

高齢者のてんかんとその周辺

篠崎 和 弘 (和歌山県立医科大学神経精神医学教室)

高齢者の初発てんかんの発症率は 100~170 名 (対 10 万人・年) と小児期, 成人期より高く, 発症の 25%は 60 歳以上との報告もある。しかし, 臨床で問題にされることは少ないように感じるが, 高齢化の進行を考慮すると大きな臨床課題となると予想される。

高齢初発てんかんは他の年齢階層と比べ, 原因不明群が減少し脳血管性群と変性疾患群が増える。とはいえ, 原因不明は最も多く 5 割, 脳血管性が 3 割, アルツハイマー病変 (AD) など変性性疾患が 1 割程度を占める。なお, 代謝性疾患, 腎機能障害, 脳梗塞などの身体的な原因をもつ急性症候性発作はてんかんに含まない。

高齢初発てんかんは複雑部分発作 (CPS) が最多で, 2 位の二次性全般化発作を含めると両方で 8 割に達する。高齢者の CPS は意識レベルの低下が多く (4 割程度), 自動症は少ない。既視感, 幻臭などの前兆 (30 秒程度) も少ない。代わって, 発作後の健忘, もうろう状態, 意識変容など認知症様の状態が数時間から数日続くのも高齢者に特有である。

初回発作では薬物治療を開始しないのがてんかん治療の原則であるが, 高齢者では初回発作後の再発率が 66~90%と高いため, 初回から治療を始めるのも特有である。血管性障害を伴うことが多いことも再発率が高い一因とされる。睡眠時の発作, 脳波異常, 局在性症状などがあれば初回発作でも薬物治療を積極的に始めるべきとされる。

高齢初発てんかんについて二つのガイドラインが利用可能である。日本神経学会ガイドラインでは, 部分発作・合併症なし群には, カルバマゼピン (CBZ), ラモトリギン (LTG), レベチラセタム (LEV), ガバペンチン (GBP) の順に, 合併症あり群には LEV, LTG, GBP の順に, 全般性・合併症なし群には LTG, バルプロ酸 (VPA), LEV, トピラメート (TPM) の順で選択を勧めている。日本てんかん学会ガイドラインでは部分発作・合併症なし群には LTG, GPT の順で, 合併症あり群には LVT を勧めている。ただしこれらの根拠になった論文のアウトカムは服薬継続率であること, 治験期間が長期ではないことに留意が必要である。従来からのフェニトイン (DPH), CBZ, VPA は新薬ほどには推奨されない。

処方量は健常成人の 3 分の 1 程度から始めることが多い。低蛋白血症があると蛋白結合率が高い DPH, CBZ, LTG, VPA などは, 遊離型が増え治療域の血中濃度でも副作用や中毒症状を出しうるためである。

非けいれん性てんかん (NCSE) は高齢者で多く, 困惑, 精神病症状など呈し, 局在性律動波, 全般性棘徐波複合で診断されるが, 診断が遅れがちである。初発の患者も多いが一部には青年期の全般性てんかんが見落とされてきた可能性もある。薬物治療はロラゼパム, ジアゼパムの静注 (1st-line), DPH, VPA, LEV の静注 (2nd-line) などである。