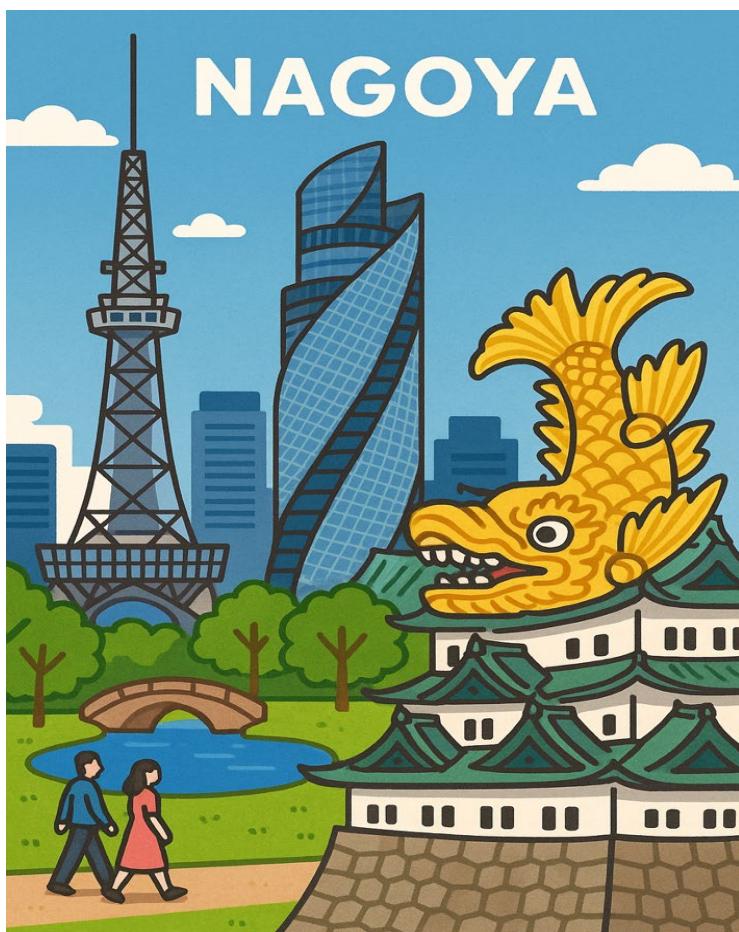


第17回日本てんかん学会 東海北陸地方会

プログラム・抄録



会期 2025年7月5日（土）

開催形式 現地開催

会場 名古屋市立大学病院 中央診療棟3階 大ホール

〒467-8601 名古屋市瑞穂区瑞穂町字川澄1

TEL: (052) 853-8246 (小児科医局)

会長 斎藤伸治（名古屋市立大学大学院医学研究科 新生児・小児医学分野）

主催 日本てんかん学会東海北陸地方会

ご挨拶

この度、第 17 回日本てんかん学会東海北陸地方会を 2025 年 7 月 5 日（土）に名古屋市立大学病院 3 階大ホールで開催させていただくことになりました。最近、2 回の地方会は現地開催となっております。今回も開催方式は現地開催とさせていただきました。沢山の演題を応募いただき感謝いたします。

午前中の市民公開講座は、「学校におけるてんかん・けいれんの基本」として、愛知医科大学小児科の奥村彰久教授に企画を行っていただきました。奥村先生、日本赤十字愛知医療センター名古屋第一病院小児科の山本啓之先生、埼玉県立小児総合医療センター神経科の菊池健二郎先生にご講演いただき、皆様と一緒にてんかんと共に生きる子どもの学校生活について議論できればと考えています。本市民公開講座は名古屋市教育委員会の後援をいただいており、近隣の名古屋市立小中学校の先生にご案内しています。是非、学校関係者の方にご参加いただければと願っています。

イブニングセミナーはユーシービージャパン株式会社様の共催で東北大学大学院医学系研究科てんかん学分野の神一敬先生をお招きして、「てんかん薬物治療 2025～最近の動向～」のご講演をいただきます。てんかんに対する薬物治療の最先端を学ぶことができるのではと期待しています。

本地方会は、東海北陸地区のてんかん診療を担う先生方が診療科を超えて集い、最新のてんかん診療について話し合うことのできる大変貴重な機会です。皆様と名古屋の地でお会いできることを楽しみにしています。

2025 年 7 月

第 17 回日本てんかん学会東海北陸地方会会长

名古屋市立大学大学院医学研究科 新生児・小児医学分野 斎藤伸治

開催概要

会期 2025年7月5日（土）

開催方式 現地開催

会場 名古屋市立大学病院 中央診療棟3階 大ホール

〒467-8601 名古屋市瑞穂区瑞穂町字川澄1

TEL: (052) 853-8246 (小児科医局)

会長 斎藤伸治 (名古屋市立大学大学院医学研究科 新生児・小児医学分野)

運営委員長 今井克美 (NHO 静岡てんかん・神経医療センター)

参加受付 中央診療棟3階大ホール前 受付 9:30～

データ受付 中央診療棟3階大ホール前 受付

- セッション開始30分前までに受付し、発表データの試写をお済ませください。
- 口演発表はPC発表(Power Point)のみです。
- 会場に用意するPCはWindows10となります。
- 投影される映像のサイズは16:9となります。
- 作成に使用されたPC以外でも動作確認を行っていただき、データを当日USBメモリーにてご持参ください。
- フォントは文字化け等を避けるため、Windows10に標準搭載されているフォントをご使用ください。
- 動画を使用の場合はWindows Media Playerで再生可能な動画をご用意ください。動画ファイルはmp4形式を推奨します。特殊なコーデックをご使用にならないようにご注意ください。
- メディアを介したウイルス感染の事例がありますので、事前に最新ウイルス駆除ソフト等でチェックしてください。

参加費 参加費を受付時に現金でお支払いください。市民公開講座の参加は無料です。学生、研修医の地方会参加は無料です。

- 非会員：参加費 2000円
- 会員：会費 2000円（参加費を含む）

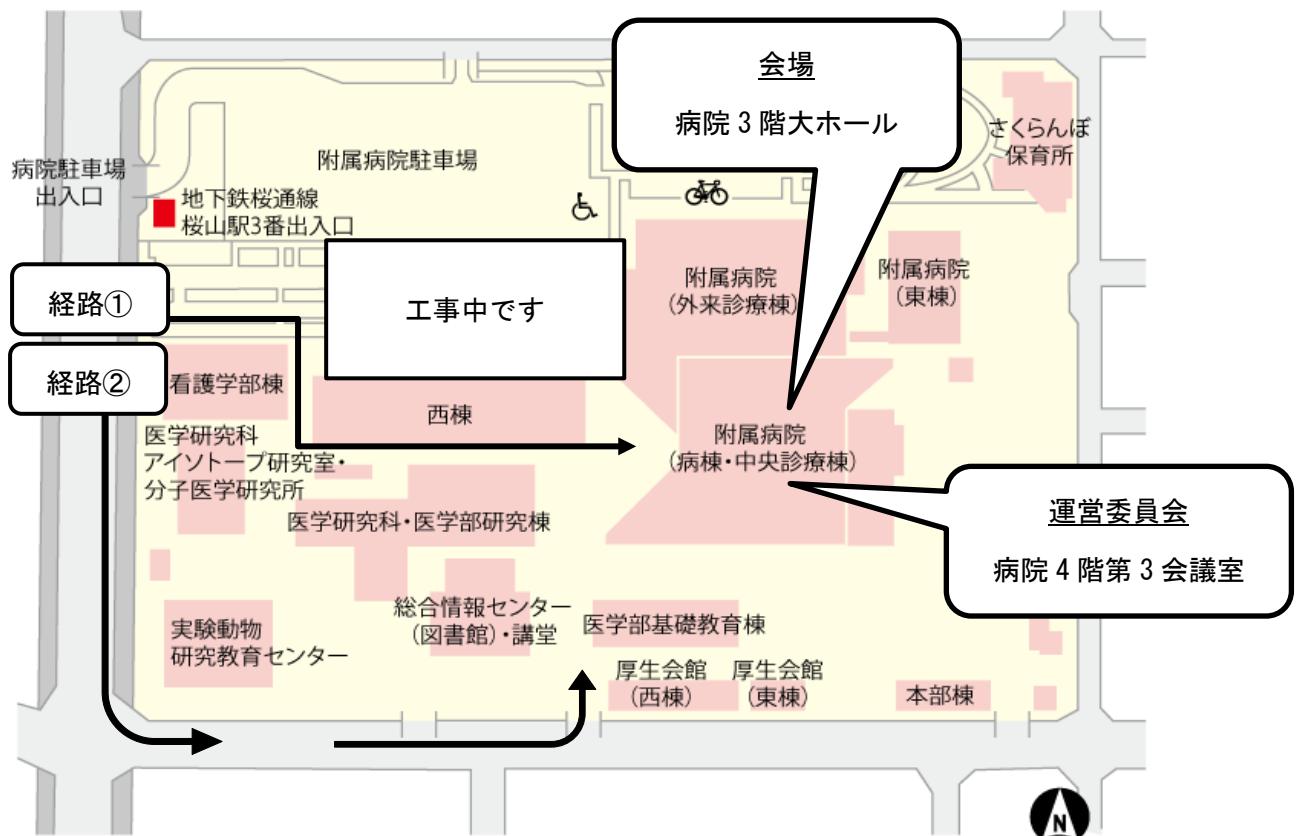
服装 クールビズを推奨いたします。ノーネクタイ、ノージャケットの軽装でお越しください。学会運営スタッフもクールビズとさせていただきます。

COIの開示 COI状態について、所属学会の指針や細則に基づき、適切に開示してください。

会場（名古屋市立大学病院 大ホール）周辺地図

〒467-8601 名古屋市瑞穂区字川澄1

TEL: (052) 853-8246 (小児科医局)



【交通】

地下鉄

- JR 名古屋駅より地下鉄「桜通線」にて『桜山』下車（所要時間 16 分）

市バス

- 金山駅 金山7番のりばより金山12「市立大学病院」下車（所要時間 20 分）
- 金山駅 金山8番のりばより金山14（桜山経由）「市立大学病院」下車（所要時間 20 分）

駐車場（有料）が限られていますので、公共交通機関をご利用下さい。

プログラム

1. 市民公開講座 10:00～11:45 3階 大ホール

「学校におけるてんかん・けいれんの基本」

座長 奥村彰久（愛知医科大学医学部 小児科）

講演1 こどものてんかん・けいれんの基礎知識（10:00～10:30）

奥村彰久（愛知医科大学医学部 小児科）

講演2 てんかんを持つ子どもの学校生活（10:30～11:00）

山本啓之（日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院 小児科）

講演3 学校におけるてんかん発作・けいれん重積状態の対応（11:00～
11:30）

菊池健二郎（埼玉県立小児医療センター 神経科/小児てんかんセン
ター）

総合討論（15分）

2. 運営委員会 12:00～12:50 4階 第3会議室

3. 地方会本会 13:00～16:00 3階 大ホール

（発表7分、質疑応答3分）

セッション1（一般演題） 13:00～13:50

座長 久保田一生（岐阜大学大学院医学系研究科 小児科学）

1. 幼児期からミオクロニー発作を認めた *CHD2*欠失の1例

東慶輝、高木みづき、沼本真吾、倉橋宏和、奥村彰久

愛知医科大学医学部 小児科

2. *KCNQ2*遺伝子変異を伴う乳児てんかん性スパズム症候群の1例

石岡梨紗子¹、藤本真徳¹、室伏佑香¹、家田大輔¹、根岸豊¹、服部文子¹、九
鬼一郎²、中島光子³、才津浩智³、齋藤伸治¹

1 名古屋市立大学大学院医学研究科 新生児・小児医学分野

2 大阪市立総合医療センター 小児神経・言語療法内科

3 浜松医科大学医学部 医化学講座

3. 入浴、歯磨きで誘発される反射てんかんと診断した PURA 関連神経発達異常症の一例

矢部愛美¹、大谷英之¹、池田裕亮¹、平松泰好¹、宮下光洋¹、水谷聰志¹、露崎悠¹、山口解冬¹、阿部裕一²、今井克美¹

1 NHO 静岡てんかん・神経医療センター 小児科

2 国立成育医療研究センター 神経内科

4. 2度の染色体検査で診断に至った、良好な発作および社会的転帰を示したモザイク率が低値の環状 20 番染色体症候群の一例

丸山泰^{1,2} 松平敬史¹ 徳本健太郎¹ 西田拓司¹ 今井克美¹

1 NHO 静岡てんかん・神経医療センター てんかん科

2 名古屋大学大学院医学系研究科 精神医学分野

5. 新生児期の脳室内出血、視床出血を基礎疾患として発症した発達性てんかん性脳症に対して亜半球離断術を行い、てんかん発作と不注意、多動の改善した1例

奥田太郎¹、米川貴博¹、馬場信平²、岩崎真樹³、中村知美¹、森本真理¹、豊田秀実¹、平山雅浩¹

1 三重大学医学部附属病院 小児科

2 国立精神神経医療研究センター病院 脳神経小児科

3 国立精神神経医療研究センター病院 脳神経外科

セッション2(一般演題) 13:55 ~ 14:55

座長 東英樹（名古屋市立大学大学院医学研究科精神・認知・行動医学分野）

6. てんかん重積状態で搬送後、急激な経過で死亡した結節性硬化症の1例

久保田一生^{1,2}、足立美穂¹、大西秀典^{1,2}

1 岐阜大学大学院医学系研究科 小児科学

2 岐阜大学大学院医学系研究科 小児在宅医療教育支援センター

7. 巣状糸球体硬化症を合併した乳児てんかん性スパズム症候群の1例

中川裕康¹、横山忠史²、新井田要³、廣瀬源二郎⁴、吉識賢志⁴、大西寛明⁴

1 浅ノ川総合病院 小児科

- 2 金沢大学 小児科
3 金沢医科大学 ゲノム医療センター
4 浅ノ川総合病院 てんかんセンター
8. グルコーストランスポーター1 欠損症の食事療法における ω -3 脂肪酸エチルの効果
宮下光洋、池田裕亮、平松泰好、矢部愛美、露崎悠、水谷聰志、山口解冬、大谷英之、今井克美
NHO 静岡てんかん・神経医療センター 小児科
9. ラモトリギンとバルプロ酸を主剤とした薬剤調整が奏功した、環状 20 番染色体症候群の 1 例
徳本健太郎、西田拓司、川口典彦、松平敬史、山崎悦子、大谷英之、臼井直敬、今井克美
NHO 静岡てんかん・神経医療センター てんかん科
10. てんかんと鑑別を要した脳血管障害による発作性非運動誘発性ジスキネジア paroxysmal non-kinesigenic dyskinesia (Hemichorea) の一例
丸山泰^{1,2} 徳本健太郎¹ 西田拓司¹ 松平敬史¹ 今井克美¹
1 NHO 静岡てんかん・神経医療センター てんかん科
2 名古屋大学大学院医学系研究科 精神医学分野
11. Brivaracetam の有効性及び副作用の検討
石原尚子^{1,2}、岡田久²、重松秀夫²、日吉俊雄²、森川建基²
1 藤田医科大学医学部 小児科学
2 医療法人森川クリニック
- 休憩 14:55～15:10
- セッション 3 (一般演題) 15:10 ~ 16:00
座長 石崎友崇 (名古屋大学大学院医学系研究科 脳神経外科学)
12. 笑い発作を呈する前頭部腫瘍に対して焦点切除を検討している男児
竹尾俊希、深沢達也、根来民子、久保田哲夫
安城更生病院 小児科

13. 10 年以上の迷走神経刺激療法によりてんかん発作が変容した難治てんかんの 1 症例

山添知宏^{1,2}、川路博史^{1,2}、吉村歩^{1,3}、松村美咲^{1,3}、今市悠太郎^{1,3}、本間一成^{1,4}、西村克彦^{1,5}、森川建基⁶、山本貴道^{1,2}

1 聖隸三方原病院 ベテルてんかんセンター

2 聖隸三方原病院 てんかん・機能神経外科

3 聖隸三方原病院 小児科

4 聖隸三方原病院 脳卒中科

5 聖隸三方原病院 精神科

6 森川クリニック

14. 意識をなくす発作の有無と精神症状を脳波で分類する試み

東英樹、明智龍男

名古屋市立大学大学院医学研究科 精神・認知・行動医学分野

15. 大脳半球離断術により発作消失が得られた広範な限局性皮質異形成を伴う焦点てんかんの 1 例

橋本実沙¹、伊藤祐史¹、石崎友崇²、白木杏奈¹、牧祐輝³、柳澤彩乃¹、山田美沙恵¹、光松孝真¹、川口将宏¹、中田智彦¹、城所博之¹、夏目淳^{1,4}

1 名古屋大学大学院医学系研究科 小児科学

2 名古屋大学大学院医学系研究科 脳神経外科学

3 トヨタ記念病院 小児科

4 名古屋大学大学院医学系研究科 障害児（者）医療学寄付講座

16. 高齢者に対するてんかん手術の有効性と安全性：発作転帰および神経心理学的転帰の検討

橋口充、小川博司、奥村太郎、臼井直敬

NHO 静岡てんかん・神経医療センター てんかん科

4. 総会 16:10~16:25 3 階 大ホール

5. イブニングセミナー 16:30～17:30 3階 大ホール

座長 斎藤伸治（名古屋市立大学大学院医学研究科 新生児・小児医学分野）
「てんかんの薬物治療 2025～最近の動向～」
神一敬（東北大学大学院医学系研究科 てんかん分野 准教授）

共催 ユーシービージャパン株式会社

閉会の辞 斎藤伸治（名古屋市立大学大学院医学研究科 新生児・小児医学分野）

第17回日本てんかん学会 東海北陸地方会

市民公開講座

「学校におけるてんかん・けいれんの基本」

座長：奥村彰久（愛知医科大学医学部小児科）

とき 2025. 7/5 土 10:00～11:45

ところ 名古屋市立大学病院 大ホール（名古屋市瑞穂区瑞穂町川澄1）
現地開催のみ 参加希望者は直接会場にお越しください

参加費
無料



講演1
(30分) こどものてんかん・けいれんの基礎知識

奥村彰久（愛知医科大学 医学部 小児科）

講演2
(30分) てんかんを持つ子どもの学校生活

山本啓之（日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院 小児科）

講演3
(30分) 学校におけるてんかん発作・けいれん重積状態の対応

菊池健二郎（埼玉県立小児医療センター 神経科/小児てんかんセンター）

総合討論 (15分)

共催：愛知県てんかん治療医療連携協議会 後援：名古屋市教育委員会

運営事務局

第17回日本てんかん学会東海北陸地方会事務局（名古屋市立大学大学院医学研究科新生児・小児医学分野）

〒467-8601 名古屋市瑞穂区瑞穂町川澄1 TEL: 052-853-8246 E-mail: ped.sec@med.nagoya-cu.ac.jp

WEBサイト：日本てんかん学会東海北陸地方会 <http://plaza.umin.ac.jp/~tokaies/>

一般演題抄録

演題 1

幼児期からミオクロニー発作を認めた *CHD2*欠失の1例

東慶輝、高木みづき、沼本真吾、倉橋宏和、奥村彰久

愛知医科大学医学部 小児科

症例は10歳男児。周生期歴および家族歴に特記すべきことなし。発達歴は定頸3か月、独歩12か月、始語18か月であったが有意語の増加が乏しかった。地域の療育センターでのDQは60台であった。4歳頃から体幹をピクっとのけぞるようにして首を伸ばす動きを繰り返すようになり、恐怖・動作停止・嘔吐を伴うエピソードもあった。前医の検査では、頭部MRIに異常なく、発作間欠期脳波で全般性棘徐波複合および光突発反応を認めた。また、終夜脳波でミオクロニー発作が捕捉され、VPA+CZPを処方された。5歳時の当院紹介時には入眠時のミオクロニー発作が残存していたが、VPAを增量によって単剤で発作を抑制することが可能であった。発作が2年以上ないため7歳時にVPAを減量中止したところ、1年後に発作が再発しVPAを再開した。現在まで2年間は発作を認めていないが、軽度の知的能力症を認めている。マイクロアレイ染色体検査にて15q26.1に*CHD2*遺伝子の一部を含む約0.2Mbpのロス領域を認め、*CHD2*ハプロ不全によるDEE94と診断した。*CHD2*はクロマチンリモデリングおよび転写制御に関わるタンパクとされ、*CHD2*の病的バリエントによるDEE94では知的能力症・神経発達症およびミオクロニー発作・欠神発作などの発作型を伴うてんかんが表現型として報告されている。自験例は既知のてんかん症候群には合致せず、網羅的遺伝学的検査が有用であった。

記載すべき利益相反(COI)はありません。

演題 2

KCNT2遺伝子変異を伴う乳児てんかん性スパズム症候群の1例

石岡梨紗子¹、藤本真徳¹、室伏佑香¹、家田大輔¹、根岸豊¹、服部文子¹、九鬼一郎²、中島光子³、才津浩智³、齋藤伸治¹

1 名古屋市立大学大学院医学研究科 新生児・小児医学分野

2 大阪市立総合医療センター 小児神経・言語療法内科

3 浜松医科大学医学部 医化学講座

【緒言】 KCNT2 遺伝子変異は、発達性てんかん性脳症 (Developmental and epileptic encephalopathy: DEE) の原因であることが知られているが、稀な原因の一つである。今回、乳児てんかん性スパズム症候群 (Infantile epileptic spasms syndrome: IEES)、低緊張、特異的な顔貌、発達遅滞を伴い、全エクソーム解析にて KCNT2 遺伝子に病的バリアントを認めた症例を経験したため報告する。

【症例】3歳女児、家族歴は特記事項なし。てんかん発症前の発達歴は問題なし。生後5か月時にシリーズ形成性の epileptic spasms (ES) を発症し、あやし笑いがみられなくなった。脳波で発作間欠期に hypsarrhythmia を認め、IEESと診断した。生後6か月時には右側頭部起始の意識減損発作も日単位に認めた。原因検索を行うも、血液検査、尿検査、頭部MRIでは明らかな異常所見は認めなかった。焦点発作についてはその後消失するも、ESについては、バルプロ酸やトピラマート、ACTH療法など各種抗てんかん薬治療を行うも、難治に経過した。その後、生後9か月時に開始したビガバトリンが奏功し、ESについても消失した。発作の再燃もなかったことから、2歳時にビガバトリンを終了している。現在も発作はないが、発達の遅滞は著明であり、2歳10か月時に自立歩行を獲得したものの不安定であり、現在も有意語は不可である。また、身体所見としては、全身の筋緊張低下と濃い眉毛、太い睫毛、鼻根部平坦などの顔貌異常を伴っている。

難治に経過した IEES と発達の遅滞、特異的な顔貌の精査目的に2歳6か月時に全エクソーム解析を提出し、KCNt2 遺伝子に NM_198503.5:c.569G>A, p(Arg190His) の *de novo* バリアントを認めた。AGMC ガイドラインで pathogenic と判断し、本遺伝子異常が本児の症状の原因と考えている。

【結語】 低緊張、特徴的な顔貌、発達遅滞などの特徴を持つ IEESにおいて KCNT2 遺伝子変異について念頭に置く必要がある。また、KCNt2 遺伝子変異例において、IEES が薬剤治療抵抗性の経過を辿る場合に、ビガバトリン治療は試みる価値があると考えられた。

演題 3

入浴、歯磨きで誘発される反射てんかんと診断した PURA 関連神経発達異常症の一例

矢部愛美¹、大谷英之¹、池田裕亮¹、平松泰好¹、宮下光洋¹、水谷聰志¹、露崎悠¹、山口解冬¹、阿部裕一²、今井克美¹

1 NHO 静岡てんかん・神経医療センター 小児科

2 国立成育医療研究センター 神経内科

【緒言】PURA 関連神経発達異常症（以下 PURA 症）は、PURA 遺伝子のヘテロ接合性バリエントを原因とする先天異常症候群である。約半数にてんかんを認め、多くは薬剤抵抗性である。反射てんかんを認めるという報告があるが、詳細は明らかではない。長時間ビデオ脳波で入浴、歯磨きで誘発される反射てんかんと診断した症例について報告する。

【症例】11 歳男児。筋緊張低下、哺乳不良、無呼吸発作を認め 4 か月間 NICU に入院した。全般的な発達の遅れを認め遺伝学的検査で PURA 症と診断された。5 歳より入浴中にお湯をかけた時やお尻拭きでお尻を拭いた時に、体に力が入り動きが乏しくなる 10~20 秒の症状を認めた。脳波検査中にこの症状は捕捉されず、薬物治療は開始せず経過観察された。その後、入浴時に毎回四肢をつっぱるようになり、反応性が低下し嘔吐することもあったが、PURA 症でみられる驚愕反応と考えられた。10 歳より誘因なく四肢に力が入り動作が停止する発作が出現し、日単位へ増加した。LCM は無効で治療目的に当院に入院した。脳波で前頭部優位の広汎性棘徐波複合を認め、四肢が伸展し反応性が低下する強直発作、てんかん性スパズムを捕捉した。入浴時に毎回四肢の強直が出現するため、入浴中にビデオ脳波検査を実施したところ、てんかん発作であることを確認した。後の脳波検査で、歯磨き中にも開口して反応性が低下する発作が誘発されることが判明した。LCM を中止し、VPA、PER 導入後、発作症状と頻度の改善を認めた。

【考察】PURA 症では、てんかんを持つ 89 例中 8 例 (9%) に反射てんかんを認め、驚愕反応は 23% にみられると報告されている。本例のように驚愕反応と反射てんかんとの鑑別が臨床的に困難であるために診断に至っていない症例も多いことが予想される。発作時脳波により反射てんかんと診断され、適切な治療と患者の QOL 改善につながった。

演題 4

2 度の染色体検査で診断に至った、良好な発作および社会的転帰を示したモザイク率が低値の環状 20 番染色体症候群の一例

丸山泰^{1,2} 松平敬史¹ 徳本健太郎¹ 西田拓司¹ 今井克美¹

1 NHO 静岡てんかん・神経医療センター てんかん科

2 名古屋大学大学院医学系研究科 精神医学分野

【はじめに】環状 20 番染色体(ring chromosome 20 : r20)症候群は 20 番染色体の環状構造化による稀な染色体異常で、非けいれん性てんかん重積状態(NCSE)を代表とする難治性てんかんと様々な程度の知的・発達障害の併存を特徴とする症候群である。本発表ではモザイク率が低値でてんかん発作および社会的転帰が良好であった r20 症候群の 1 例を報告する。

【症例】20 歳代後半の境界知能域の女性。既往歴および家族歴なし。15 歳から意識減損発作やけいれんを認め、他院でてんかんと診断されたが発作は難治に経過した。時に數十分持続する意識減損発作のため当院紹介受診となった。長時間ビデオ脳波(LEEG)では、数十秒から 10 分程度持続する一点凝視し意識減損する症状が捕捉された。症状に対応して左側頭前部優位に δ ~ θ 帯域波から開始し両側広汎性の持続性の棘徐波複合へ進展する脳波変化を認めた。NCSE と診断し、背景病態として r20 症候群が疑われたが、G 分染法による 20 細胞の核型検査では異常は認めなかった。VPA と LTG の併用療法を開始し、数年間、臨床的な発作は抑制され、一般就労の継続が可能であった。しかし 20 歳代後半に体調不良での仕事の早退・欠勤が増え、てんかんの病勢悪化が疑われ当院に再入院となった。LEEG では前回と同様の NCSE 様波形が認められたが覚醒時は明らかな臨床症状を伴わず、睡眠時は覚醒し開眼する発作のみであった。体調不良は、薬剤性の眠気と職場での適応障害が疑われた。再度 G 分染法を実施し、100 細胞中 8 細胞で r20 が認められ、r20 症候群の診断となった。

【結語】本例は LTG と VPA による治療で脳波上は NCSE 様波形を認めるも臨床症状は乏しく、良好な社会的および発作転帰を呈した。r20 症候群は、低いモザイク率と高い発病年齢、高い IQ、良好な発作転帰との関連が報告されている。相対的に軽症な r 20 が疑われる場合には、低頻度モザイクの可能性を考慮し、多数の細胞での染色体検査が診断に有用である。

開示すべき COI はありません

演題 5

新生児期の脳室内出血、視床出血を基礎疾患として発症した発達性てんかん性脳症に対して亜半球離断術を行い、てんかん発作と不注意、多動の改善した1例

奥田太郎¹、米川貴博¹、馬場信平²、岩崎真樹³、中村知美¹、森本真理¹、豊田秀実¹、平山雅浩¹

1 三重大学医学部附属病院 小児科

2 国立精神神経医療研究センター病院 脳神経小児科

3 国立精神神経医療研究センター病院 脳神経外科

【緒言】周産期脳障害は、乳児てんかん性スパズム症候群（IESS）や発達性てんかん性脳症（DEE）の原因となる。内科治療に抵抗性の場合はてんかん外科治療が検討される。今回、新生児期の脳室内出血、視床出血からDEEを発症し、亜半球離断（一次運動感覚野を残した半球離断）術後発作と不注意、多動が改善した1例を報告する。【症例】5歳3か月女児。出生時Apgar score 3/4/8点と新生児仮死があり、脳低温療法が行われた。脳MRIで右視床出血、脳室内出血（grade IV）を認めた。生後5か月時にスパズムを発症し、発作間欠期脳波で片側性ヒプスアリスマニアを認めIESSと診断した。ゾニサミドが著効し、スパズムは消失し背景活動も改善した。1歳まで精神運動発達の遅れは明らかでなかった。2歳から左へ偏向する発作が1日に10回以上出現し、多動・不注意が目立つようになった。頭皮脳波では右後頭部を中心に右半球の多焦点性棘徐波を持続的に認め、DEEと判断し右半球に発作起始が推定された。発作間欠期FDG-PET/CT、ECD-SPECTで右大脳半球のびまん性集積低下を認め、右半球の広汎なてんかん原性領域の存在が示唆された。各種抗発作薬に抵抗性であり、明らかな左片麻痺がないため3歳8か月時に右大脳の亜半球離断術が施行された。発作はEngel class IIまで減少し、不注意・多動も改善した。新版K式発達検査の発達年齢は術前1歳5か月（3歳1か月時）、術後1歳7か月（5歳1か月時）で退行は認めていない。【考察】片側半球に病変が存在する場合、亜半球離断術で75%の症例がEngel class 0になった報告がある。DEEではてんかん性放電や発作が消失すると認知行動面が改善するため、脳構造異常が強いDEEであっても、てんかん原性領域が切除可能なときは早期のてんかん外科治療を考慮すべきである。

演題 6

てんかん重積状態で搬送後、急激な経過で死亡した結節性硬化症の1例

久保田一生^{1,2}、足立美穂¹、大西秀典^{1,2}

1 岐阜大学大学院医学系研究科 小児科学

2 岐阜大学大学院医学系研究科 小児在宅医療教育支援センター

【はじめに】 結節性硬化症（TSC）は、脳、心臓、腎臓、皮膚など全身に様々な症状を呈する遺伝性疾患である。TSC の死亡原因には、てんかん（特にてんかん重積状態やてんかん突然死）、腎合併症、感染症などがある。今回我々は、てんかん重積状態で搬送後、急激な経過で死亡した TSC 症例を経験した。

【症例】 症例は4歳女児。7か月時に乳児てんかん性スパズム症候群（IESS）を発症したことを契機に TSC と診断した。IESS 治療後は焦点てんかんを認め、抗発作薬はレベチラセタム、トピラマート、カルバマゼピンを服用していたが日単位の発作頻度であった。X-2 日から咳嗽・鼻汁、X-1 日に 37.5 度の発熱を認め、同日 21 時頃にてんかん重積状態となり前医に救急搬送された。前医での加療で痙攣は頓挫したが、経皮的酸素飽和度の低下を認めたため気管挿管を行ったところ、直後に心停止となり心肺蘇生が行われた。心拍は再開し、集中治療目的で X 日 0 時 30 分に当院へ転院となった。血液検査では、軽度のヘモグロビンと血小板の低下、血液ガスで高度の代謝性アシドーシス、肝逸脱酵素の上昇、腎機能の低下、血液凝固検査の異常を認めた。尿定性ではタンパク尿と尿潜血を認めた。全身単純 CT で脳浮腫、両側下葉の浸潤影、腸管の浮腫性変化を認め、出血性ショック脳症症候群を考えた。入院後、抗菌薬、免疫グロブリン、濃グリセリン・果糖注射液などによる治療を行ったが、血圧低下、多量の粘血便など多臓器不全が進行し、瞳孔散大、対光反射は消失し、平坦脳波となった。当院搬送後約 24 時間後に死亡した。

【結語】 TSC では様々な合併症がみられるが、本症例のように急性脳症を呈することは稀であるものの、重篤な予後に影響する可能性があり注意が必要である。

演題 7

巣状糸球体硬化症を合併した乳児てんかん性スパズム症候群の1例

中川裕康¹、横山忠史²、新井田要³、廣瀬源二郎⁴、吉識賢志⁴、大西寛明⁴

1 浅ノ川総合病院 小児科

2 金沢大学 小児科

3 金沢医科大学 ゲノム医療センター

4 浅ノ川総合病院 てんかんセンター

【緒言】抗てんかん発作薬(ASM)は薬剤性腎障害、腎結石症などの副作用をもつ薬剤があり、また腎代謝薬剤では腎機能に応じて投与量調整が必要であり、腎併存症を考慮したてんかん治療が必要である。

【症例】7歳女児。周産期異常なし。月齢2か月のワクチン接種後に発熱あり、てんかん性スパズムが出現した。翌日に解熱するも、スパズムは持続し退行も出現した。A病院入院となり、血液・尿検査で異常なし、脳波でmodified hypsarrhythmiaを認め、乳児てんかん性スパズム症候群としてVPA内服、ACTH療法が開始された。ACTH療法により1週間程度でスパズムは消失したが、4か月時にtonic spasmの再発あり、VitB6、CZP、TPMは無効、ケトン食療法は無効、ACTH再投与で脳波は改善するがtonic spasmは残存した。10か月にB病院へ紹介となり、入院でてんかん精査やASM調整されるも発作改善はなく退院となった。B病院では脳梁離断術を勧められ、2歳時に当院初診となった。全脳梁離断術を施行するも、てんかん性スパズム、強直発作とともに著変を認めなかつた。外来でASM調整を継続しても、強直発作が日単位で残存し、有意語なく運動発達は寝返りまでで、退行は停止しているが初診時から発達は進んでいない。4歳時、低蛋白血症のない尿蛋白3.8g/gCrを認め、C大学病院の腎生検により巣状糸球体硬化症と診断され、アンジオテンシン受容体拮抗薬や免疫抑制剤による治療が開始された。LCM、LEV、VPA、RUFの多剤併用療法でも、腎機能とASM血中濃度は安定している。遺伝学的検査でWest症候群エクソーム解析（福岡大学）病的変異なし、Galloway-Mowat症候群の既知病的バリエントは認めなかつた。

【結語】てんかん治療中に巣状糸球体硬化症を発症し、腎臓専門医と連携しASM選択やてんかん治療を行った症例を経験した。多剤併用療法でも腎機能と尿蛋白は安定しているが、てんかん発作は残存しており、腎保護を考慮したてんかん治療を継続している。

演題発表に関連し、開示すべき利益相反(COI)関係はありません。

演題 8

グルコーストランスポーター1欠損症の食事療法における ω -3 脂肪酸エチルの効果

宮下光洋、池田裕亮、平松泰好、矢部愛美、露崎悠、水谷聰志、山口解冬、大谷英之、今井克美

NHO 静岡てんかん・神経医療センター 小児科

【はじめに】グルコーストランスポーター1欠損症 (Glucose transporter type 1 deficiency syndrome : Glut1DS) は乳児期発症のてんかん、運動障害、知的障害など様々な神経症状を伴う複雑な神経疾患である。Glut1DS は Glut1 をコードする *SLC2A1* 遺伝子の病的バリアントが関連しており、脳内へのグルコース輸送が阻害されて慢性的なエネルギー不足となることで発症する。脳の代替エネルギーとしてケトン体を供給するケトン食療法が有効である。

【症例】18歳女性。家族歴は特記事項なし。生後 9か月時にてんかんを発症し、月単位の強直間代発作、日単位の非定型欠神発作が起こった。発作が抗てんかん発作薬に対して抵抗性を示し、精神運動発達遅滞、失調性歩行を認めていた。2歳時に当院へ紹介された。髄液糖 26 mg/dL、血糖 96 mg/mL、髄液糖/血糖 0.26 (≤ 0.45) であり、*SLC2A1* 遺伝子の病的バリアントが同定され、Glut1DS と診断した。修正アトキンス食を開始して、てんかん発作は寛解し失調性歩行を認めなくなった。12歳ころから動作特異性ジストニアを認め年々悪化していた。18歳時、脳波で発作間欠時の棘徐波複合の増加および非定型欠神発作の再燃を確認し、食事療法の見直しを行った。1日あたり熱量 1800 kcal、糖質摂取量 15 g 以下に設定して厳格に管理し、乾式臨床化学分析装置ニプロスタッフストリップ XP3 を用いて、 β -ヒドロキシ酪酸 (β -hydroxybutyric acid : BHB) を朝昼夕食前後の 1 日計 6 回測定した。BHB は朝方に最も低く午後にかけて上昇する日内変動を示し (900 – 2700 μ mol/L)、特に早朝から昼で非定型欠神発作が多かった。 ω -3 脂肪酸エチル 2 g を追加したところ、BHB の日内最低値が 2300 μ mol/L まで上昇し、脳波で棘徐波複合の出現頻度が著減して発作が消失し、動作特異性ジストニアが軽減した。

【考察】 ω -3 多価不飽和脂肪酸はミトコンドリア生合成の亢進によるエネルギー産生の促進や興奮性の抑制に寄与すると考えられている。 ω -3 脂肪酸エチルを併用することでケトン体の産生効率が上昇し、ケトン食療法の効果を高める可能性がある。

演題 9

ラモトリギンとバルプロ酸を主剤とした薬剤調整が奏功した、環状 20 番染色体症候群の 1 例

徳本健太郎、西田拓司、川口典彦、松平敬史、山崎悦子、大谷英之、臼井直敬、今井克美

NHO 静岡てんかん・神経医療センター てんかん科

【はじめに】環状 20 番染色体症候群(r20)は、稀で難治なてんかん症候群である。1972 年の報告の後、世界からの報告数は 200 例に満たない。非けいれん性てんかん重積状態 (NCSE) をはじめとする発作型や脳波の報告は多いが、治療に関する研究は乏しい。当院の 47 例の r20 の治療反応性の検討 (PMID: 40119828) で、ラモトリギン (LTG)、次いでバルプロ酸 (VPA) の有効性が高いことが示唆された。その結果に基づき薬剤調整を行った新規の症例を報告する。

【症例】20 代女性。てんかん発病年齢は 8 歳。記憶にない行動を呈する発作だった。脳波で前頭部優位の両側広汎性棘徐波複合を指摘され、前頭葉てんかんの診断で治療が開始された。9 歳時に脳波で約 10 分の NCSE が捕捉された。強直発作もあった。11 歳時に r20 と診断された。知的障害も顕在化した。20 歳で易刺激性、暴言暴力、希死念慮などが出現した。その後当院を紹介受診し、治療目的に入院となった。入院時の薬剤はカルバマゼピン (CBZ) 400mg/日+ゾニサミド (ZNS) 200mg/日+ラコサミド (LCM) 250mg/日+クロバザム (CLB) 15mg / 日であった。これまで LTG と VPA を含む 13 種類の薬剤の使用歴があった。入院直後の長時間脳波では、NCSE が覚醒時の 8 割ほどの割合でみられ、2 日に 1 回は強直発作が群発した。染色体検査で環状 20 番染色体のモザイク率は 27% であった。CLB を中止し悪化なし。LCM を減量すると、強直発作が連日群発 (20-30 回/日) し、有効と判断して元に戻した。VPA を開始すると、NCSE が改善し、疎通性が良くなった。強直発作の頻度も 50% 以上減少した。LTG を導入し、CBZ を中止したところ、強直は週に 1-2 日、NCSE は臨床的に気づかれるのは週の半分ほどで、持続は 3 分未満となった (脳波では連日見られるが 1 時間未満)。退院後、生活に支障のある NCSE はなく、強直発作は睡眠中に月 1 回未満となった。

【結語】難治と言われる r20 だが、LTG と VPA を主剤とした薬剤調整により発作がほとんど生活に支障をきたさない状態に改善した。

演題発表に関連し、開示すべき COI 関係にある企業などはありません

演題 10

てんかんと鑑別を要した脳血管障害による発作性非運動誘発性ジスキネジア

paroxysmal non-kinesigenic dyskinesia (Hemichorea) の一例

丸山泰^{1,2} 徳本健太郎¹ 西田拓司¹ 松平敬史¹ 今井克美¹

1 NHO 静岡てんかん・神経医療センター てんかん科

2 名古屋大学大学院医学系研究科 精神医学分野

【はじめに】

発作性ジスキネジアは、刺激誘発性、あるいは非刺激誘発性に出現する異常運動を臨床的特徴とする多様な疾患群である。その発症様式のためてんかんとの鑑別が重要である。発作性非運動誘発性ジスキネジア (PNKD) は、遺伝性や家族性の報告が多いものの、二次性の原因も報告されている。今回、右中大脳動脈水平部の狭窄、両側基底核の虚血性病変と左半身の舞踏運動が発作性・反復性に出現した50歳代男性の症例を報告する。

【症例】

50歳代男性。糖尿病・高血圧・脂質異常症の既往あり。家族歴なし。誘因なく1-5分程度持続する左上下肢の不規則で捻れるような発作性運動異常が日～週単位で出現した。前医を受診し、てんかんと診断されラコサミドが開始された。しかし症状は改善せず、症状出現から4ヶ月後に当院受診となった。長時間ビデオ脳波モニタリングでは、覚醒時に突然左下肢に重苦しい感覚が十秒程度持続した後、左上下肢の不規則かつ素早い捻転運動と顔をしかめるような動作が記録された。症状出現中の意識は清明であった。これらの症状に対応する脳波変化は認めなかった。症候に基づき、発作性非運動誘発性片側舞踏運動と診断した。脳MRIでは右中大脳動脈水平部 (M1) の狭窄と両側被殻・淡蒼球および白質の陳旧性虚血性病変を認めた。ドパミントランスポーターシンチグラフィでは両側線条体の集積は正常で、ECD-SPECTでは基底核の集積に左右差はなかった。代謝性を含む二次性運動異常症の原因となる病態は示唆されず、右中大脳動脈狭窄および基底核の虚血性病変がPNKDとの関連が考慮された。

【結語】

本例と類似した、PNKDとして数分の片側舞踏運動を日～週単位で反復し、舞踏運動と対側の中大脳動脈狭窄を認めた報告 (Gasca-Salas. 2015) がある。脳血管障害によるPNKDは稀な疾患であるが、成人発症のPNKDを見たら、二次性の原因を考えるべきである。

*開示すべきCOIはありません

演題 11

Brivaracetam の有効性及び副作用の検討

石原尚子^{1,2}、岡田久²、重松秀夫²、日吉俊雄²、森川建基²

1 藤田医科大学医学部 小児科学

2 医療法人森川クリニック

【はじめに】 Brivaracetam(BRV) はシナプス小胞タンパク質 2A (SV2A) に結合することにより作用を発揮するラセタム系抗てんかん発作薬で、焦点起始発作（二次性全般化含む）に対して 2024 年 6 月に適応承認、8 月に薬価収載され処方可能となった。既存薬である Levetiracetam(LEV) より SV2A に対する選択性と親和性が高く、副作用の軽減が期待されている。今回我々は BRV の有効性と副作用について検討を行ったので報告する。

【対象・方法】 対象は森川クリニックに定期通院している患者のうち、BRV 投与歴のあるもの [BRV 治験 (EP0083) 参加者を含む。調査に関する包括同意取得済み] とした。調査項目は、年齢、性別、てんかん分類、発作型、併用薬、BRV 投与量、効果、副作用である。調査は診療録の後方視的検討にて行った。

【結果】 対象は 50 例（男 24 例、女 26 例）、年齢は 21-77 歳（中央値 42 歳）、てんかん分類は焦点てんかん 45 例、特発性全般てんかん 3 例、症候性全般てんかん 2 例であった。発作型は FIAS 47 例、GTC 25 例、FAS 5 例、Myoclonic 1 例、Tonic 1 例（重複あり）であった。BRV 投与前の既使薬数は 2-15 劑（中央値 8 劑）、BRV 投与中の併用薬数は 1-5 劑（中央値 3 劑）であった。BRV 投与量は 25-200mg（中央値 100mg）であった。効果判定は発作頻度にて行った。発作抑制（90%以上）12 例、著効（75%以上）11 例、有効（50%以上）13 例、無効（50%未満）9 例、増悪 5 例であった。副作用の訴えは 12 例であり、眠気 7 例、眩暈 2 例、倦怠感 2 例、頭痛、ふらつき、抑うつ、暴力的が 1 例ずつ（重複あり）であった。投与中止は 8 例で、発作増加もしくは無効のため 4 例、副作用のため 2 例、内服コンプライアンス不良と 2 週間ごとの通院困難が 1 例ずつであった。

【考察】 本調査期間は BRV 2 週間処方のため、対象患者は限定されている。副作用では眠気が最も多く、開始量の工夫が推奨される。LEV 効果不十分例に対する追加投与で発作抑制される例も散見され、今後の難治てんかん治療への効果が期待される。

演題 12

笑い発作を呈する前頭部腫瘍に対して焦点切除を検討している男児

竹尾俊希、深沢達也、根来民子、久保田哲夫

安城更生病院 小児科

【はじめに】笑い発作は視床下部過誤腫によるものがよく知られるが、側頭葉てんかんや前頭葉てんかんでも稀にみられる。強直間代発作で発症し、笑い発作を呈した前頭部腫瘍の男児例を経験したため報告する。【症例】生来健康な7歳男児。第1病日に2分間の強直間代発作を認め当院に搬送された。来院時にはけいれんは頓挫しており、意識清明で神経学的所見の異常を認めなかった。頭部MRIで右前頭葉皮質にT1強調像とFRAIRで低信号、T2強調像で高信号の造影効果のない囊胞性病変を認めた。頭部CTで囊胞性病変の壁の一部に石灰化を認めた。同日の脳波検査では明らかな突発波は認めなかつたが、3か月後には右前頭部から棘徐波を頻回に認めた。限局性皮質異形成もしくはLow grade gliomaによる症候性てんかんとして第2病日からレベチラセタムの内服を開始した。以降、1)笑った表情で上肢を上下に振る動作が日に数回、2)意識減損に続いて頭部を左に回旋させる発作が週に数回、3)両側間代発作に移行する発作が月に数回認められるようになり、それらは連続して認めるものがあった。発作時脳波では、笑った表情で上肢を交互に振る動作の直前から低振幅速波を認め、動作開始時から右優位の広汎性棘徐波複合群発を呈しており、1)は身振り自動症を伴う笑い発作と考えた。レベチラセタム、カルバマゼピン、バルプロ酸を最大量使用したが発作が抑制できず、てんかん外科による焦点切除を検討している。【考察】前頭葉てんかんに伴う笑い発作の特徴は、発作時間が短い、頻度が多い、他の発作型を伴うことが多い、嬉しい感情を伴わないものとされており、本症例もその特徴に一致する。特に小児では自身からの訴えが少ないため、一見すると「笑い」を発作と疑うことが難しい場合がある。適切に診断・治療をするため、突然の笑いが生じる場合は疑って発作時脳波を評価することが重要である。

演題 13

10年以上の迷走神経刺激療法によりてんかん発作が変容した難治てんかんの1症例

山添知宏^{1,2}、川路博史^{1,2}、吉村歩^{1,3}、松村美咲^{1,3}、今市悠太郎^{1,3}、本間一成^{1,4}、西村克彦^{1,5}、森川建基⁶、山本貴道^{1,2}

1 聖隸三方原病院 ベテルてんかんセンター

2 聖隸三方原病院 てんかん・機能神経外科

3 聖隸三方原病院 小児科

4 聖隸三方原病院 脳卒中科

5 聖隸三方原病院 精神科

6 森川クリニック

【目的】迷走神経刺激療法（VNS）は難治てんかんに対する緩和療法として普及している。10年以上のVNS治療により、発作軽減だけでなく、てんかん発作形式が変化した症例を経験したので報告する。

【症例・方法】出生後から眼球上転の症状が出現、生後1週間後には右手のピクツキから始まり、右下肢・右顔面へ移行する発作があり、てんかんと診断される。生後8ヶ月にはWest症候群と診断。ACTH療法をされるも、てんかん発作に対する効果は一過性に消失するも、再び発作が再燃。様々な抗てんかん発作薬に抵抗性であった。数十秒の強直発作が1日に8-10回認めた。2歳3ヶ月時に長時間ビデオ脳波検査を施行。周期性同期を認める遅鋭徐波複合が頻発し、発作は強直発作、非定型欠神発作を認めた。4歳時にVNS治療を開始。

【結果】VNS治療により、発作は著明に軽減され、最終的には抗てんかん発作薬の内服もなしとなる。2回目のVNS刺激装置交換術を16歳時に施行。この時に長時間ビデオ脳波検査を施行した。発作間欠期てんかん波は右もしくは左前頭部・前側頭部で鋭波を認めた。発作は一点凝視の後にゆっくり両上肢を挙上、やや右に体を回旋させて、その後に下方伸展させ強直間代発作となった。脳波所見からも発作症状は前頭葉てんかんと考えられた。

【結論】VNS治療前はWest症候群から移行した全般てんかんと考えられたが、VNS治療が奏功し、発作減少だけでなく、発作形態の変化を認めた。てんかん発症早期からのVNS治療が発作転機を良好にした可能性も考えられる。

演題 14

意識をなくす発作の有無と精神症状を脳波で分類する試み

東英樹、明智龍男

名古屋市立大学大学院医学研究科 精神・認知・行動医学分野

【目的】

安静閉眼覚醒時脳波の非線形解析を行い、サンプリング法を適用して患者の種々の状態を脳波で分類可能か検討する。

【対象・方法】

難治性てんかん患者 1 名の抗発作薬の内服状況の異なる時期 2 回と、発作消失後、精神症状出現時期 1 回の計 3 回の安静閉眼覚醒時脳波で、あきらかな突発性異常波のない、脳波領域を選択。発作型は焦点起始強直間代発作あるいは焦点起始間代発作。脳波は 10-20 法で 18 電極の縦双極誘導で、4 電極(Fp1F7, Fp1F3, Fp2F4, Fp2F8) (Azuma et al 2019 で F4C4 のぞく)、7a 電極(T5O1, C3P3, P3O1, FzCz, C4P4, P4O2, T6O2) (Azuma et al 2022) と、残りの 7b 電極(F7T3, T3T5, F3C3, CzPz, F4F4, T4T6, F8T4) の 3 グループを作成した。さらに 7a 電極を 3 電極(C3P3, FzCz, C4P4) (Azuma et al 2024) とわれわれが第 57 回日本てんかん学会学術総会で報告した 2 電極(C3P3, C4P4) と 1 電極(FzCz)に分けた。脳波領域ごとに Sample Entropy を計算し、そのデータをスライスサンプリング(Neal 2003)により各電極で 1000 データ作成後、それぞれの時期の脳波データをサポートベクトルマシンで(1 電極は判別分析)50%をランダムに選択後トレーニングセットとし、残りをテストデータとして計 20000 回行い、平均の Area under curve(AUC) を計算して、計 3 回の脳波による脳機能分類が可能か検討した。

【結果】3 回の異なる状況での脳波は 7a、7b、4 電極で、0.7 以上 1 以下の AUC をえられた。

【結論】脳波のエントロピー計算後にサンプリング法を適応することで、脳機能の状態比較ができる可能性がある。

今回の発表に際し、発表者の利益相反はありません

演題 15

大脳半球離断術により発作消失が得られた広範な限局性皮質異形成を伴う焦点てんかんの1例

橋本実沙¹、伊藤祐史¹、石崎友崇²、白木杏奈¹、牧祐輝³、柳澤彩乃¹、山田美沙恵¹、光松孝真¹、川口将宏¹、中田智彦¹、城所博之¹、夏目淳^{1,4}

1 名古屋大学大学院医学系研究科 小児科学

2 名古屋大学大学院医学系研究科 脳神経外科学

3 トヨタ記念病院 小児科

4 名古屋大学大学院医学系研究科 障害児（者）医療学寄付講座

【緒言】薬剤抵抗性の限局性皮質異形成（FCD）を伴う焦点てんかんでは焦点切除術が選択されることが多いが、一側大脳半球に広範な病変がある場合は大脳半球離断術も選択肢となる。大脳半球離断術により発作消失が得られた症例を報告する。

【症例】症例は2歳男児。1歳1か月時に口をもぐもぐして左上下肢が痙攣する発作が数回/日の頻度で出現した。オクスカルバゼピンとバルプロ酸が開始されたが発作は存続した。前医へ転院したが発作は群発し、フェノバルビタール30 mg/kg、ホスフェニトイン22.5 mg/kg、レベチラセタム50 mg/kgを投与したが発作は存続した。発作間欠時脳波に明らかな異常はなく、発作時脳波でC4～Cz起始の運動発作を認めた。薬剤調整し、クロバザム0.9 mg/kg/日、トピラマート9 mg/kg/日、ペランパネル2 mg/日で一時的に発作は抑制されたが、徐々に再燃し左上下肢の不全麻痺が出現したため1歳4か月時に外科治療目的で当院を受診した。頭部MRIにて、右中心前回から中心後回を中心に広範囲に皮質の肥厚と皮髓境界の不明瞭化が認められ、FCDが強く疑われた。ラコサミドが一時的に著効し手術を延期したが、発作は漸増し左上下肢の不全麻痺が悪化したため2歳3か月時に術前検査目的で入院した。MRI所見は不变で、FDG-PETで同部位に集積低下を認めた。発作間欠時脳波はF4～C4に棘徐波を認め、発作時脳波は左上肢が拳上するのに一致してF4～Cz起始の速波にC4の律動的な棘徐波が続く所を見認めた。術式として焦点切除術も検討したが発作焦点が広範であり、ご家族に相談したうえで2歳7か月時に大脳半球離断術を施行した。術後に左半身麻痺と左同名半盲を認めたが発作は消失した。術後2か月で発作の再燃はなく、手引き歩行ができるまで麻痺は改善している。

【結論】薬剤抵抗性の広範なFCDを伴う焦点てんかんでは、大脳半球離断術が有効な選択肢となり得る。

※利益相反（COI）はありません。

演題 16

高齢者に対するてんかん手術の有効性と安全性：発作転帰および神経心理学的転帰の検討

橋口充、小川博司、奥村太郎、臼井直敬

NHO 静岡てんかん・神経医療センター てんかん科

【背景】

高齢者に対するてんかん手術の可否については一定の見解が得られていない。

今回、高齢者に対してんかん手術を施行した症例について、発作転帰と神経心理学的転帰について報告する。

【方法】

2014 年 4 月から 2023 年 3 月までに、当院でてんかん手術を実施した高齢者（50 歳以上）を対象とした。情報は診療録より収集した。発作転帰は術後 1 年以上追跡し得た症例を調査した。神経心理学的転帰は術後 2 年目の WAIS-III、WAIS-IV、WMS-R で評価した。発作転帰は Engel 分類を用いて、神経心理学的転帰は信頼性変化指標（RCI、1.96 以上を有意差あり）を用いて評価した。

【結果】

発作転帰の調査では 30 例が対象となった。発症年齢は中央値 15 歳（0～45 歳）、手術年齢は中央値 55 歳（50～69 歳）であった。診断は内側側頭葉てんかん 19 例、前頭葉てんかん 2 例、側頭葉てんかん 7 例、後部皮質てんかん 2 例であり、病因は海馬硬化症が最多であった（19/30 例）。最終転帰は Engel class Ia が 14 例（47%）と最多だった。術後 2 年目の WAIS-III、WAIS-IV と WMS-R の評価はそれぞれ 15 例、10 例、19 例で実施した。神経心理学的評価で有意に低下した症例は WAIS-III (FIQ) では 0 例（0%）、WAIS-IV (FSIQ) では 1 例（10%）、WMS-R（一般記憶）では 1 例（5.2%）であった。

【結論】

高齢者に対するてんかん手術において、発作転帰は良好であり、認知機能も維持できる可能性が高いことが示唆された。

協賛企業・団体一覧

イブニングセミナー共催

- ・ユーシービージャパン株式会社

医療機器展示

- ・リヴァノヴァ株式会社

広告協賛

- ・ユーシービージャパン株式会社
- ・エーザイ株式会社
- ・日本新薬株式会社

てんかん診療に役立つ UCBCares® てんかんのご案内



話題の最新動画で、
てんかんがよくわかる!

複雑な脳波判読を全6回の短時間で
学べる「てんかんの脳波のポイント」
や製品説明会を気軽に動画で見られる
「バーチャル説明会」などのコンテンツ
をご用意しています。

・他にもてんかん情報を随時公開中・

WEBセミナー情報

製品情報

疾患情報

お役立ち資材



会員登録は
こちら



すべてのコンテンツを
視聴するには
会員登録が必要です

<https://hcp.ucbcares.jp/epilepsy>

UCBCares てんかん





患者様の想いを見つめて、
薬は生まれる。

顕微鏡を覗く日も、薬をお届けする日も、見つめています。
病気とたたかう人の、言葉にできない痛みや不安。生きることへの希望。
私たちは、医師のように普段からお会いすることはできませんが、
そのぶん、患者様の想いにまっすぐ向き合ってみたいと思います。
治療を続けるその人を、勇気づける存在であるために。
病気を見つめるだけではなく、想いを見つめて、薬は生まれる。
「ヒューマン・ヘルスケア」。それが、私たちの原点です。

ヒューマン・ヘルスケア企業 エーザイ



エーザイはWHOのリンパ系フィラリア病制圧活動を支援しています。

新しい
生き方、創る。

A new way of life

独自技術で難病に挑み、ひとりの「生きる」に希望をとどける。

ユニークな機能性食品で、みんなの「生きる」を健やかにする。

京都から世界へ。

新しい時代の、新しい生きるを、

わたしたちは、創っていく。

