

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