

## 高齢初発非けいれん性全般てんかん重積状態の1例

松山 友美<sup>1)</sup> 重藤 寛史<sup>2)\*</sup> 佐竹真理恵<sup>1)</sup>

要旨：症例は78歳女性である。75歳時意識消失をとまなう全身けいれん発作を初発。78歳の5月、両上肢のミオクローヌスが覚醒後に2~3回みられた。6月下旬にふらつきが強く3日間入院、安静にて軽快。7月中旬にふたたびふらつきが出現し当初初診。JCS 2の意識障害、軽度体幹失調がみられた。血液、脳脊髄液、頭部MRIに異常なし。脳波で持続1~2秒の全般性棘徐波・多棘徐波複合が2~4秒おきに出現。非けいれん性全般てんかん重積状態と判断しジアゼパム5mg 静注にててんかん性放電消失、以後バルプロ酸400mg/日投与をおこない症状は改善し発作間欠期てんかん性放電も著減した。高齢発症の非けいれん性全般てんかん重積状態はまれであり若干の考察を加え報告する。

(臨床神経 2011;51:43-46)

Key words：非けいれん性てんかん重積状態、全般てんかん、高齢発症、脳波、ふらつき

### はじめに

非けいれん性てんかん重積状態 (nonconvulsive status epilepticus, 以下 NCSE) は原因不明の意識障害患者の中に比較的多くみとめられるが、けいれんをとまなわないため診断や治療が遅れることも少なくない<sup>1)~3)</sup>。部分てんかんの NCSE を生じる背景には致死率が高く、重篤な後遺症を残しえる基礎疾患が存在することがあり、早めの基礎疾患の診断および積極的なてんかん発作停止治療が予後に大きく関連すると指摘されている<sup>1)4)</sup>。一方全般てんかんの重積状態は小児科領域では多く経験されるが、成人で初発することはまれである<sup>5)~7)</sup>。今回私たちは高齢発症で、めまい感・ふらつきが主訴であった全般てんかんの NCSE の1例を経験したので文献的考察を加え報告する。

### 症 例

症例：78歳、女性

主訴：めまい感、ふらつき

既往歴：けいれん既往歴なし。74歳時高血圧。

家族歴：てんかんなし。

現病歴：75歳時にはじめて意識減損、流延をとまなう1分ほど持続する全身けいれん発作を生じた。救急車で某病院を受診したが、けいれんに関しては左右差や間代性けいれんの存在は確認されなかった。脳波は施行されなかったが、頭部CT、MRIで明らかな責任病巣はみられず、初回のけいれん性

発作であり抗てんかん薬は開始されなかった。78歳の5月頃、目が覚めた直後に両上肢が一瞬ピクッとする動きが2~3回あった。6月下旬にめまい感とふらつきで3日間当院内科に入院。回転性めまいはみとめず安静にて軽快し退院。7月中旬にふたたびめまい感とふらつきが出現し緊急入院。内科で精査するも原因がわからず翌日当科受診となった。

入院時現症：血圧124/60mmHgと正常。脈拍数68/分、整、不整脈なし、体温36.1と発熱なし。

神経学的所見：意識レベルはJCS 2、日付がわからないなど軽い見当識障害をみとめた。呼称障害、失語、失認などはみられなかったが、言語理解力が時々低下して診察に時間がかかりHDS-R 16/30点であった。眼球運動正常で、眼振や眼瞼のミオクローヌスはみられなかった。項部硬直や髄膜刺激症候なし。四肢に不随意運動や失調はみられなかったが、つぎ足歩行は不能であった。深部腱反射正常、病的反射陰性、感覚系も正常。自律神経障害もみとめなかった。

血液検査で貧血、低血糖みとめず、ナトリウムなど電解質もすべて正常。肝腎機能ふくむ一般生化学所見でも異常をみとめなかった。脳脊髄液所見も初圧140mmH<sub>2</sub>O、細胞数1/mm<sup>3</sup>以下、蛋白22.0mg/dlと正常であった。心電図、心臓超音波検査、ホルター心電図でも弁膜症、不整脈などはみられなかった。頭部MRIでは橋、深部白質に慢性虚血性変化と思われるT<sub>2</sub>強調/FLAIR画像での高信号域がみられるのみで拡散強調画像、MRAをふくめその他の異常をみとめなかった。当日の緊急脳波で持続時間1~2秒の全般性3~5Hz棘徐波および多棘徐波複合が2~4秒おきに出現し、20分間の脳波記録中持続していた (Fig. 1)。

\*Corresponding author: 九州大学大学院医学研究院神経内科学 [〒812-8582 福岡市東区馬出3丁目1番1号]

<sup>1)</sup>国家公務員共済組合連合会浜の町病院神経内科

<sup>2)</sup>九州大学大学院医学研究院神経内科学

(受付日：2010年7月9日)

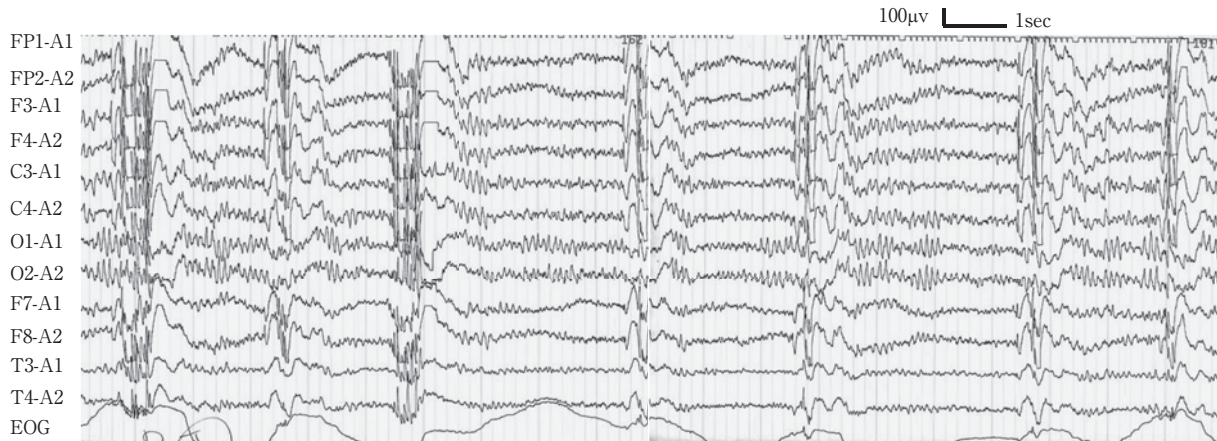


Fig. 1 Electroencephalogram on emergency:

EEG showed intermittent generalized multiple spike and slow wave complexes and 3-4Hz generalized spike and slow wave complexes for 2-4 seconds duration, which continued during whole 20 minutes record.

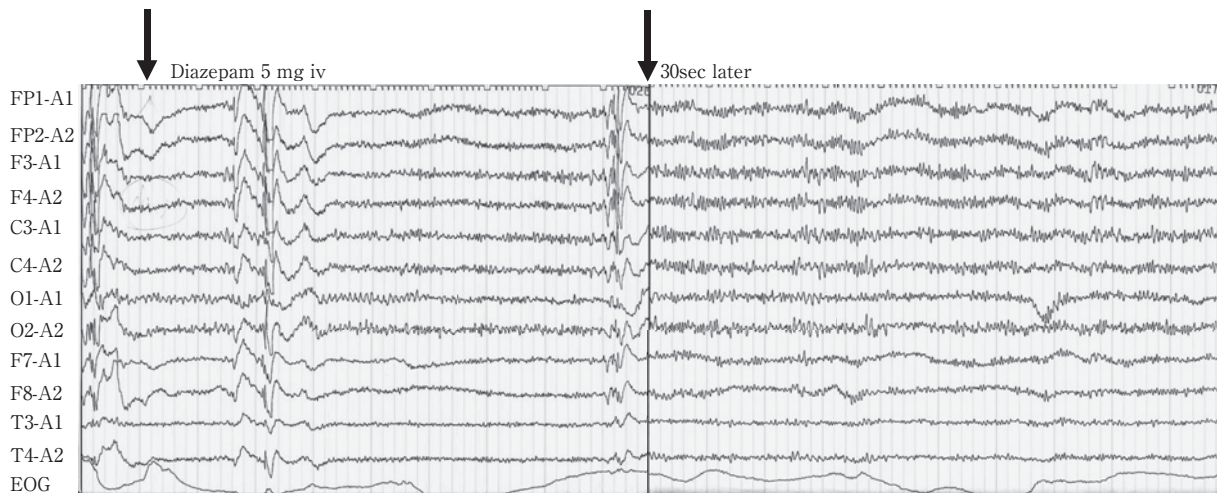


Fig. 2 Diazepam terminated status.

The Epileptic discharges disappeared immediately after the intravenous infusion of 5 mg diazepam.

入院後の臨床経過：非けいれん性てんかん重積状態と判断し、脳波を記録しながらジアゼパム 5.0mg を静脈内投与したところ、投与 30 秒後には棘徐波および多棘徐波複合の出現頻度が低下した (Fig. 2)。当日はフェニトイン 500mg/日点滴静注、翌日よりバルプロ酸 400mg/日の内服を開始し、めまい感、ふらつきは消失。入院時断続的な意識減損で 16 点であった改訂長谷川式認知症スケールもジアゼパム投与 6 時間後の再検査では 22 点と改善し、3 日後には正常となった。34 日後、てんかん性放電もほぼ消失し自宅退院した。半年以上経過した時点の脳波では正常背景活動に全般性の 3~5Hz 棘徐波複合が時折みられたが、めまい感・ふらつき、てんかん発作のいずれも出現しておらず、バルプロ酸の増量はおこなわなかった。

## 考 察

NCSE は、けいれんをみとめないが意識障害が持続し、脳波上発作波が持続的、もしくはほぼ持続的に出現している状態とされている<sup>1)~5)</sup>。本症例はけいれんをみとめなかったが軽い意識障害をみとめ、脳波で全般性の多棘徐波複合および 3~5Hz 棘徐波複合が 2~4 秒ごとに出現、これが全記録の 20 分間持続したことより NCSE と判断した。

NCSE には部分てんかん重積状態と全般てんかん重積状態があり、症候性部分てんかんの NCSE の原因としては、脳炎、薬物中毒、アルコール中毒や離脱、低酸素脳症、脳外傷および脳血管障害など様々な原因がある<sup>1)3)5)</sup>。本症例では発熱なく、血液、脳脊髄液、頭部 MRI などすべて正常であり、薬物服

用歴やアルコール飲酒歴がなく、症候性部分てんかん性のNCSEは否定的であった。また、てんかん重積状態中に言葉の流暢性が保たれ、強直性発作が挿入されることがないことから全般性のNCSEと鑑別を要する前頭葉起源の複雑部分発作重積状態も否定的であった<sup>8)</sup>。

経過が進行性でなく良好であること、小脳性運動失調や進行性の認知症をみとめなかったことよりプリオン病や進行性ミオクローヌステんかんは否定的であり、遺伝歴がないこと、動作時ミオクローヌスをみとめなかったことより良性成人型家族性ミオクローニーてんかんも否定的であった<sup>9)</sup>。全般てんかんを生じえる視床病変もみとめず<sup>10)</sup>、症候性の全般てんかんを示唆する所見はなかった。

高齡成人発症のNCSEとして、状況関連発作としての“De novo” NCSE of late onsetという疾患概念があるか<sup>3)6)7)</sup>、“De novo” NCSE of late onsetの誘因として報告されているベンゾジアゼピン系薬剤の離脱、向精神薬の使用、電解質異常、糖尿病、アルコール、脱水、セファロスポリン系抗生物質やテオフィリンの使用歴などは当症例では存在せず、また多くの“De novo” NCSE of late onsetでみられる若年時の特発性全般てんかんの既往も無く、75歳時の発作が唯一のけいれん発作であった。バルプロ酸加療後の発作間欠期脳波にもてんかん性放電が残存していることより、確認されたけいれん発作は75歳時の一回であるが、本症例は高齡ではじめて症状が出現した特発性全般てんかんのNCSEの可能性が高いと思われた。

めまい感やふらつきは外来でよくみられる症状である。その中にはまれではあるが本症例のように全般性のNCSEを発症している可能性もあり、軽い意識障害がうたがわれた時にはNCSEの可能性を念頭に置き脳波検査をおこなうことが必要であると思われた。

なお本症例の要旨は第188回日本神経学会九州地方会で報告した。

## 文 献

- 1) 吉村 元, 高野 真, 川本未知ら. 救急現場におけるてんかん重積状態の臨床的特徴～非痙攣性てんかん重積状態 nonconvulsive status epilepticus の重要性について～. 臨床神経 2008;48:242-248.
- 2) 坂内優子, 小國弘量, 平野嘉子ら. 小児全般性てんかん症候群における非けいれん性発作重積状態. 臨床脳波 2009;51:143-149.
- 3) 池田 仁, 井上有史. 成人における非けいれん性てんかん重積. 臨床脳波 2009;51:150-157.
- 4) Shneker BF, Fountain NB. Assessment of acute morbidity and mortality in nonconvulsive status epilepticus. Neurology 2003;61:1066-1073.
- 5) Tomson T, Lindbom U, Nilsson BY. Nonconvulsive status epilepticus in adults: thirty-two consecutive patients from a general hospital population. Epilepsia 1992;33:829-835.
- 6) Shorvon S, Walker M. Status epilepticus in idiopathic generalized epilepsy. Epilepsia 2005;46:73-79.
- 7) Hughes JR. Absence seizures: A review of recent reports with new concepts. Epilepsy Behav 2009;15:404-412.
- 8) Thomas P, Zifkin B, Migneco O, et al. Nonconvulsive status epilepticus of frontal origin. Neurology 1999;52:1174-1183.
- 9) Striano P, de Falco FA, Minetti C, et al. Familial benign nonprogressive myoclonic epilepsies. Epilepsia 2009;50 S5:37-40.
- 10) Kelemen A, Barsi P, Gyorsok Z, et al. Thalamic lesion and epilepsy with generalized seizures, ESES and spike-wave paroxysms—report of three cases. Seizure 2006;15:454-458.

**Abstract****A late-onset case of nonconvulsive status epilepticus of generalized epilepsy**Yumi Matsuyama, M.D.<sup>1)</sup>, Hiroshi Shigeto, M.D.<sup>2)</sup> and Marie Satake, M.D.<sup>1)</sup><sup>1)</sup>Department of Neurology, Hamanomachi Hospital<sup>2)</sup>Department of Neurology, Graduate School of Medical Sciences, Kyushu University

We report a 78-year-old woman who had episodes of nonconvulsive status epilepticus (NCSE) with dizziness. At 75 years of age, she had first seizure, but was not well examined. At 78 years of age, she had brief myoclonic jerks of her arms, soon after awakening, in May. She suffered from strong dizziness and was admitted in our hospital at the end of June. The symptoms regressed with bed rest in few days and she was discharged. However, she was admitted again with dizziness in the middle of July. There were no myoclonic jerks of her arms or legs and she could converse and interact normally, but was slightly disoriented (JCS: 2). Blood test, Cerebrospinal fluid analyses and brain MRI were normal. An EEG showed frequent intermittent generalized multiple spikes and slow wave complexes and a 3-4 Hz generalized spike and slow wave complexes every 2-4 seconds during whole 20 minutes record. Intravenous injection of 5 mg diazepam terminated status immediately. Thereafter, she was treated with sodium valproate (400 mg/day). Her symptoms improved, and interictal epileptic discharges extremely decreased. Late-onset NCSE of generalized epilepsy is rare. We discussed this case as an important case for diagnosis of NCSE with subtle symptom of dizziness.

(Clin Neurol 2011;51:43-46)

**Key words:** Nonconvulsive status epilepticus, generalized epilepsy, late onset, EEG, dizziness

---