

ドパミンの薬理学(3) パーキンソン病

https://l-hospitalier.github.io

2020. 10



J パーキンソンと J=M シャルコー。

「振戦麻痺」症例 報告をシャルコー が再発見、 パーキ ンソン病と命名。

> NHa レボドパ

 H_2N' カルビドパ

ドパミンの D1 受容体クラス (D1, D5) の刺激は興奮性に作用し cAMP と細胞内 Ca²⁺ を増加させ、プロテインキナーゼ C 活性化。 D2 受容体クラス (D2, D3, D4) の D2 受 容体には同一遺伝子のスプライス・バリアント *1 の D2S と D2L がある。 D2(S)は自己 受容体で、刺激は cAMP と Ca²⁺を減少させ細胞膜の過分極をおこす。 D3 と D4 受容 ン病の原因】は発症 10 年以上前から始まる黒質緻密部のドパミン作動性ニューロン の選択的消失。 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 プリオン説などだが、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% 1983 年に合成 μ オピオイド meperidine (塩酸ペチジン*2) 中毒患者が L-DOPA が有効な典型的パーキンソン病を発病するのがわかり、合成時に発生、混入す る MTPT*3 が黒質ニューロンに特異的毒性を示す 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の日常的環境に MTPT が存在するかは不明。 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

<mark>療】</mark>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)服用、あるいは同時にMAO-BやCOMTの阻害剤の服用でシナプス間隙 HO のドパミン濃度を上昇させる。 また (麦角アルカロイドなどの) シナプス後ドパ HO ミン受容体を直接刺激するアゴニストで症状の改善をはかる。 但し L-DOPA や代謝産 物、ドパミンの末梢作用には心血管系、他に副作用があるので脳血液関門を通過しない L-DOPA 代謝酵素(芳香族 L-アミノ酸脱炭酸酵素)阻害剤、カルビドパ(carbidopa) で末梢でのドパミン生成を阻害。L-DOPAが中枢へ移行してからドパミンに変換 HO、 する手で副作用を軽減するため L-DOPA とカルビドパの合剤 (メネシッド) を使 но 用する。 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空腹時投与や 低アミノ酸食などを考慮。 L-DOPA の効果は次第に劣化。 継続的服用は耐性により高 容量が必要になる。 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(痙性の強い四肢や頸部の不随意運動)が出現。 固縮やすくみ足が強い「off 期間」 と正常/ジスキネジアのある「on 期間」が交代する on/off 現象が顕著になる。 ジスキ ネシア発生を遅らせるため若いパーキンソン病では(非麦角アルカロイド性)ドパミン 受容体アゴニスト*2での治療開始が推奨されるがアゴニストには他の副作用もある。 最終的に有効なのは L-DOPA で、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(2017/3、FDA はアンフェタミン産生のない rasagiline を認可)。 末梢 COMT 阻害剤 entacapone は 300 mg/day 以上の L-DOPA (+カルビドパ) と併用。 中枢神経に入る tolcapone は米国で使用されるが致死的肝障害で米国以外は不認可。

#260

^{*1} 真核生物ではイントロンを読み飛ばすスプライシング(編集)がある。 同一遺伝子の読み取り箇所の違いでできる mRNA(蛋白)の変異。2「塩ペチ」、商品名オピスタン麻(35 mg)、塩酸モルヒネ 10 mg 相当の鎮痛と少ない呼吸 循環抑制でクローン病の腹痛によく筋注した。*3 1-Methyl-4-phenyl-1,2,3,6-tetrahydropyridine。

^{*4 1-}methyl-4-phenylpyridinium cation。*5 アゴニストには L-DOPA と異なり中性アミノ酸との競合はない。