

第27回島根てんかん・神経研究会

日 時：平成25年6月21日(金) 18:30~20:30

会 場：出雲ロイヤルホテル 1F 末広の間
出雲市渡橋町831 TEL 0853-23-7211

1. 両側頭頂葉に拡散強調画像で高信号を認めたてんかんの1例

島根県立中央病院神経内科

来海 壮志, 豊田 元哉, 青山 淳夫
ト藏 浩和

【症例】79歳、男性

【主訴】物がうまく使えない、痙攣、意識障害

【現病歴】4年前に症候性てんかんを発症してから感情の起伏が激しくなった。同時期より記憶力障害を認め、近医を受診し脳器質性障害の診断を受けている。また近医よりゾニサミド300mg/日とラモトリギン50mg/日の投与を受けていたが、2、3カ月に1回てんかん発作を認めていた。普段の発作は強直発作であった。今回、入院の2、3日前から活気がなくなり家に閉じこもりがちになった。明らかな脱力はないものの、食べ物を上手く口に運べなくなったり、ズボンを下ろせないという症状があった。口部に数秒程度の痙攣を認め、身体が硬直し動けなくなることを繰り返すため当院受診した。受診時に強直発作あり、ジアゼパム5mgが投与され、当科紹介となった。

【入院時現症】血圧：145/89 mmHg、体温：37°C、意識レベルJCS1桁、場所の見当識は保持、脳神経系異常なし、筋力正常、左右失認なし、手指失認+、失算なし、失行+

【検査】血液生化学検査異常なし、髄液検査異常なし、脳波検査（入院翌日）：基礎波11Hz、右前頭部から側頭前部にてんかん波を認めた。頭部MRI：DWIで両側頭頂葉に左右対称性に高信号域を認めた。脳血流シングル：右前頭葉から両側頭頂葉に血流増加あり。心理学的検査：HDS-R 16点、MMSE 23点、FAB 14点

【経過】入院時フェニトイン点滴投与。内服でゾニサミド300mgは継続し、ラモトリギン100mg/日に增量した。1週間後、神経脱落症状は改善し、頭部MRIの異常陰影は改善した。認知機能も、HDS-R 22点、MMSE 23点、FAB 17点と主に前頭葉機能の改善を認めた。

【結語】てんかん重積発作により両側頭頂葉に拡散強調

像で左右対称性に高信号域を認めた1例を経験した。てんかん重積患者において拡散強調像で高信号域を呈することがあることは一般的に言われているが、本例のように左右対称性に鮮明に高信号を呈した報告は少なく貴重な症例と考えられた。

2. ACTH週1回長期投与により点頭発作が消失した結節性硬化症によるWest症候群の男児例

松江赤十字病院小児科

瀬島 齊, 和田 啓介, 吾郷 真子
樋口 強, 遠藤 充, 内田 由里
小西 恵理

浜田医療センター小児科

齋藤 恭子

ACTH標準投与では発作の完全抑制が得られず、その後週1回投与を4カ月間継続し発作が寛解した結節性硬化症(TS)によるWest症候群(WS)の男児例を経験した。

症例は7か月、男児。生後3か月に向反発作を群発し紹介受診。皮膚葉状白斑、頭部画像診断で側脳室壁の石灰化結節、左前頭葉皮質形成異常を認めTSによる前頭葉てんかんと診断。群発発作はPB静注で頓挫され同剤内服を継続した。しかし、生後7か月にシリーズを形成する点頭発作と脳波でヒップスアリスマニアを認めWSに移行した。ACTH-Z 0.1mg(0.0125mg/kg)/日2週間連日投与したが発作が完全消失しなかった。0.2mg/日に增量し1週間追加投与したが同様の結果であった。外科手術を検討しつつ、ACTH-Z隔日投与から週1回投与を継続したところ徐々に発作頻度が減少し3カ月後に消失、脳波も左前頭部限局性の高振幅徐波律動を認めるのみに改善した。

ACTH標準投与で完全寛解が得られないWSでは、週1回長期投与も選択肢になると思われた。

3. バクロフェン離脱症状を呈した1例

島根大学医学部脳神経外科

江田 大武, 永井 秀政, 中川 史生
萩原 伸哉, 大洲 光裕, 上村 岳士
宮崎 健史, 秋山 恭彦

【諸言】重度痙性麻痺に対してバクロフェン髄腔内投与(ITB)療法は有効である。しかし、稀に重篤な合併症を起こすことがあり、バクロフェン離脱症状は致命的になり得る。今回我々は、軽度のITB投与量減量に対して離脱症状を起こした1例を経験したので、文献的考察を踏まえて報告する。

【症例】症例は30歳男性。他院にてITB療法が導入され、ITB療法の継続とバクロフェン投与量減量の目的で転院となった。転院翌日にバクロフェンの投与量減量とリフィルを施行、2日後より痙攣発作が見られ、5日後に発熱、血圧低下の症状が出現したため、離脱症状と診断した。速やかに投与量を元に戻しICU管理を行ったところ、症状は改善した。

【考察】バクロフェン離脱症状は高熱、頻脈、痙攣発作など症状は様々である。治療はITB療法の再開が優先される。また、本邦では軽度の投与量減量での離脱症状の報告はない。

【結語】ITB療法は痙性麻痺に有効だが、致死的になり得る離脱症状の対処法を熟知すべきである。

4. 脳腫瘍術後けいれんについて

島根県立中央病院脳神経外科

米澤 潮, 井川 房夫, 浜崎 理
日高 敏和, 黒川 泰玄

当院で手術加療を行った脳腫瘍2症例と脳腫瘍術後痙攣について検討した。症例1例目は32歳女性。頭痛を主訴に近医受診し頭部CTで病変を認め当院紹介となった。頭部画像所見では側脳室から第3脳室に主座をおく強い石灰化を伴う最大径6cmの腫瘍性病変を認め、淡い造影効果を認めた。2期的に手術を行い腫瘍は8割程度摘出可能であった。病理診断はCentral neurocytomaであった。術後も神経脱落症状なく現在ガンマナイフ治療を検討している。2例目は37歳女性。頭痛とめまいを主訴に近医受診され頭部CTで頭蓋内病変を疑われ当院紹介となった。頭部MRIで右中頭蓋窩に接する最大径5cm大の強い造影効果を示す腫瘍性病変を認めた。こちらも2期的に手術を行い全摘出可能であった。病理診断はmeningotheelial meningiomaであった。術後四肢麻痺などもなく独歩で自宅退院となった。脳腫瘍の術後痙攣の頻度は1.9%~38.5%であり周術期には抗けいれん

薬の使用は必要であるが、継続的な投与は不要と考えられる。脳室内腫瘍に対するTranscortical approachの周術期の痙攣頻度は約8%といわれており抗けいれん薬の使用が必要である。

【特別講演】

「てんかんの診断と治療」

奈良県立医科大学脳神経外科

教授 中瀬 裕之先生

てんかんとは脳細胞のネットワークに起きた異常な神経活動のために発作を来す疾患である。発作以外にもさまざまな神経症状や精神症状を伴い、時には心理的・精神的な問題を抱えることもある。2011年4月に栃木県で発生したクレーン車による交通事故や2012年4月に京都で発生した交通事故によって、てんかん患者の運転免許取得については社会問題となっている。

てんかんの診断は、まずは情報の収集が必要である。病歴(既往歴・現病歴・家族歴・出産歴・職歴など)、発作の状況(起始部・左右差・意識状態・持続時間・経過など)を十分に聴取してから、検査計画(脳波・ビデオ-脳波・神経画像など)を組み立てことになる。ここで、てんかんではない発作性疾患を除外することも重要である。てんかん発作およびてんかん(症候群)の分類診断は、治療や予後の推測のために必須である。現時点では、てんかん発作の分類は1981年、てんかん(症候群)の分類は1989年の国際抗てんかん連盟(ILAE)の分類が用いられる。

2006年以降に承認されたガバペンチン、トピラマート、ラモトリギン、レバチラセタムなど副作用少ないと新薬(新規抗てんかん薬)はてんかん治療の朗報になっている。今後は、これら新規抗てんかん薬と従来の薬をどのように組み合わせて処方していくかが重要となる。しかし、2ないし3種類の抗てんかん薬治療で発作抑制が得られない場合には、てんかん外科治療の可能性を考慮すべきである。手術としては、根治手術(側頭葉切除術・焦点切除術・半球離断術)と緩和手術(脳梁離断術、迷走神経刺激術)がある。最近の診断検査のめざましい進歩や手術手技の改良があり、手術成績は向上している。

近年、てんかん診療ネットワーク(epilepsy care network Japan)がてんかんの地域診療連携の推進を目的として日本医師会と日本てんかん学会の支援下に厚労省研究班により運営され、全国的に広がりをみせている。現在、奈良県でもてんかんネットワーク作りを進めており、本講演ではその進捗状況についてお話しさせていただく予定です。