

途上国のてんかん治療は？ 難しい医療経済学

鹿児島大学名誉教授
朝倉 哲彦

もう数年も前のことである。他の大学へのインドネシアからの留学生が、私の側頭葉切除の手術を熱心に見学していたことがある。彼は、術後棘波放電が殆ど消失し、経過が良好であったことに強く感銘を受けた風であった。

それから、しばらく経って、母国に帰った彼から便りがあり、神経学の年次大会でてんかん外科の講演をしてくれとの依頼であった。まだ、脳神経外科は分かれていなくて、神経学会として一緒に学会を運営しているとのことであった。帰りに彼の母校の大学で手術の講義をしてくれと言う。私は二つ返事で引き受けてしまった。

出発の日程も迫ってくるので、手術のビデオの二・三本も用意しようとしている矢先に、月刊誌「波」号外の「国際てんかんニュース」のサミュエル・ラザルヂ先生の「インドネシアてんかん事情」を読んだ。96年6月号である。

インドネシア大学神経科の同先生の記述によると、同国のてんかん患者は殆ど貧しくて、抗てんかん薬を飲んでいてもフェノバルビタールが主流であるという。それでも飲んでおれば良い方で、財政的な公的な援助が全くないので、飲んでないものの方が多いのではないかとの印象を受けた。何しろ、13,000余りの島嶼からなる国であり、人口は世界第5位でも経済的には破綻が噂される国である。私は、待てよ、と考え込んだ。

私たちはてんかんの外科治療に携わっているが、これは、現在入手し得る抗てんかん薬の殆どすべての種類を、数年に亘って服用し、手を変え、品を変えして、努力をしてもなお難治性であると判断された症例に、慎重に適応を選んで、行っているのである。これほど慎重を期しても、なおかつ外科治療が受け入れられるとは限らない。また、高い倫理性を維持することが必要であることを、財団からの研究援助で「てんかん外科治療の基本指針」として報告書にまとめたところである。さらに、近年数種類の第二世代抗てんかん薬が開発され、目下わが国でもその治験が進行中である。

そのような状況とラザルヂ先生の記述される状況との何たる落差であろうか。私は外科医であるから、人類の役に立つのなら、何処でもオーソドックスな外科手術を教えるのに、吝かではない。しかし、薬物を飽和するほど服用してもなおかつ薬物抵抗性として、外科治療を考慮するというのに、薬物が十分に行き渡っていないところで、外科手術の方が先行して広まってしまったらどうなるか、と考え込んでしまったのである。これは、実はてんかん治療の難しい問題である。

現在、やむを得ず行われている開頭術による切除外科が主流とされているが、これとても、実はあまり病期の長くないいわばバージンをケースの方が、効果が高いのだ。また私

私たちは non-または *minimally invasive* の外科を志向し、開頭によらない頭蓋外頸部皮下での迷走神経刺激術を普及させているところである。更にまた、γナイフによって全くの皮切なしのてんかん治療も開発しているところである。こういう方法を押し進めていくと、高価な薬物を長期間服用してから効果がないので、次の治療を選択するというのではなく、まず、非侵襲的な治療を先に試してみよう、という考えも生まれてくる。薬品代を提供できない社会機構ではその方が歓迎されるかも知れない。そうすると、手術が先行するような風潮があっても強ち否定的になれないわけである。

このような面の医療経済学を確立するには、わが国のような飽和国ではなく、途上国の実状を、財団からの研究助成で調査してみる必要がある。招聴の時には、考えても考えても結論がでなかったの、何とか理由をつけて断わり、とうとう行かなかった。