

A-18 発作間欠時脳磁図と頭蓋内電極が有用であった傍ローランドてんかんの一例—MRIで異常を認めない難治性てんかん症例に対する治療戦略—

¹ 広南病院脳神経外科、² 東北大学医学部脳神経外科、
³ てんかん専門病院ペーテル

社本 博¹、中里信和¹、永松謙一²、曾我孝志³、
吉本高志²

【症例】20歳男性。既往は熱性痙攣（1歳）、ウイルス性髄膜炎（3歳）。12歳時から夜間就寝時に左口角から始まる顔面のびくつきが出現。1週間後に同発作に引き続く全身痙攣が出現し、薬物治療が開始されたが、発作頻度は年々増加してきた。【検査所見】発作間欠時脳波では中心部に左右同期性の棘波が認められ、発作時脳波では発作と同時に基礎律動は全般性に変化し明らかな発作起始は判定できず、CT、MRI、発作間欠時SPECT、神経学・神経心理学的検査でも異常は見られなかった。発作は左口唇、口腔内異常知覚を前兆とし、左向反、左口角よじれから顔面、左上肢、さらに左半身間代性けいれいへ移行した。また発作時 SPECTでは右中心溝近傍の前頭葉、頭頂葉で血流増加が見られた。さらに発作間欠時脳磁図では脳波より明瞭な両側中心溝近傍の棘波が認められ、解析の結果、右側の棘波ピークから平均21.0ms遅れて左側の棘波ピークが現れ、信号強度も右側優位と判明した。突発波の信号源は右顔面領域の一次運動野を中心に再現性よく推定された。【治療経過】MRIで病変が認められないものの、脳磁図と発作症候から一次運動野の顔面領域に局限した右傍ローランドてんかんを疑い、両側前頭頭頂部に頭蓋内電極を留置した。電極留置後の脳波測定で臨床的発作出現に先立ち、右中心前回下部より棘波の出現が認められた。棘波は直ちに對側中心前回にも伝播した。右中心前回下部は脳機能局在マッピングで運動機能を有していないことが判明し、同部を含め周囲脳の切除術を施行。術後、数秒の左口角のびくつきが3-4日連日夜間のみ出現し、その後消失した。術後脳磁図、脳波ともに棘波は消失した。【結語】本例のようにMRIで病変を認めない症例における脳磁図の有用性は徐々に確立されており、今後、脳磁図と頭蓋内電極の併用により、これまで困難と考えられてきた症例に対しても外科治療を選択することが可能になると考えられた。

A-19 外科的治療が著効した前頭葉てんかんの2手術例

¹ 梶浦病院脳神経外科、² 奈良県立医科大学脳神経外科、
³ 岡山大学小児神経科

秋田進久¹、星田 徹²、榑 寿右²、大塚頌子³

一般に前頭葉てんかんは診断、治療ともに困難な場合が多い。その理由の一つに前頭葉てんかんの発作形式の多様性が挙げられる。症例によってはヒステリーや精神疾患と間違われ、正確な診断がなされていない場合も多い。また手術成績に関しても発作焦点の同定が容易でなく、側頭葉てんかんに比べ不良とされている。十分な術前評価を行えば、前頭葉てんかんの診断は決して困難ではなく、適切な焦点切除術を施行すれば良好な結果を期待できる。今回我々は2例の前頭葉内側てんかん手術例を経験し、良好な結果を得られたのでこれを報告する。症例1 29歳男性 初発は3歳時、徐々にコントロール不良となり特に25歳頃より全身強直性痙攣が多発し始めた。発作は睡眠中に多く、その形式はかなり多様であった。頭皮脳波及びSPECTにて異常を認め、前頭葉てんかんと診断した。硬膜下電極を留置し、前頭葉内側部のてんかん焦点を同定した。焦点切除術後3年経過しているが、発作は消失している。症例2 19歳男性 初発は生後11ヶ月、抗痙攣剤投与にて6歳までコントロール良好であったが、その後発作が再発した。徐々にコントロール不良となり、日に1-2回の大発作を認めるようになり、当科紹介となった。発作は両上肢挙上後、眼球右方偏位、右への回旋運動を認めた。頭皮脳波及びSPECTにて前頭葉てんかんと診断した。更にMRI、MEGにて前頭葉内側にてんかん焦点を示唆する所見を認めた。硬膜下電極を留置し、正確なてんかん焦点の同定と、脳機能マッピングを行った。焦点切除施行後6ヶ月経過しているが、発作は起こっていない。