

## 私の処方箋

### 「高齢者てんかんの薬剤選択」 村松和浩(63 回生)

わが国では高齢化率(65 歳以上が総人口に占める割合)の上昇は 1950 年(4.9%)以降一貫して続いており、1985 年に 10%、2005 年に 20%を超え、2021 年には 29.1%になりました。私が内科医になった 1984 年に比べて高齢化率は約 3 倍になっており、診療する対象の年齢層が相当変化してきています。私の専門の神経内科領域の疾患も守備範囲が変遷してきました。神経内科に入局した当時は、てんかんはどちらかというと小児科領域の疾患という印象でした。しかし、近年疫学調査から、てんかんの年齢別発病率は 60 歳から急激に上昇し、高齢者側に高い U 字型の発病曲線を描くことが明らかになりました。実際、日本のてんかん患者の 44%以上が 65 歳以上であり、約 40 万人となります。すなわちてんかんは、今日、脳血管障害、認知症に次いで高齢者に多い神経疾患であるという認識が必要になりました。

そこで、高齢者てんかんの治療のポイントです。小児科、若年者のてんかんと異なり、抗てんかん薬治療により約 80-90%で発作が完解します。抗てんかん薬は単剤かつ低用量で発作抑制できることが多く、治療反応性が良好なのです。抗てんかん薬の選択の要件になる発作型は大部分が焦点発作です。合併疾患や併用薬が多いので、個々の患者の条件に基づいて薬物代謝・副作用などを考慮して抗てんかん薬を選択します。新規薬、第 3 世代薬などと呼ばれる最近の抗てんかん薬が、薬物相互作用及び副作用の面で使いやすいのです。

内科疾患合併時の薬剤選択をまとめます。腎機能障害および肝機能障害を合併した患者では、抗てんかん薬の肝代謝、肝腎代謝、腎代謝を考慮します。抗てんかん薬によっては、心伝導系の異常、低 Na 血症の悪化を考慮します。免疫疾患への影響、認知機能の低下、パーキンソン症状の出現にも注意します。低アルブミン血症ではアルブミン結合率の低下により遊離型が増加して作用が増強されます。高齢者てんかんの病因は、半数では病因は明らかではなく、明らかなものでは脳血管障害が多く 20%前後を占めます。脳卒中後てんかんは併発症として約 3 分の 1 にうつを発症するとの報告があります。従って、うつ病性障害、不安症など精神症状のリスクを有する患者における抗てんかん薬の選択を考慮します。酵素誘導を引き起こす従来の抗てんかん薬の服用では、生体内酵素の代謝にも影響し、骨代謝への影響から骨粗鬆症、ホルモン代謝への影響から不妊、コレステロール代謝への影響から動脈硬化による脳梗塞や虚血性心疾患などを発症しやすくなります。

私は高齢者てんかん患者への抗てんかん薬は少量から初めて漸増し、代謝・排泄を考慮し、酵素誘導のない抗てんかん薬を選び、副作用を避けます。高齢者ではてんかんに関するスティグマがあることが多く、治療、抗てんかん薬の内服の意味を分かりやすく説明することも服薬コンプライアンスの上で重要です。以上を考慮して、新規抗てんかん薬を、発作型のスペクトラムが広く、発作抑制力が強く、長期服用の副作用が少なく、薬物相互作用がなく、従来の抗てんかん薬に比べてより高齢者に適していると考えて処方しています。

す。