

経過は良好で、抗てんかん薬は継続しているが、意識減損発作は無く、CT, MRI では腫瘍は全摘されており、EEG も正常となっている。また術前はかなり粘着気質で、常にイライラ感、頭痛を執拗に訴えていたが、術後には表情が柔和になり性格も明るくなって、攻撃的姿勢も見られなくなった事など、手術効果として特筆される。

4) MST (軟膜下格子状切離術) が有効であった前頭葉てんかんの1例

川口 正・亀山 茂樹 (新潟大学脳研究所)
山崎 英俊・田中 隆一 (脳神経外科)

MST (multiple subpial transection) が有効であった、前頭葉てんかんの1例を報告した。症例は、35才男性、会社員。20才時、全身けいれんで初発。以後、難治性の自動症を伴う複雑部分発作が継続した。発作症状から前頭葉てんかんと考えられたが、CT・MRI・頭皮脳波では異常を認めず、SPECT でわずかに左前頭葉に低灌流域を認めるのみで、決定的な発作焦点は同定できなかった。

慢性硬膜下記録にて左前頭葉の中心前回～中前頭回に polyspike が記録され、同部位を電気刺激すると臨床発作と類似の発作が得られた。アミタールテストでは左脳が優位半球であることより、同焦点に MST を施行した。

MST 後の皮質脳波では polyspike の出現頻度は明らかに減少し、散発的に認められるのみとなった。術後自動症は消失し、4カ月後の現在では、月に2・3回のニヤッと笑い発作が残っているのみである。

MST は、運動野や言語野などの unressectsible cortex のてんかん原性病変に対して適応されるもので、本例のような大脳円蓋部の焦点発作に対して有効な治療法と思われた。

5) 診断・適切な治療にいたるまでに時間を要したてんかん児の1例

東條 恵 (新潟県はまぐみ
小児療育センター)
小児科

てんかん診療の基本的作業は、発作と発作時脳波の確認である。外来診療の中でこの作業をまず行わなかったが故に適切な治療に時間(6カ月)が懸かった症例を提示し、問題点を述べる。

症例は7歳4カ月 男児。主訴は『日本脳炎予防注射

後調子が悪い。頭痛がひどい。』であった。病歴：平成2年6月に日本脳炎の予防注射。その夜より発熱、顔色不良、震えることが出現。1週間経過観察後、某病院へ入院。『日本脳炎予防注射によるてんかん』と診断。SV 投与で無効。CBZ 400 mg/日で発作が消失(発症後2週間半)。平成3年10月まで無症状。平成3年10月より『頭を抱えて痛がる、震えている間は意識がないように思える、声をかえると返事をする、足をばたばたさせる、顔色が紫色になる、数秒以内』『午後から夜にかけて多くて、毎夜のようにある、睡眠中に叫び声をあげることがある。5～6回/日』というエピソードが出現。ZNS 200 mg 追加で改善なし。平成4年1月、当センターへ、EEG (lt>rt mT, F に spike), CT, MRI (正常)。CBZ 400 mg/日, ZNS 200 mg v.d.s. であった。本人へ頭痛について『どんなふうになると治るの?』と聞いたみた。『頭をトントンやさしくはたくと治る』『心で思うとアイウエオをいいそうになる、ウはいってしまう。ウーと長くいう、うつぶせになる。足をばたばたしちゃう、痛くはないんだけどしちゃうー』何分くらい足バタバタするかとの問いには『わからない』とのことであった。

これらより、複雑部分発作を考え治療しつつ、他疾患の鑑別 (epileptic migraine, psychological disorder) を行うことにした。入院検査までに、24時間 EEG モニターを行い、エピソードに一致する発作波はないと判断してしまった、エピソードが心因反応、ヒステリーを考えさせた、母の病院に対する態度が不誠実であり、かつ母の訴えが不定愁訴のごとくであったことが早期に適切な治療に至らなかった経緯であった。

入院して確認された臨床発作は『発声、叫声、体動(寝ぼけ様)眼うつろ、顔紅潮、その後トロンとし、この時に自動症様運動がみられることあり。全経過10秒から20秒程度、これで終了』。そして発作時脳波はまず low voltage fast wave (起始明らかでなく、全体に同時に始まることあり、時に aT や Fp 先行するように見えた) が出現し、その後 8 Hz 律動波が全般的に出現。再度24時間 EEG モニターをみてみると、この発作時脳波は確認できる所があったが、その時は、体動、覚醒反応と判断してしまっていた。診断は症候性局在関連性てんかん (CPS)。治療として CBZ 400 mg に PHT 250 mg/日で発作消失。

問題点は以下のごとくである。1) 発作時脳波、臨床発作を自分の眼で確認することが重要。2) 24時間 EEG モニターを過信しないこと。3) 家庭でのビデオ撮影は落とし穴がある。(現実感のなさ、始まりがうまく撮れ

ない) 4) 保護者とのラポールが大事. 5) Dr 側の予断と偏見は捨てるべし. CPS は CBZ, CZP で効果があるはずであるという思い込み, 日本脳炎の注射のその日からてんかん発作が出現するはずはないという思い込み, PHT は小児では使いにくいという思いなどは注意すべき点. 以上.

6) 欠神発作類似の発作症状を示すが部分てんかんの疑われた1例

植松 文江・長谷川精一 (国立療養所
寺泊病院)

症例: 17歳女性.

家族歴: 同胞3人で第2人がてんかん(発作型不詳).

既往歴: 著患なし, 妊娠分娩異常なし, 3歳ごろより発達のおくれあり (IQ=51).

現病歴および考察: 7歳8カ月時てんかん発作初発. 発作: 突然動作停止, 一点をボーッと見つめ, 呼名反応なし, この間対称性に口周辺がピクピク律動的に動き, まれに上半身や体幹も口周辺と同期して動くこともある. 肩や上下肢は動きなし. 発作時間は約10秒間. 初発時発作頻度は2~3回/日.

近医で CZP, VPA, ESM, CBZ で治療されたが発作抑制できず, 12歳3カ月時より寺泊病院に転院. 転院時, 上記同様の臨床発作に伴い, 脳波上 abrupt onset の約 3Hz diffuse sp-w bursts を認め(発作頻度10回/日), MRI, CT 異常なく, 小児欠神てんかんと診断して治療開始した. 以後, VPA 1800mg/day, (51.5ug/ml), ESM 750 mg/day, (59.5 ug/ml), CZP 3.0 mg/day 等を単剤または併用にて試みるも発作抑制不可の為, PHT に切り換えたところ, 発作は軽減し, PHT-ZNS にて発作はほぼ抑制された. 本児の臨床発作症状は欠神発作と区別不能であり, 発作時脳波は29回の記録中, 大部分が起始と終了の急激な diffuse 3Hz sp-w bursts (平均 11.8秒)であった. しかし, 数回, 前頭部に明らかに sp-w の先行する場合があり, 発作間欠期脳波上も前頭部に限局した sp-w を認めた. また, 発作症状においても diffuse sp-w bursts の終了後数10秒間もうろう状態が持続するなどやや非定型の要素が認められた. これらの要素と薬物反応性を考えると, 部分てんかんを必ずしも否定できず, 今後も興味深く経過観察をしたいと考えている.

7) 当院における欠神発作の臨床的検討

小林 恵子・佐藤 雅久
渡辺 徹・阿部 時也 (新潟市民病院)
小田 良彦 (小児科)

小児欠神てんかん, ビクノレブシーは, 小児期に発症する, 予後良好なてんかんの一発作型と言われている. しかし, 長期間の観察によれば必ずしも予後良好とは言えないとの報告もある. 我々は, 当院における, 小児欠神てんかんの検討を行ったので報告する.

対象は, 当院小児科に1978年11月から1992年10月までの15年間に受診した, 小児欠神てんかんの39例, うち男児8例, 女児31例. 発症年齢は, 3歳5カ月から12歳6カ月, 中央値は6歳10カ月. 経過観察期間は1カ月から12年4カ月, 中央値は5年であった.

結果は以下のとおりであった.

1. 男女比は, 約1対4と他報告に比べて, 女児優位であった.

2. 発作型では, 単純欠神発作が, 26例 (66.7%) と複雑欠神発作に比べ優位であった. ビデオ脳波同時記録での報告では, 前者は, 10%程度しか認められないといわれている. 更に, 詳細な観察と, 病歴聴取が必要と思われた.

3. 既往歴では, 熱性痙攣が10例, 25%と多くみられた.

4. 臨床的に, 欠神発作消失例は, 37例であった. 未消失例の2例のうち, 1例は, 観察期間が短いもの, もう1例は, 抗てんかん薬内服中に, 右手不全麻痺, 知能低下の症状が出現し, これと関係があるのではないかと推測した. 欠神発作消失までの期間は, 1年以内の例が70%をしめていた.

5. それに比し, 脳波上棘徐波複合消失例は, 29例 (75%) で, 消失までの期間は, 3カ月から7年2カ月までと遅れる傾向があった. 8年以上の観察例で棘徐波複合の消失しない例が, 4例見られた.

6. 大発作移行例は, 3例に認められた. この少ない理由として, 経過観察期間が5年と短いこと, 女児の割合が大きいこと等が考えられた. 移行例の欠神発作発症年齢は, 比較的高年齢であった. また, 治療後の欠神発作消失期間は, 比較的短期間であった. 大発作消失年齢は, 思春期ごろとなり, 本人だけでなく, 周囲に与える影響も更に大きく, 大発作への移行を防止することが重要と思われた.