

ドパミンの薬理学(2) パーキンソン病

https://l-hospitalier.github.io

2020. 10



J パーキンソンと

ンソン病と命名。

レボドパ

 H_2N カルビドパ

 $(\rightarrow$ 続き) D1 受容体クラスの刺激は興奮性に作用し cAMP と細胞内 Ca^{2+} を増加さ ジェームス・パーキンソン せ、プロテインキナーゼ C を活性化。 D2 受容体は同一遺伝子のスプライスバリアン トの D2S と D2L がある。 D2(S)受容体の刺激は cAMP と Ca²⁺を減少させ細胞過分極 をおこす。 D3 と D4 受容体は機能的構造的に D2 受容体と関連、統合失調症に関与し ている可能性がある。【パーキンソン病の原因】は黒質緻密部のドパミン作動性ニュー ロンの選択的消失。 これは発症 10年以上前から始まり容赦なく進行し消失が 70%を 越すと発症、剖検では 95%以上の消失例もみられる。 ニューロン消失の原因は α シ ヌクレイン遺伝子の突然変異、過剰発現やプリオン説など、**遺伝**によるものは常染色体 優性パーキンソン病など全体の **10%**に過ぎない。 **1983** 年合成 *μ* オピオイドの meperidine (pethidine, 塩酸ペチジン*1) 中毒患者が L-DOPA が有効な典型的パーキン ソン病を発症する事が判明、合成時の混入物 MTPT*4 が黒質ニューロンに特異的毒性を が再発見、パーキ 示す MPP⁺に変化することが動物実験で示された(環境説)。 しかしパーキンソン病 患者の日常的環境にどれほど MTPT が存在するか不明、また MTPT 自体でパーキンソ ン病は作成できない。 現在のところパーキンソン病は遺伝・環境両因子が関与する多 因子疾患とされる。【治療】パーキンソン症状については脳血液関門を通過するドパミ ン前駆体の L-DOPA (レボドパ) の服用、あるいは MAO-B 阻害剤や COMT 阻害 HO 剤を服用することでシナプス間隙のドパミン濃度を上昇させることができ、(麦 角アルカロイドなどの) シナプス後**ドパミン受容体**を直接刺激する**アゴニスト**で症状の 改善がみられた。 但し L-DOPA や代謝産物、ドパミンの末梢作用により心血管系そ の他に副作用がある。 脳血液関門を通過しないカルビドパ carbidopa (末梢での 好にしている。 また L-DOPA の脳血液関門通過は他の中性アミノ酸と競合するので

L-DOPA 代謝酵素を阻害し、中枢への移行を高めると同時に末梢での副作用を軽減) HO と L-DOPA の合剤 (メネシッド) にすることで、副作用を抑え脳内への移行を良 空腹時投与や低アミノ酸食などの配慮も必要。 L-DOPA の薬理作用は病経過とともに 継続的な服用は耐性により効果発現に高容量を必要とするようになり、また 5~10年間 L-DOPA を服用した患者の50%以上にジスキネジアという痙性の強い四肢や 頸部の不随意運動が現れる。 固縮やすくみ足が強い「off 期間」と正常あるいはジス キネジアのみられる「on 期間」がみられる on/off 現象が次第に極端になる。 近年は 若年性パーキンソンでは(非麦角アルカロイド性)ドパミン受容体アゴニスト*2で治療 を開始することが推奨されるが、アゴニストには他の副作用も多い。 最終的に有効な のは L-DOPA で、L-DOPA の使用開始の遅れは死亡率を上昇させる。 MAO-B 阻害剤 (seregiline、エフピー) は潜在的に毒性の高い amphetamine を代謝産物として産生、 不眠や譫妄がある(アンフェタミン産生のない rasagiline が最近 FDA 認可)。 末梢 **COMT** 阻害剤 entacapone は 300 mg/day 以上の L-DOPA (+カルビドパ) と併用。 中

1 いわゆる「塩ペチ」、商品名オピスタン(35 mg)。 塩酸モルヒネ 10 mg に匹敵する鎮痛作用と少ない呼吸循環系 への副作用ということでクローン病の腹痛によく筋注した。 2 L-DOPA のような中性アミノ酸との競合はない。

枢に入る tolcapone は米国で使用されたが致死的肝障害のため米国以外は認可せず。

#259