

## SY5-2-3

## チック・トゥレット症の治療 ～チック症状を改善させるために～

星野 恭子

医療法人社団 昌仁醫修会 瀬川記念小児神経学クリニック

「チック」は感情や環境に強く左右される「不随意運動疾患」であり、病態にドパミン神経の異常、さらには強迫性障害（OCD）、注意欠如・多動性障害（ADHD）の病態の一つである非運動系皮質-線条体-視床-皮質ループ（cortico-striato-thalamo-cortical loop）が示唆されている。チックは、音声・運動、と単純・複雑と分類している。気候の変動、長期休暇あけの新学期、春秋に増悪、不安や緊張、過度なストレス、感染症、睡眠不足、疲労、携帯用ゲームは増悪因子となる。治療に重要な症状として「チックをする前にむずむずする感覚がある（Urge）」「チックをするとすっきりする」という前駆衝動がある。チック症状に影響するOCD、ADHD、不安障害、睡眠障害などの合併症の治療も重要となる。

具体的な治療を述べる。1）初診時全年齢に対して ①睡眠覚醒リズムの確立 ②過度なメディアの制限 ③保護者の理解（不安が強いので症状についての十分な説明が必要）④学校の協力（教員が理解をすること、また本人の希望に従い他の生徒に説明する）が基本となる。2）年齢別に治療 ①幼児期：瞬き・鼻鳴らしなどの単純チックが多く間欠的。血清フェリチン値が $40\mu\text{g/ml}$ 以下には鉄剤開始（鉄がアミン系神経の補酵素）。病態にドパミン受容体過感受性が推測され、極少量Lドパ療法（ドパストン散 $0.5\text{mg/kg/日}$  2× 保険適応外治療）を行うことが多い。副作用がほぼ無いが効果も弱い。②小学校低学年：複雑チック 激しい単純音声チックが持続することがある。ADHD、むずむず脚症候群の合併あり。鉄剤＋極少量Lドパで不十分例は、アリピプラゾール（ARP ドパミンスタビライザー） $0.5\text{-}1\text{mg/日}$ 、ADHD合併例はグアンファシン（GXR） $1\text{mg/日}$ を併用。③小学校高学年：四肢に及ぶ複雑チック、汚言、ムズムズする前駆衝動が明確になる。OCD、不安障害、睡眠障害等を呈する。ARP、GXRの他、OCDにフルボキサミン、入眠困難にメラトベル $0.5\text{-}1\text{mg/日}$ （フルボキサミンとは併用禁忌）。非薬物療法として、包括的行動的介入（CBIT）が有効。前駆衝動が出る直前に拮抗反応と深呼吸（例えば手足のチックは手足に力を入れる）に精神を集中し前駆衝動が下がるのを待つ、という治療。反復練習によりチックの抑止ができるが、「我慢」ではなく「精神の集中」が主である。本人の努力によることが多く、保護者の理解と本人の支援が重要。当院では、ほぼ完全に消失する症例もみられ、最も有効な治療法と考えている。高学年の時期にある程度制御できるとよい。④中学生：複雑チック、性的汚言、OCD、起立性調節障害、反抗期など思春期特有の心身の変化により治療に抵抗をする時期。睡眠やゲームは制御が難しい。薬も拒否する例も多い。思春期が過ぎるのを待つしかなく、本人の気持ちに寄り添いながら少量の薬が飲めれば何とか乗り切れると考える。非薬物療法として、CBITも適応であるが、さらに歯科スプリント治療（奥歯が高い特殊なマウスピース）も選択となる。日本では数か所の歯科にて作成している。筆者の経験では、15歳過ぎると非運動療法も自らできるようになり見通しがたってくる。⑤高校生以上：基本的な治療方針は同じであるが、筋攣縮様のチックにはクロナゼパムも有効であり、薬物療法の幅は広がる、同時に精神症状も強くなる。成人のADHD合併例にはGXRも適応である。重症例では慎重な倫理審査後に深部脳刺激による外科治療もある。当院では治療施設の倫理審査後に6名に施行、良好な経過を得ている。昨今、CBITによりチックがほぼ消失する例を経験しており今後注目したい。年齢依存性に出現する合併症に対し年齢別治療を、多軸的に早期行うべきと考える。患者が自ら治療を進んでできる環境を作りたい。