

第22回島根てんかん研究会

日 時：平成20年6月13日（金）18：30～20：30

会 場：出雲ロイヤルホテル 1F 末広の間

1. 超高齢者痙攣重積の2症例

島根県立中央病院脳神経外科

一ノ瀬信彦, 井川 房夫, 大林 直彦
光原 崇文, 阿美古 将

高齢者痙攣重積に対する鎮静コントロール治療は肺炎などの合併症リスクがあり、特に超高齢者では早期覚醒を目指す事が望ましい。今回我々は超高齢者に生じた痙攣重積に対し、1日のみの鎮静下コントロール後に覚醒させて予後良好だった2例を経験したため報告する。

【症例1】左慢性硬膜下血腫術後に居宅退院していた87歳男性。退院2ヶ月後に2次性全般化発作を生じ重積したため、プロポフォルによる鎮静コントロールを要した。フェニトイン急速飽和の後翌日覚醒させ、痙攣再発や合併症無く独歩退院となった。

【症例2】外傷性くも膜下出血後に症候性てんかんを生じ内服コントロールされていた82歳男性。退院1年後に2次性全般化発作を生じ重積したため、プロポフォルによる鎮静コントロールを要した。フェニトイン急速飽和の後翌日覚醒させ、痙攣再発や合併症無く退院となった。

2. 反復経頭蓋磁気刺激治療における、けいれん合併について

島根大学医学部附属病院神経内科

小黒 浩明, 山口 修平
大田市立病院内科
清原 信昭

反復経頭蓋磁気刺激 (rTMS) における偶発症として重要なのは「てんかん誘発」である。刺激強度とてんかん発症の関連では文献的に運動閾値 (MT) 100%–250% で6件、刺激頻度 10–20 Hz で4件、20 Hz 以上で2件、持続時間 10秒以上で3件の発症報告がありこれがひとつの安全指標となる。当科で70歳代の脊髄小脳変性症 (SCA6) 患者に rTMS と単発磁気刺激 (sTMS) を同時に行った際、約2分間の全身性強直性けいれんを発症した1例を経験した。rTMS は80% MT, 1 Hz, Inion および両外側 4 cm の三箇所各 100回、計 300回

刺激、sTMS は両側運動野へ運動閾値を決定するために行った。経過は良好で発作は1回のみで以後再発はなかった。発作翌日の脳波は正常であったが、sTMS 刺激部位の運動野に一致した血流集積 (hot spot) を脳血流シンチで認めた。sTMS と rTMS を同時に行ったことも原因のひとつと考えられ安全域使用でも注意を要すると考えられた。

3. 部分発作との鑑別に発作時脳波記録が有用だったミオクロニーてんかんの幼児例

島根大学医学部小児科

瀬島 齊, 柴田 直昭, 内田 由里
吉川 陽子, 安田 謙二, 岸 和子
山口 清次

顔面ミオクロニー発作を単純部分発作 (SPS) と誤認されていた、ミオクロニー・失立発作てんかんと思われる幼児例を経験した。

5歳4か月の男児。家族歴、既往歴に特記事項なし。4歳6か月時、車中で意識減損、眼球上転する発作を初発。翌日2回目の発作を来し、近医で部分てんかんとしてCBZ内服治療開始。4歳9か月時より眼瞼、口角のけいれんを毎日頻回に認めるようになった。SPSとしてZNS, VPA を追加されたが改善しないため当科に紹介入院した。発育、発達は正常。覚醒時に口唇、下顎、眼瞼の、睡眠中に四肢のミオクロニー発作を認め、稀に短い欠伸発作も認めた。発作時脳波では、ミオクロニー発作に一致して全般性多棘徐波を認めた。VPA 単剤漸増により覚醒時の発作はほぼ消失、CLB 追加で発作コントロールおよび脳波上てんかん性放電の消失が得られた。

治療上、発作時脳波記録で正確に発作を確定することが、重要と思われる。

【特別講演】**「てんかんの診かた—基本と最近の研究から」**

独立行政法人国立病院機構

静岡てんかん・神経医療センター

臨床研究部長・小児科

高橋 幸利 先生

1. 疾患概念

てんかんは、大脳神経細胞の突然で過剰な同期性の興奮に由来する反復性発作（てんかん発作）を主徴とする慢性の脳疾患と定義される。てんかん発作が始まる部位を発作焦点と呼ぶ、発作焦点から始まった過剰な同期性の興奮が伝播することで、発作症状がドラマのように推移していく。

2. 疫学

てんかんは100～200人に一人という有病率で見られる病気で、その約7～8割は小児期に発病し、岡山県での調査によると13歳未満の有病率は人口1,000対8.8人と高く、昔と比べて変化はないとされてきた。しかし最近では高齢化に伴い脳血管障害等の合併症としての高齢者のてんかんが増えてきていて、80歳以降に発病率は乳幼児期と同等あるいはそれ以上の発病率となり、100人/年/10万人のレベルにある。

3. 成因

正常の脳に何らかの原因が加わり、てんかん原性変化が起こるとてんかんが発病する。てんかんの原因は、基礎疾患が見当たらず遺伝性の素因が強いと考えられる①特発性と、中枢神経系に既知の障害あるいは推定される障害を持つ②症候性に分類される。成因ごとに発病する年齢帯に特徴があり、小児では特発性が多く、約60%

を占めていて、症候性が約40%を占める。小児てんかんでは、出生前の障害要因が15.7%、周産期の障害要因が9.7%、生後の障害要因が12.2%を占める。一方、高齢者では症候性の成因が多い。

4. 症状

てんかん患者の症状は、発作時症状（てんかん発作症状）、発作直後の症状、発作間欠時症状に分けて考える。発作時にはてんかん発作による症状が観察される。てんかん発作症状は患者ごとに様々で、その発作症状・発作時脳波・発作間欠時脳波をよりどころに、てんかん発作分類が行われる。

5. 診断

てんかん発作が疑われる事象が起こった場合に、患児および保護者が医療機関を受診することになる。そこで患児あるいは保護者のもつ発作症状に関する情報を、発作間欠時・発作時・発作後の症状・所見に整理して、発作型診断を行う。発作型が決まれば、年齢・脳波・画像などの情報を組み込んで、てんかん分類診断を行う。通常、部分発作を呈する患者は局在関連性てんかん、全般発作の患者は全般てんかんに分類され、さらに特発性、症候性に分類される。一般的には特発性てんかんは、治療等により発作が止まり（発作予後良好）、知的あるいは神経学的予後は良好で、運動麻痺・知的障害・精神障害を呈することは少なく、抗てんかん薬を漸減中止でき、治療終結を期待できる。一方、症候性てんかんは発作予後が不良であったり、運動麻痺・知的障害・精神障害を呈することがある。潜因性とは、症候性が疑われるが、その確証がない場合を指す。