

眼覚醒時頭頂部 θ 波(開眼で抑制)が Doose 症候群の特徴とされ, かつ開眼できれいに抑制されるとされているが, 開眼で抑制されず, θ 波もあるが頭頂から後頭部優位に δ 波が目立ち, かつ残存している点は問題か? 強直(間代)発作, ミオクロニーを伴い, minor seizure が持続し本児は予後が可能性があろう。

3) てんかん外科における硬膜下皮質脳波記録と functional mapping の重要性

亀山 茂樹・福多 真史 (国立療養所西新潟中央病院てんかんセンター脳神経外科)
山下 慎也
長谷川精一 (同 精神科)

てんかんの外科治療成績を高めるためには, 焦点部位を正確に診断し, さらに機能的後遺症を予防するために脳機能部位を同定して切除範囲を決定することが不可欠と考えられる。われわれはこれまでに切除手術を計画した31例(33回の手術)に対して26回(79%)に硬膜下電極留置術を施行した。このなかから, 発作時のビデオ・皮質脳波記録と functional mapping が特に有用であった症例を呈示して, これらの重要性について考察した。

症例1: 23歳女性: 発作時ビデオ・皮質脳波記録から右外側型側頭葉てんかんと診断し, 側頭葉切除術を行った。術前評価では頭皮上脳波で両側側頭葉に棘波を認め, MRI では海馬萎縮・硬化像なし。発作間欠期 SPECT では右側頭葉外側に軽度の血流低下を認めたが発作時 SPECT では有意な所見が得られなかった。両側側頭葉内外側と眼窩前頭回に硬膜下電極を留置し発作時ビデオ・皮質脳波記録を行った。発作間欠期には両側海馬に頻度の高い棘波を記録したが, 発作はすべて右側頭葉外側から始まった。発作時ビデオ・皮質脳波記録による焦点の同定がてんかん外科においては不可欠であることを示している。

症例2: 12歳男児: MRI で D.N.T. と診断され, 発作時ビデオ・皮質脳波記録によりその周辺に焦点を同定し, functional mapping により言語野と運動野の位置を同定して切除術を行った。通常は D.N.T. の周辺部が焦点を形成している。D.N.T. が脳機能部位と近接している場合はそれと焦点との位置関係を把握することが大切であり, functional mapping が脳機能部位の温存には不可欠である。

4) 側頭葉てんかんの外科治療 —当院での手術成績—

田中 弘・笹川 睦男 (国立療養所西新潟中央病院てんかんセンター精神科)
和知 学・長谷川精一
亀山 茂樹・福多 真史 (同 脳神経外科)
金澤 治 (同 小児科)

対象患者は, 頭部 MRI 画像で明らかな占拠性病変を持つものを除いた, 薬剤抵抗性を示し, 側頭葉てんかんと診断されててんかん外科手術を受けた12名で, 術前検査とその予後との関連性を調べた。男性5名, 女性7名。調査時年齢: 15~50歳で, 平均31歳。調査時点は平成9年9月末日。発病年齢: 6~19歳で平均11.9歳。発病~手術期間は5~37年で平均17.7年。熱性痙攣は, 2名。推定病因がある人は, 2名。内側型10名。外側型2名。前兆は, 内側型が9名。外側型2名全てに前兆あり。発作頻度は, 週単位7名, 月単位5名。術前検査結果: 手術~調査期間は平均7.1ヶ月で1年未満8名を含む。切除側は右7名, 左5名。Engel の予後結果と比べるとクラスIが, 6名, クラスIIとIIIが2名, クラスIVが4名でクラスIVの比率が高い。予後と検査とを比べると当たって, 症例が少ないことからクラスI, II, IIIを発作抑制・改善群, クラスIVのみを予後不良群と表にした。術前突発波は, 一側性は発作抑制・改善群3/8名, 予後不良群3/4名。MRI 画像で切除側あるいは両側の海馬の硬化像が有った人6/8, 4/4名。発作時脳波で切除側蝶形骨電極起始は6/8, 2/4名。発作間欠時 SPECT で切除側側頭葉に低灌流領域が有った人6/8, 4/4名。発作時 SPECT で高灌流領域が有った人は5/8, 3/4名。ECoG で発作焦点が施され推測・同定された人は7/8, 2/4名。発作抑制改善群: 3名は, 検査で側方性が一致し両側性や他の所見が無く発作が完全に抑制された典型例。1名は, ECoG 未施行で発作が抑制。他4名は, やっと ECoG で発作焦点が同定。予後不良群: 1名は ECoG 以外の全ての検査で側方性明らかで ECoG 未施行(学童, 服薬不規則)。1名は, 両側海馬の萎縮・間欠時 SPECT で両側の側頭葉が低灌流領域しかし, 他発作時検査で側方性が明らかで ECoG 未施行。1名は焦点近傍に言語野があった。1名は術後3ヶ月間習慣性発作は抑制したが, GTC が月単位で有る。術後頭皮上脳波は3/4残存波で認めた。まとめ: クラスIVが多い理由として, 術後期間が短い, 発作起始が両側性の可能性があった, ECoG 未施行, 残存波がある, 年齢が比較的高いことが考えられた。これらの検査が重要で有ると確認した。知的機能検査 IQ 値と記

憶検査 WMS の MQ 値でほとんどの患者で術後で軽度・有意な上昇があった。

5) 非けいれん発作重延状態の2症例

和知 学・吉野美穂子 (国立療養所西新潟中央病院てんかんセンター精神科)
 田中 弘・長谷川精一
 福多 真史・亀山 茂樹 (同 脳神経外科)
 松井 望 (新潟大学精神科)
 桑原 武夫 (同 脳研究所神経内科)

てんかん重延状態はてんかん発作の国際分類では「ひとつの発作が十分に延長するかまたは頻回に反復して発作間に回復が起きない状態」と定義されている。これはおおまかに全般発作重延と部分発作重延に分類され、さらにこれらがけいれん性と非けいれん性に分けられる。私たちは、10数年にわたり非けいれん発作重延状態を繰り返した2症例について報告する。症例1：79歳女性。既往歴で甲状腺機能低下症と僧帽弁閉鎖不全を指摘された。現病歴は42歳時に睡眠中に強直間代発作で発病しこれは2～3ヶ月に一度出現したが、抗てんかん薬の服用により現在は見られない。46歳より睡眠中にめまいや右手の引きつりが出現しておりこれは2～3ヶ月に一度見られた。64歳頃から右手の引きつりに加えて、顔面の震えも加わり、またその前後に「極端に口数が少なくなり、動作も緩慢になる。まわりのことはある程度わかるが、難しい質問には答えられない」状態が出現し、最近頻回となったため入院。MRI では視床の小梗塞巣と両側海馬の萎縮あり。発作間欠時 SPECT で前頭部にて低灌流。発作間欠時脳波で左前頭部に限局して棘波あり。発作時脳波ではほぼ全誘導にて2～3Hz 棘徐波や棘波が連続して出現していた。この症例はこれらの所見から前頭葉起始の複雑部分発作重延状態と考えられた。症例2：42歳女性。現病歴は31歳の第一子出産直後に「なんとなく頭がボーとする。話かけられても考えがまとまらず、思うように返事ができない」と述べ、また周囲から見てもボンヤリしていつもより反応が鈍く、ちぐはぐな行動が見られたと言う。これは数時間続き、睡眠により回復。その後も2ヶ月に一度このような状態となったが治療はされていない。平成9年4月半ばに昼ごろから、いつものようにボーとした感じになりその数時間後に強直間代発作が出現。この後ボーとした感じは消失したが、翌日再び同様の状態となったため入院となった。MRI は異常なし。発作時 SPECT では前頭葉で低灌流。発作間

欠時脳波で突発性異常波なし。発作時脳波で全誘導に2～3Hz 棘徐波や8～9Hz 鋭波が連続してみられた。この症例はこれらの所見から中年発症の absence status が疑われた。症例2については発作時と発作間欠時に前頭部で ROI を取った MRS を施行した。NAA/Cr 比は左右両側で発作間欠時に比べて発作時で低下していた。しかし1例のみであるため非けいれん重延状態の部分と全般の鑑別に有用か否かは症例を増やし検討する。

II. 特別講演

「実験てんかんからみた発作発現機構」

埼玉医科大学神経精神科教授
 山内俊雄先生

第213回新潟循環器談話会

日 時 平成9年12月6日(土)
 午後3時より
 会 場 新潟大学医学部
 第5講義室

I. 一般演題

1) 徐脈性不整脈を伴った頻脈性不整脈に対する高周波焼灼術

鈴木 薫・佐藤 匡 (県立新発田病院)
 伊藤 英一・田辺 恭彦 (内科)
 伊藤 正洋・庭野 慎一
 相沢 義房 (新潟大学第一内科)

背景：頻脈性不整脈に徐脈性不整脈を伴った場合、pacemaker と薬物治療が従来行われてきた。近年、高周波焼灼術 (RF) による頻脈性不整脈の根治が可能となった。頻脈性不整脈の根治により徐脈性不整脈の治療も不要となった例を報告する。

症例1：主訴：動悸，目眩

平成5年10月から主訴が出現。Holter 上心房粗動 (AF) 時 240/min の頻脈と7秒の心停止を認めた。AF に RF を施行し通常型 AF は消失したが非通常型 AF が出現した。この AF は 50～70/min であり3年後に死亡するまで症状は無かった。