

## 「首下がり」と「陰性ジストニア」

目崎 高広<sup>1)\*</sup>

## Dropped head and negative dystonia

Takahiro Mezaki, M.D., Ph.D.<sup>1)</sup><sup>1)</sup>Department of Neurology, Sakakibara Hakuho Hospital

(臨床神経 2014;54:56)

2013 年 6 月 9 日

拝啓

本誌第 53 巻 6 号に掲載されました原著「種々の疾患にともなう首下がり症候群の病態生理学的分析—表面筋電図所見と理学療法の効果から」(臨床神経 2013;53:430-438)<sup>1)</sup>を興味深く拝読いたしました。「首下がり」は治療に難渋する症状です。一部の患者で理学療法が有効であるとのこと報告は、今後の診療上、大変参考になりました。

ここで私見を三点申し述べたく存じます。

第 1 は、「首下がり」という用語についてです。現在、「dropped head」は原因を問わず「首下がり」と訳されますが、「首下がり」の原義は、主に東北地方で風土病として知られ、中野健隆が 1888 年に報告した病態を指します。1897 年に三浦謹之助が“Kubisagari”として総括しました。わが国で昭和以降の報告はなく、病因など一切が不明のまま消滅したと考えられています<sup>2)</sup>。これと現在の“dropped head”とは症候が明らかにことなることから、「首下がり症候群」とするばあいを除き、両者を同一の和名で呼称することには抵抗を感じます。

第 2 は、陰性ジストニアの定義についてです。引用いただいた文献<sup>3)</sup>で、私はこれを「意図する運動に必要な筋が十分に駆動されない現象」と定義いたしました。同時に「その存在については未だコンセンサスがえられていない。存在するにしても、これが通常のジストニアと同じ機序で生じているとの証拠はない」と記載いたしました<sup>3)</sup>。本現象の可能性について、この度ご検討賜りましたことに感謝申し上げます。しかし、周知の概念ではない旨を、ご使用の際には付記いただくことが望ましいと考えます。

第 3 は、本研究における陰性ジストニアの解釈についてです。麻痺や易疲労性がないにもかかわらず、目的とする運動

に必要な筋を駆動できないばあいに、陰性ジストニアの可能性を考えます。たとえば“dropped head”では、意識して(または検者の力に抗して)おこなった頭部後屈の筋力が正常であっても、意識を逸らせるとこれを維持できず、後頸部筋群の収縮が減少して頭部が前方へ下垂するばあいが典型的です。このほか、随意運動としての頭部後屈も困難であり、一度の診察では筋力低下と鑑別できないばあいもあります。Fig. 5 を拝見いたしますと、頭部後屈時に本来増加すべき僧帽筋(および直下にある頭板状筋・頭半棘筋)活動は、安静時と比較して明らかな増加がないようです。著者は共収縮とともに陰性ジストニアも否定されていますが、麻痺や易疲労性が存在しないという前提でなら、これこそが陰性ジストニアをうたがう所見であると考えます。なお、例示された症例は特発性とされていますが、陰性ジストニアを主徴候とする攣縮性斜頸の可能性があると考えます。

“Dropped head”については、いずれ正式な邦訳が決められるよう期待いたします。また陰性ジストニアという未確定の用語について、提唱者の責任として私見を申し上げます。

敬具

※本論文に関連し、開示すべき COI 状態にある企業、組織、団体はいずれもありません。

## 文 献

- 1) 林 欣寛, 長岡正範, 林 康子ら. 種々の疾患にともなう首下がり症候群の病態生理学的分析—表面筋電図所見と理学療法の効果から—。臨床神経 2013;53:430-438.
- 2) 高橋 昭. 首下がり—Gerlier 病, kubisagari, dropped head syndrome—. 神経内科 1999;51:1-12.
- 3) 目崎高広. ジストニアの病態と治療。臨床神経 2011;51:465-470.

\*Corresponding author: 榊原白鳳病院神経内科〔〒 514-1251 三重県津市榊原町 5630〕

<sup>1)</sup> 榊原白鳳病院神経内科

(受付日: 2013 年 6 月 9 日)