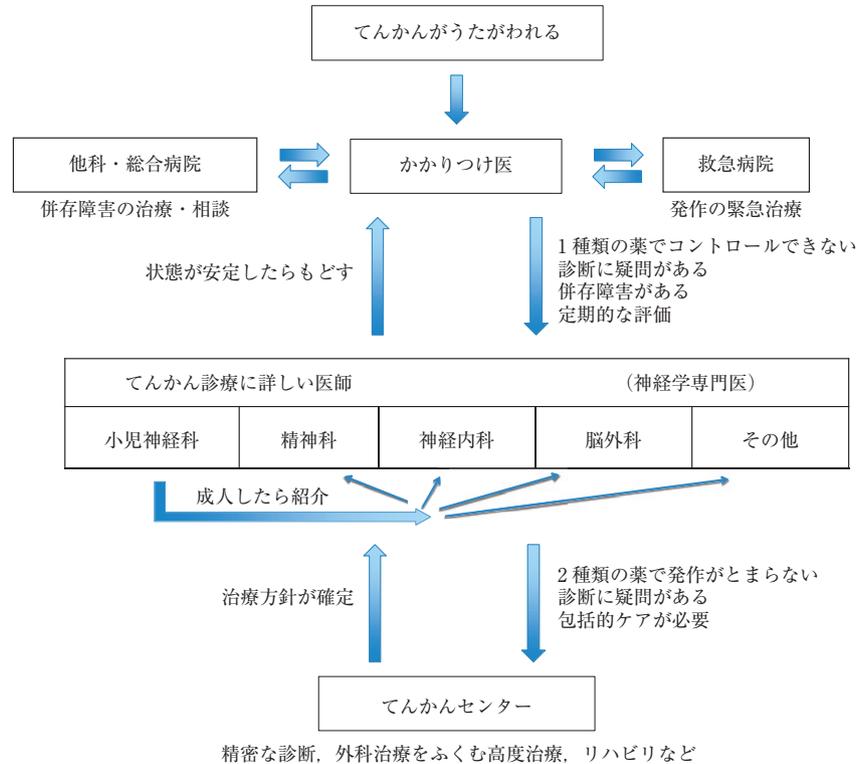


Fig. 1

成長, 進学や就職などによる社会的・地理的状況の変化, 結婚, 資格の取得, 高む医療費の補助, 年金などの相談の他に, 再発の不安, 医師患者関係, 偏見による悩みなどを患者はしばしば抱えている。

長期的なケアを支えるシステム：現状の問題点

現状では, 上述のすべての点において長期的なケアを支えるシステムは不十分である。

医療先進国である我が国においても, 医療が適切に提供されているとはいえない。学会のガイドラインが整備されて診療の標準化が図られてきているが, まだ普及は充分ではなく, なによりも標準化の基盤となるてんかん医療の構造が不明確であるため, 診断の誤り, 不適当な治療薬選択, 治療の見極めの誤りが解消されないままであることが少なくない。成人の受け皿がないため, 小児科医はキャリアオーバーの患者を抱え込んでいる。病気についての患者の理解をすすめるようなシステムもない。医療と福祉・教育・職場などを結ぶコーディネーターがないため, ケアのためのサポートは個々の医療者・機関にゆだねられている状況である。このため, ケアの質には大きな差がある。

長期的なケアを支えるシステム：将来のために

アメリカでは, てんかんケアの質の保証のために⁷⁾, 地域診療施設(一次医療)において3カ月以内に発作が消失しなければ

ば専門診療施設(二次医療)への紹介が望ましいとされ, 専門診療施設(二次医療)において1年以内に発作が消失しなければてんかん専門センター(三次医療)への紹介が推奨されている⁸⁾。ヨーロッパでも同様の三次ないし四次の医療構造がある。我が国でもこのような医療システムを構築する必要がある。Fig. 1に医療連携の構想を描いた。その空間的側面を考慮したのがFig. 2である。

診療科の連携には, てんかん患者の病歴の情報共有のあり方, 慢性疾患としてのてんかんの長期経過の理解, 併存障害の種類と病態についての理解, そして情報の伝達をコーディネートする方策の検討が必要である⁹⁾。

患者の視点も重要であり, 診療場面での医師と患者・家族のコミュニケーションは必ずしも円滑ではなく, このようなコミュニケーションギャップを埋めることは医療の基本ではあるものの, 医療の側のみでは解決されない。患者・家族と向き合う流れをつくることも医療連携の一つの役割である。

種々のレベルの医療連携は, 一部の地域にとどまっていたは意義が乏しい。網の目のように広がってこそはじめて実効性をもつ。地域に根ざした多数のネットワークと, いくつかの専門センターが診断, 治療, 研究, 教育, 研修を広域におこなうネットワークの存在が望まれる。

ただしネットワークは中継点(コーディネーター)なくしては成立しえない。てんかん医療連携ネットワークをつなぎ, さらに社会資源サービスへの適切なアクセスを仲介するコーディネーターの立場を保証し, てんかん医療におけるその役割を適切に養成・教育するシステムが必要である。

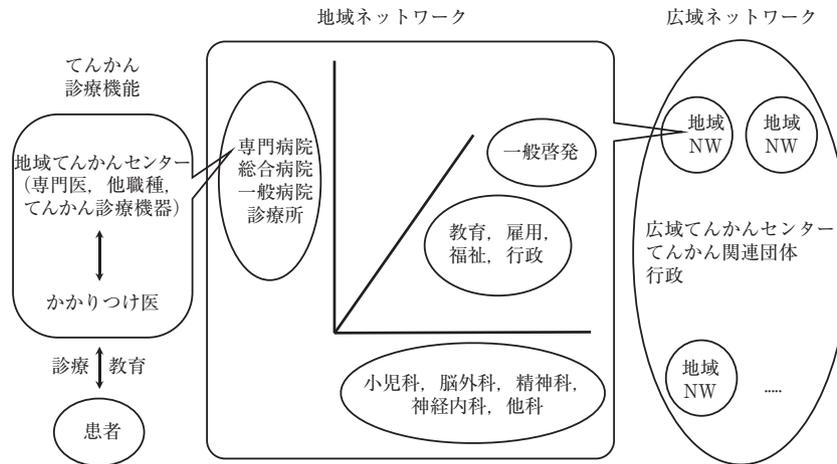


Fig. 2 てんかん診療ネットワーク.

※本論文に関連し、開示すべき COI 状態にある企業、組織、団体
原稿料：大日本住友製薬

文 献

- 1) Tomson T, Battino D, Bonizzoni E, et al. Dose-dependent risk of malformations with antiepileptic drugs: an analysis of data from the EURAP epilepsy and pregnancy registry. *Lancet Neurol* 2011;10:609-617.
- 2) Brodie M, Elder AT, Kwan P. Epilepsy in later life. *Lancet Neurol* 2009;10:1019-1030.
- 3) Kwan P, Arzimanoglou A, Berg AT, et al. Definition of drug resistant epilepsy: Consensus proposal by the ad hoc Task Force of the ILAE Commission on Therapeutic Strategies. *Epilepsia* 2010;51:1069-1077.
- 4) Sancho J, Ivanez V, Molins A, et al. Changes in seizure severity and quality of life in patients with refractory par-

tial epilepsy. *Epilepsy Behav* 2010;19:409-413.

- 5) Sillanpää M, Schmidt D. Natural history of treated childhood-onset epilepsy: prospective, long-term population-based study. *Brain* 2006;129:617-624.
- 6) Tomson T, Walczak T, Sillanpää M, et al. Sudden unexpected death in epilepsy: a review of incidence and risk factors. *Epilepsia* 2005;46 Suppl 11:54-61.
- 7) Fountain NB, Van Ness PC, Swain-Eng R, et al. Quality improvement in neurology: AAN epilepsy quality measures. *Neurology* 2011;76:94-99.
- 8) Labiner DM, Bagic AI, Herman ST, et al. Essential services, personnel, and facilities in specialized epilepsy centers—Revised 2010 guidelines. *Epilepsia* 2010;51:2322-2333.
- 9) 井上有史. てんかんにおける医療連携. *精神医学* 2011;53:461-467.

Abstract**Long-term perspectives of epilepsy treatment and care**

Yushi Inoue, M.D.

Shizuoka Institute of Epilepsy and Neurological Disorders

A long-term treatment starts once epilepsy was diagnosed and first medication was given. In addition to seizure cessation, drug choice should orient to avoid various adverse effects in various stages of life. When 2 drugs failed to stop seizures for at least 1 year, other therapeutic options including surgery should be considered before adjusting further medications. Comorbidities such as psychiatric disorders should also be appropriately addressed and treated as well as psychosocial support to improve quality of life. In Japan, an appropriate care system for epilepsy failed. Medical treatment and support network system for epilepsy care, consisting of primary, secondary and tertiary care system, should be established and acknowledged. There should be proper coordinators who connect network systems to function regionally and globally as well as interdisciplinary.

(Clin Neurol 2012;52:1039-1042)

Key words: epilepsy treatment, intractability, epilepsy care, medical cooperation, care system
