

随意運動の表面筋電図所見は持続 20~50 msec の群化放電と、20~150 msec の随意筋放電の中断 (E.S.P.) であった。群化放電と、E.S.P. は拮抗筋間で同期して出現した。脳波検査した15例中12例に非定型徐波群発、10例に棘波、多棘波、9例に非定型棘徐波複合 (4-6 Hz) 等の発作波を認めた。体性感覚誘発電位を検査した15例全例において P25-N33 の高振巾を認めた。C反射を検査した5例中3例において振巾の増大を認めた。脳波重症度、体性感覚誘発電位振巾、ESP 出現量相互に関連を認めた。本疾患に認められる体性感覚誘発電位の高振巾、C反射の亢進、表面筋電図における持続の短い、同期した群化放電は皮質反射性ミオクローヌスの特徴とされるものである。皮質反射性ミオクローヌスは、大脳皮質過敏性に由来すると考えられている。本疾患に認められた筋放電の中断は陰性ミオクローヌスと考えられる。近年、陰性ミオクローヌスにおいて、Marsden らによる大脳皮質運動野の経皮的電気刺激法 (PES) や、宇川らによる筋放電の中断をトリガーとして、その前方を加算平均する silent period locked averaging 法 (SPLA) により、大脳皮質の過敏性や異常興奮が認められている。本研究において陰性ミオクローヌスと、体性感覚誘発電位の高振巾との間に正の相関を認めたことは、陰性ミオクローヌスが大脳皮質の過敏性に由来するとした最近の諸家の結果と矛盾しない。以上より本症における本随意運動は、大脳皮質過敏性に由来する皮質反射性ミオクローヌスと考える。

#### 6) 難治性てんかんに対する外科治療の経験

本田 吉穂・亀山 茂樹  
 武田 憲夫・山崎 英俊 (新潟大学脳研究所)  
 田中 隆一 (脳神経外科)

てんかんに対する手術適応は、難治性であること、焦点が確認されること、手術により神経あるいは精神面での大きな障害を残さないことなどがあげられる。

てんかんに対する外科的治療のうち、1950年代の大脳半球摘除術は、術後の神経脱落症状がきわめて大きいため、現在ではほとんど行なわれていない。

かわって、1886年 Horsley によりはじめられた皮質

焦点切除術や、1907年 Gibbs らによりはじめられた側頭葉切除術が現在では主流で、欧米では良好な成績があげられている。

しかし、本邦ではてんかんに対する外科的治療はいまだ一般的でないのが現状である。

近年、MRI や SPECT の導入により、てんかん焦点に対する画像診断能力が飛躍的に進歩し、当科でも1989年以降、6例の難治性てんかんに対する外科的治療を経験したので報告する。

側頭葉てんかん3例に側頭葉切除術を、症候性てんかん3例に皮質焦点切除術を施行した。

側頭葉切除術を施行した側頭葉てんかん3例中、1例で薬剤の減量と完全なコントロールが可能になり、1例では薬剤の大幅な減量と発作頻度の減少が可能になった。残る1例ではコントロールが不能であった。

皮質焦点切除術を施行した症候性てんかん3例は、いずれも多焦点性のてんかんであった。右頭頂葉の ganglioglioma の小児例および、右頭頂葉の孔脳症の例では、薬剤の減量と発作のコントロールが可能になった。残る外傷性てんかんで、右側頭葉の孔脳症の例では、発作頻度の減少が可能になった。

我々の経験した症候性てんかんは全例、多焦点性の症例で、このような症例では皮質焦点切除だけではなく、脳梁切截術のような他の手術方法も検討されるべきものと考えられた。

しかし、いずれも追跡期間が短いため、正確な予後は現時点では判定不能で、今後の問題である。

難治性てんかんに対する外科的治療は発作の完全なコントロールができなくとも、薬剤の減量ならびに発作頻度や程度の減少が可能になるため、有用な方法と思われる。

#### 特別講演

「女性てんかん患者の妊娠・出産・育児」

弘前大学医学部神経精神医学教室助教授

兼子直先生