

2 重心心身障害児・者におけるてんかん発作出現前後の日常活動の変化

重症心身障害児・者入院施設における観察

亀田 一博・宮沢 潤一・西原 宏子
下条 智子・小西 徹

長岡療育園

当園入所児・者におけるてんかん発作を有する児の、発作前後の日常生活の変化について検討したので、報告する。

【調査・方法】

当園入所者 134 例中、てんかんを有する 84 例の調査を行い、6 ヶ月間で 1411 回の発作を観察した。これらの発作と日常生活の変化を調査した。

今回の調査では、発作前または後に、日常生活に変化の見られたか、まったく見られなかった症例のうち、発作頻度が月に一回以上の 40 症例を対象に行った。

発作頻度が低い症例は、発作観察回数が少なく、日常生活の変化の判定が不完全な症例が多いため、除外した。対象となった 40 例は、発作型別に、部分発作症例 24 例、全般発作症例 6 例、混合・分類不能発作症例 10 例に分類された。

【発作前の変化と発作型との関連】

発作前の変化では、多動が 5 例と最も多く、以下、表情が陰しくなる、動きの緩慢、発声が各 3 例、にやつき、活動性低下が各 2 例、発汗が 1 例であった。24 例では、変化は認められなかった（症状の重複症例を含みます）。

全体に、脳の興奮を示唆する、活動性の亢進の変化が多い印象を受けた。

発作型分類では、全般発作症例 6 例では、全例変化が認められなかった。部分発作症例 24 例では 12 例で、混合・分類不能発作症例 1 例では、10 例中 4 例で変化が認められた。

症状と発作型の分類には、有意な関連性は認められなかった。

【発作後の変化と発作型との関連】

発作後の症状の変化では、眠る症例が 14 例と最も多く、以下、活動性の低下が 4 例、にやつき、食欲低下、喘鳴、24 時間以上の発熱が各 2 例と続いた。20 例では、変化は認められなかった。発作

前の症状とは対照的に、脳の抑制を示唆する、活動性低下の変化が多い印象を受けた。

発作型分類では、部分発作症例 24 例中 10 例で、全般発作 6 例中 4 例で、混合・分類不能発作 10 例中 6 例で、変化がみられた。

こちらも、症状の変化と発作型に、有意な関連性は認められなかった。

【まとめ】

重症心身障害児者のてんかん発作における、発作前・後の日常生活の変化について検討した。

調査対象の 40 例中 16 例で発作前に変化が見られたが、全般発作では、全例、変化が認められなかった。主に活動性亢進を示唆するものが多かった。

40 例中 20 例で発作後に変化が見られた。発作後の変化は、てんかん発作型とは明らかな関連は認められなかった。主に活動性抑制を示唆するものが多かった。

3 複雑部分発作を呈した後頭葉てんかんの 1 例

天金 秀樹・笹川 睦男・田中 弘

国立療養所西新潟中央病院精神科

後頭葉てんかんは、まれである。Gibbs らによれば部分てんかんの 8% 程度だといわれている。主症状は他覚的でなく、自覚的な視覚症状で、発作の伝播経路が複雑であり、症状が多様なことから臨床データが側頭葉てんかんに比べて蓄積されていない。

また頭皮上脳波では、側頭葉だけに異常波を示すことも多く、診断の助けにはならない。むしろ誤診の原因になっているとさえ言われている。今回、私たちは臨床症状や脳波と MEG（脳磁図）の結果から後頭葉てんかんと診断した 1 例を経験したのでここに報告する。症例は 25 歳男性、家族歴、既往歴ともに特記すべき事なし。10 歳時、テレビを見ていて目がちかちかする、黄色の光が見えるなど視覚症状で始まり、立ち上がり急に動作が停止し、意識喪失する発作が出現。その 3 ヶ月後全身痙攣を認め近医で、てんかんと診断された。その後コンプライアンス不良だったが発作はコン

トロールされていた。抗てんかん薬が減量されたため、20歳で再度発作が再発し当科に精査入院。視覚症状で始まる複雑部分発作とMEGで右後頭葉に集積する双極子を認めた。さらに発作間歇時の脳波では、右後頭葉に棘波を認め、発作時の脳波では、発作起始部は右後頭葉だと思われた。以上の臨床症状と検査所見から後頭葉てんかんと診断した。発作の伝播型は、複雑部分発作を示したことから後頭葉から側頭葉へ伝播していると考えた。後頭葉てんかんの原因として多いのは腫瘍や頭部外傷である。しかし本症例では、MRI等で明らかな画像所見の異常で認められず、原因は特定できなかった。

4 術前の焦点診断が困難であった後頭葉てんかんの1例

大石 誠・増田 浩・天金 秀樹
 笹川 睦雄・田中 弘・亀山 茂樹

国立療養所西新潟中央病院
 てんかんセンター

術前診断に苦慮し、間歇時脳磁図所見が有用であった後頭葉てんかんの1例を報告する。

症例は30歳男性で家族歴や既往歴に問題はない。10歳時に幻覚様の訴えあり、15歳時にうなり声を上げ硬直する発作を初発。CTにて左側頭部のくも膜嚢胞を指摘され、そのまま発作頻度も増加傾向にあったため、16歳時に嚢胞開放術(詳細不明)を受けた。その後も発作頻度は変わりなく、23歳から当院受診、29歳時から手術を目指した精査に入った。神経学的には右上1/4視野の完全欠損があった。発作は数日に1度の複雑部分発作

で、前兆なく意識減損、発声し体を揺さぶり、時に2次性全般化する。MRIは左側頭葉底部の欠損性病変を示し、間歇時頭皮脳波では左後頭部優位で広範に広がる棘波を認めた。発作時頭皮脳波は右後頭側頭部起始のθバースト様の所見で、発作時SPECTでは右の側頭～後頭葉外側の高灌流であった。間歇時脳磁図を2回行ったが、脳波で広範に見える棘波は全て左後頭葉外側と側頭葉底部に集積し、右大脳起源と思われた棘波は存在しなかった。既に左側頭葉が損傷を受けていることから、手術が可能であるのは左だけと判断し、脳磁図所見をもとに頭蓋内電極を留置、2週間の慢性硬膜下記録にて左外側後頭葉に発作起始を同定し、焦点切除術を施行した。術後発作は消失しているが、現在2ヶ月であり今後経過を追跡する。

難治性部分てんかんの外科治療では、できる限り非侵襲的に発作焦点を同定し、頭蓋内留置電極による長期皮質脳波で最終切除域を決定する。しかし後頭葉てんかんでは、発作時の大脳の電気的活動の伝播経路などが豊富であり、発作症候も複雑になりやすく、術前診断が難しくなることが知られている。発作時検査所見はかえって混乱を来すことも多い。本症例では後頭葉てんかんであり、非侵襲的検査としては脳磁図での双極子集積所見が最も有用であった。

II. 特別講演

「てんかんの術前・術中検査と外科治療」

奈良県立医科大学脳神経外科助教授

星 田 徹