

CQ 15-1

てんかんに伴う精神病の種類とそれぞれの治療法はなにか（発作後精神病，交代性精神病など）

推奨

交代性精神病を含む発作間欠期精神病に対しては，部分てんかんであれば，カルバマゼピンに投薬を変更した上で，リスペリドンなどのドパミンブロッカーを投薬する。発作後精神病に関しては，発作群発後の清明期ないしは精神病へと展開する直前の躁状態の時期に，ベンゾジアゼピンないしは鎮静作用のあるドパミンブロッカーで睡眠を確保する。発作後精神病は，発作を抑制すれば原則的には予防できる。

精神科医の関与が望ましいが，神経内科医が紹介する際には，紹介先の精神科医のてんかんについての知識の有無に応じて，関与し続ける姿勢を取ることが肝要である（**グレードC**）。

解説・エビデンス

発作後精神病，急性発作間欠期精神病（交代性精神病を含む），慢性てんかん性精神病は合計しててんかんに併発する精神病状態のほぼ95%を占め，残りがSpike-wave stupor（細川）やaura continuaとしての精神病状態である。

発作後精神病とは，主に側頭葉てんかんないしは前頭葉てんかんなどの辺縁系と関連するてんかんにおいて，二次性全般化発作あるいは複雑部分発作が群発した後に続発する精神病状態であり，1990年以降，その重要性が認識された病態である。症状としては躁的・情動的な色彩が強く，自然経過は1~2週間以内のものが大部分である（エビデンスレベルIV）¹⁾。

発作間欠期精神病は，発作後精神病と比べると特発性の精神病に近い病像であるが，精神病エピソードが初発の場合には，比較的少量のドパミンブロッカーで陽性症状を抑制できることが多い（エビデンスレベルIII）²⁾。可能であれば，抗てんかん薬は，局在関連てんかんであればカルバマゼピン，全般てんかんであればバルプロ酸単剤に変更することが望ましい。ゾニサミド，フェニトイン，トピラマートについては，エビデンスレベルは高くないが，若干のリスク増大が指摘されている。また，カルバマゼピン，バルプロ酸，ラモトリギンに関しては，向精神作用が指摘されている（エビデンスレベルIV）³⁾。

文献

- 1) Kanemoto K. Postictal psychoses, revisited. In: Trimble MR, Schmitz EB, editors. The Neuropsychiatry of Epilepsy. Cambridge: Cambridge University Press; 2002. p.117-131. (エビデンスレベルⅣ)
- 2) Tadokoro Y, Oshima T, Kanemoto K. Interictal psychoses in comparison with schizophrenia-a prospective study. Epilepsia. 2007; 48(12): 2345-2351. (エビデンスレベルⅢ)
- 3) 松浦雅人, 原 恵子編. てんかん診療のクリニカルクエスチョン 194. 東京, 診断と治療社. 2009. (エビデンスレベルⅣ)

検索式・参考にした二次資料

PubMed (検索 2008 年 11 月 1 日)

(epilepsy [mesh] AND Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [mesh]) OR (epilepsy [mesh] AND epileptic psychosis [AL] AND (Psychotic Disorders [mesh] OR Mental Disorders [mesh])) = 137 件

医中誌ではエビデンスとなる文献は見つからなかった。

CQ 15-2

てんかん外科手術後の精神症状と治療法はなにか

推奨

手術の適応があると考え脳外科医に紹介する場合、てんかん外科手術のリスクとして、精神症状の存在を前もって説明しておくべきである。また、てんかん外科手術は発作を止めるための手術であって、幸せになるための魔法の杖ではないことの確認も術前に行っておくことが望ましい。術後、半年程度は精神症状の早期発見・早期治療のため、注意深い経過観察を要する（**グレード B**）。

解説・エビデンス

最も頻度の高いのは抑うつ状態であり、術後3か月までには多くの場合出現する。抑うつ状態を早期発見・早期治療するために、てんかん外科手術後、半年程度は注意深い経過観察を要する（エビデンスレベルⅢ）¹⁾。抑うつ状態発症の機序としては、術前の攻撃性が生物学的に反転するといった仮説や、てんかんがなくなることによってそれまで猶予されていた様々な社会的な責務を担わねばならなくなったことへの反応であるといった仮説“burden of normality”などが提出されている（エビデンスレベルⅢ）²⁾。術前に発作間欠期精神病エピソードがあった場合、また、性格変化が著明に認められる場合には、術後に幻覚妄想状態が出現するリスクが、そうしたエピソードのない場合と比較して高い。側頭葉てんかんの外科手術において、術前に精神病症状のなかった人に新規に精神病が生ずる可能性は、劣位半球の切除後における方が高いのではないかという主張があるが確認はされていない。同じく側頭葉てんかんの切除例において、心因性発作が新規に出現する場合、劣位半球切除例に多いという主張もあるが確認されていない。治療は、通常の当該の精神症状の治療と基本的に同じであるが、術前にきちんと精神症状のリスクを説明していない症例において、術後に精神科医が参入することには患者・家族の反発や抵抗が大きいので、あらかじめ術前から治療チームに精神科医が参加しておくことが有用である。

文献

- 1) Koch-stöcker S, Kanemoto K. Psychiatry and Surgical Treatment. In: Engel J Jr, Pedley TA, Aicardi J, et al, editors. Epilepsy: A Comprehensive Textbook, 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. p2169-2178. (エビデンスレベルⅢ)
- 2) Ferguson SM, Rayport M. The adjustment to living without epilepsy. J Nerv Ment Dis. 1965; 140: 26-37. (エビデンスレベルⅢ).

検索式・参考にした二次資料

PubMed (検索 2008 年 11 月 1 日)
 epilepsy/su [mesh] AND Mental [AL] AND “after operation” [AL] = 80 件
 医中誌ではエビデンスとなる文献は見つからなかった。