

C-5 難治性笑い発作を伴う視床下部過誤腫に対する定位脳手術

国立療養所西新潟中央病院脳神経外科¹⁾,
同てんかんセンター²⁾,
新潟大学医学部脳神経外科³⁾

○福多真史¹⁾, 亀山茂樹¹⁾, 和知 学²⁾, 笹川陸男²⁾,
金澤 治²⁾, 川口 正³⁾, 山下慎也³⁾, 田中隆一³⁾

視床下部過誤腫 (HH) は笑い発作をはじめとする難治性の多彩なてんかん発作を伴う発生奇形である。我々は笑い発作を伴う視床下部過誤腫に対して、定位的高周波凝固療法を施行し、発作の完全消失が得られた症例を経験したので報告する。

【症例】15歳女性。2歳時に笑い発作が出現。11歳頃より笑い発作の後に強直発作も伴うようになった。発作頻度は1日1-2回。薬物治療に抵抗性で外科的治療を目的に当院入院。

【入院時所見】軽度の知能低下 (WAIS-R 67) 以外、神経学的に異常なし。思春期早発症なし。内分泌学的検査異常なし。MRIでは視床下部に径10mmほどの腫瘍性病変を認め、頭皮上脳波ではdiffuseに2-3 Hz slow spike and waveが認められた。

【入院後経過】CT-guideで定位的にHH内に深部電極、両側前頭葉に硬膜下電極を対称的に留置した。慢性硬膜下記録にて2回の笑い発作が記録され、いずれもHH内の深部電極起始部であった。更に同部の電気刺激によって笑い発作が誘発された。1週間後、HHの定位的生検を行い、更に発作起始部を中心に74℃、60秒の凝固を行った。術後合併症はなく、笑い発作は完全に消失した。強直発作は術後約1カ月間シリーズを形成して増加したが、その後消失した。現在術後8カ月を経過しているが、発作は消失したままである。術後のMRIでHH内に径約6mmの凝固巣を確認した。病理組織ではdysplastic neuronが認められた。

【考察】近年、HHに伴う笑い発作の起源がHH自体に存在するという報告が散見されるが、HHから明確に脳波上発作起始部が確認された症例の報告は極めて少ない。本例は定位脳手術によりHH内に深部電極を留置し、発作起始部を高周波凝固することによって発作の完全消失が得られた。この手術方法は合併症の危険が少なく、発作の抑制に有用であると思われた。

C-6 難治性てんかんに対する脳梁前半部離断術の検討

—多施設共同研究—

国立長崎中央病院脳神経外科¹⁾, 東京警察病院脳神経外科²⁾,
国立療養所静岡東病院³⁾, 奈良県立医科大学脳神経外科⁴⁾,
旭川医科大学脳神経外科⁵⁾

○馬場啓至¹⁾, 真柳佳昭²⁾, 三原忠紘³⁾, 榎 寿右⁴⁾,
田中達也⁵⁾

〈目的〉難治性てんかんに対する脳梁離断術の効果につき厚生省精神神経疾患研究班において共同研究を行ない手術結果、長期予後、手術結果に及ぼす要因について検討した。〈方法〉脳梁前半部離断術が行われ、術後1年以上経過した難治てんかん53例を対象とした。手術時年齢は平均19.9歳(5-44歳)、発作初発年齢は平均6.3歳(0.2-23歳)であり、34例が潜因性あるいは症候性全般てんかん(SGE)、17例が前頭葉てんかん(FLE)、2例が乳児重症ミオクロニーてんかん(SME)と診断されていた。術後の経過観察期間は平均43.2ヶ月(12-106ヶ月)であり、手術結果は発作消失(F)、80%以上の減少(E)、50-80%の減少(G)、50%以下の減少(P)、術後増悪(W)として評価した。〈結果および結論〉手術結果はFが4例(7.5%)、Eが18例(34%)、Gが14例(26.4%)、Pが17例(32.1%)で、Wは認められず、術後34例(67.9%)において有意な改善が認められた。てんかん症候群ではSGEの70.6%、FLEの64.7%において改善が得られたが、SMEは2例と症例が少ないが有効とは思われなかった。発作型では転倒発作、非定型欠神発作、全般性強直間代発作、ミオクロヌス、二次性全般化を伴う部分発作において発作消失率が30-40%であったが、強直発作、複雑部分発作では5-7%と低かった。1歳以下の発作初発が例では手術結果が不良であり、術後発作波の1側半球へ限局化した例で有意に改善が得られた。15歳未満の小児手術例では成人例に比較し結果が良好な傾向が認められたが手術時年齢、手術時のIQ、脳梁離断範囲と手術予後には有意な関係は認められなかった。