外科的治療について

パーキンソン病に対する外科治療の歴史はかなり古いものです。特に Ｌドパ（レボドパ）が開発される前にはパーキンソン病に対して外科治療が盛んに行われた時代がありました。

古典的な手術法は、パーキンソンの脳内で過剰に興奮している部分を針で特定した後に電気で凝固するという手術でした。重症な振戦、固縮、ジスキネジアに対しては、大脳の深いところに存在する視床や淡蒼球の「凝固術」が行われてきました。この方法は、誤った部位を凝固してしまうと取り返しのつかない後遺症が残る可能性があったため、かなり限られた施設でしか行われてきませんでした。

ところが、1990 年代フランスのグループによって、凝固術の代わりに電極を脳の深部に植え込み、電気的に慢性刺激する方法（DBS: deep brain stimulation「脳深部刺激療法」）が開発されると、その後この方法は世界中に急速に普及しました。いわば、心臓に植え込むペースメーカーを頭に植え込むようなものです。

DBS の長所は、一度に両側への植え込みが可能なこと、植え込み後に症状に合わせて電気刺激条件を変更し調整が容易なことなどです。短所としては、異物を体内に残したままになること、電池の交換が５-７年で必要になることです。

DBS 電極の植え込み先や凝固する標的部位（ターゲット）は、治療の対象となる症状によって異なってきます。

淡蒼球内節を標的に凝固術もしくは DBS を行った場合、対側のジスキネジアが改善することが期待されます。

視床下核を標的とした DBS は、淡蒼球を標的にした場合に比べて技術的により精密さが要求されますが、そのパーキンソン症状の改善効果はしばしば絶大（特に両側に施行した場合に）です。特に両側視床下核に DBS を施行した場合には、オフ期の運動障害が改善されます。また「薬剤を減量」できることが薬部療法を続ける上で大きな利点です。

経験豊富なパーキンソン病治療専門医は、それぞれの患者さんの将来像を予想しながら治療を行っています。病気が進行しても薬物療法で改善できる余地がある場合には特に問題はありません。

しかし、患者さんによっては、薬物の副作用との兼ね合いでさらに薬物を増量できない限界点が数年先に見えることがあります。その時には、患者さんの年齢などを考慮しながら、DBS を治療の選択肢として検討することも重要です。

過去の経験からは、若く発症し、ウエアリング・オフ現象が著明で、オン期にはジスキネジアが激しいがオフ時には動けなくなってしまうような方が、両側視床下核 DBS の最も良い適応だと言えると思います。

DBS 手術自体は 20 年以上の DBS 手術経験がある機能外科専門脳外科医がいる神奈川および東京都の大学病院へ紹介し実施していただきますが、術後の薬剤調整は、必要に応じて当院のパーキンソン病外来で行うことも可能です。