

— 話題 —

てんかん包括診療と迷走神経刺激 (VNS) 療法

¹日本医科大学武蔵小杉病院脳神経外科²日本医科大学多摩永山病院小児科太組 一朗¹, 川上 康彦²

迷走神経刺激 (VNS) 療法¹は 2010 年に薬事承認され保険償還が設定された新しい治療法であり、難治てんかんに対する極めて有効な緩和治療である。薬事承認以降、すでに本邦では平成 24 年 10 月現在 330 例に治療が開始されており、日本医科大学でも承認当初から数例の臨床経験がある²。平成 24 年 10 月に東京で開催された第 46 回日本てんかん学会年次学術総会は盛会のうちに終了したが、第 2 日目のランチョンセミナーでも VNS 療法の興味深いセッションが催されていた。このセミナーでは第 1 席に Texas Children's Hospital 小児神経科医である Angus A. Wilfong 先生が、ご自身の 500 例以上の治療調整経験から VNS 療法の有用性をお話しされた。さらに第 2 席では VNS 療法の有用性に早期から着目され本邦における VNS 療法薬事承認にも多大な貢献をされた東京大学脳神経外科の川合謙介先生が、VNS 治療における本邦神経内科医の役割という趣旨で神経内科医の今後の積極的関与を呼びかけられていた。いまさらながらに衝撃的であった。米国では小児神経科医が外科医療ならびに外科治療を必要とする緩和医療の advocate となり、てんかん外科医療の実施件数は米国では年間『わずかに』3,000 例であり開頭手術を必要とされる毎年の新規患者すらカバーされないことが大変由々しき問題であるといひ、かたや年間てんかん外科開頭手術件数が概ね 600 例である日本では脳神経外科医が少しでも多くの神経科医に VNS 療法ひいてはてんかん治療に対する理解と参画を求めているという彼我の乖離現象を目の当たりにしてのことである。残念ながら現在の日本におけるてんかん診療領域では、小児・成人の如何を問わず内科系医師が advocate となり外科医療を推進することなど現状において未だ想像できない。

幸いにもこの日の午後、ある計らいのおかげで Wilfong 先生と一対一で 30 分間懇談する機会があった。2 つ 3 つの一般的な質問のあと、私にとって本日もっとも重要な質問をしますと前置きしたうえで『小児神経科医であるあなたが、なぜ外科医療を尊重しその advocate となられるのか、どのようなプロセスでそのような考えに至りモチベーションを維持されているのか、どうかお教え頂きたい』とお尋ねしたところ、それまでリラックスして快く質問に答えてくださっていた Wilfong 先生は、居住まいを正し真正面を見られたうえで次のように答えてくださった。『われわれ米国小児神経科医は、てんかん診療は疑いもなく包括診療であると信じている。われわれもまた包括診療を推



第 46 回日本てんかん学会年次学術総会にて。右から Angus A. Wilfong 医師、筆者、浦 裕之氏 (第二生理学大学院交換留学生)。

進する立場にある。』

Wilfong 先生の施設では初診てんかん患者および家族に対して、次の 4 点の治療戦略を必ず説明している。①薬剤治療—てんかん患者に薬剤治療が奏功するのは患者全体の 6 割にすぎない³。②手術治療—①で発作抑制されない場合の治療は外科的治療である。外科治療の方が適切な患者さんもいる。小児患者が対象である場合漫然と薬剤治療を行うことは成長発達からみてマイナス的側面が大きく、手術が導入され結果が良いならむしろ望ましい面が大きい。この①②が奏功しない場合は緩和治療を次善の策として③ VNS 療法、④ケトン食療法、などである (ケトン食療法については、日本てんかん協会機関紙『波』平成 24 年 12 月号に、静岡てんかん・医療研究センター病院小児科の今井克美先生が患者さん用に分かりやすくご記載されているので参考にしてください)。さらに Wilfong 先生をはじめとした米国小児神経科医の多くは自身を surgical epileptologist であると認識しており、薬剤治療を選択するかあるいは外科医療に進むのかを神経科医自身で考え『technician たる脳神経外科医』に切除範囲を指示しているのであるという。興味深いことに、この潮流は若い時代を日本で過ごされた Hans O. Lüders 先生がクリーブランドに移られ、いわゆるクリーブランドスクールの弟子たちが全米に散らばった 90 年代から加速したという点であり、決して伝統的なものではなかったのである。Lüders 先生は日本におられたのにこの流れが日本にまだできていないことはちょっと寂しいですねと申し上げたが、私は日本でもパーキンソン病に対する深部脳刺激 (DBS) 療法では神経内科の advocate たる先生が何人かおられることを思い出した。VNS 療法も DBS 療法も、神経系統に微弱な電流・薬剤・磁気を流すことにより慢性神経疾患を緩和的に治療するという意味では全く同じニューロモデュレー

ションの範疇に入るのである。『神経内科医のDBS調整には特別な資格教育は必要なのか?』いや違います, Wilfong先生がニヤリとしたところで面会時間の30分は終了した。

慢性神経疾患の外科的医療 advocacy が神経内科であるという成功例は、実は日本にすでに存在していたのである。私はこの面会2時間後に日本医科大学包括てんかん診療ネットワーク²代表である川上康彦(共著者)にこの経緯を説明し、日本医科大学でも包括てんかん診療を今まで以上に内科系で強力に推進し、①~④を実践してほしいと相談した結果、了解である旨ネットワークでの緊急検討課題として俎上にあげましょう、となった。

包括診療には患者の視点からみても多くの利点があるが、てんかん領域では学会からも包括診療の構築が従前より推奨されて久しい。包括診療について十分に理解したつもりではあったが、今回の経験は忘れられないものになるかもしれない。それにしても、われわれのてんかん診療には課題が山積である。てんかん外科医療ひいては日本医科大学におけるてんかん包括診療の推進は、てんかん外科医である私の大切なアイデンティティである。しかし国内のニーズに目を向ければ、診療地域格差の解決、てんかん診療ネットワーク(ECN-Japan)の推進啓発、運転免許の問題など社会問題への対応、そしてもっとも重要な永遠の課

題は卒前・卒後教育の一層の充実であろう。長いプロジェクトの中には小さな出来事が重要なターニングポイントになることも経験するところではあるが³、われわれの方向性が包括診療センター化を見据えた新しい潮流となるのだろうか。数年後に出される答えを夢見ながら、われわれは、そしてまた、悩めるてんかんのある人々とともに歩み続けなければならない。

文 献

1. 太組一朗: 各科臨床のトピックス 難治てんかんに対する迷走神経刺激療法. 日本医師会雑誌 2012; 140: 2574-2576.
2. 川上康彦, 太組一朗, 山崎峰雄, 長谷川大輔: 日本医科大学てんかん診療の歴史・現況・そして未来「日本医科大学包括てんかん診療ミーティング」結成報告. 日医大医学会誌 2013; 9 (1): 33-34.
3. Kwan P, Brodie MJ: Early identification of refractory epilepsy. The New England journal of medicine 2000; 342: 314-319.
4. 太組一朗, 小泉慎也, 小林士郎, 藤野 修: てんかん診療における長時間デジタル脳波ビデオモニタリングシステムの導入. 日医大医学会誌 2008; 4: 50-51.

(受付: 2012年10月22日)

(受理: 2012年11月12日)