

# AMCoR

Asahikawa Medical University Repository <http://amcor.asahikawa-med.ac.jp/>

てんかんをめぐって (1999.02) 19巻:71～76.

一過性脳虚血発作(TIA)と鑑別が困難であった老年発症のてんかん発作  
の1例  
(ictal paralysisが疑われた1例)

福田博、渡邊剛助、高松秀彦

# 一過性脳虚血発作 (TIA) と鑑別が困難であった 老年発症のてんかん発作の1例 (ictal paralysisが疑われた1例)

国立札幌病院脳神経外科

福田 博、渡邊 剛助、高松 秀彦

## 〈はじめに〉

けいれんを伴わない一過性の右片麻痺症状で発症した為、当初は一過性脳虚血発作 (TIA) と考えられて治療された老年期発症てんかんの1例を経験した。てんかん発作時に、運動けいれんの代わりに運動麻痺をきたす ictal paralysis<sup>1)</sup> が臨床的に疑われたので報告する。

## 〈症 例〉

症 例：64才 男

主 訴：一過性右片麻痺

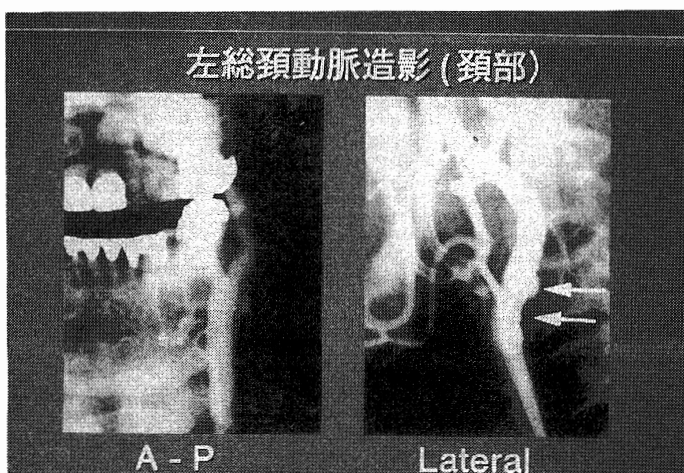
家族歴：特記すべきことなし。

既往歴：平成3年 早期胃癌手術 (治癒)

現病歴：

### 第1回入院経過

平成9年夏、居間で娘と会話中に一過性の右片麻痺 (5~6分) を起こしたが病院を受診せず放置。平成10年3月29日午前7時、尿失禁したと妻に言って起床。午前8時30分頃、隣の台所で朝食を用意していた妻が右片麻痺・意識障害の状態の患者を発見し、当院に緊急入院した。入院時神経学的には高度の右片麻痺、意識障害 (semicoma, JCS 30) を認めた。入院時頭部CTは正常。緊急脳血管撮影では左頸部内頸動脈狭窄と潰瘍形成を認めた (図1)。頭蓋内血管には狭窄等の異常を認めなかった。脳血管撮影



(図1)：入院時脳血管撮影 (左総頸動脈造影、頸部)  
矢印部の内頸動脈に軽度狭窄と潰瘍形成を認める。

の途中から急速に右片麻痺は改善したが、confusionが非常に強いため、Dormicum 持続点滴による sedation を必要とした。入院翌日には意識清明となった。発症時も入院中もけいれん発作は一度も観察されなかった。入院4日後の脳MRIでは異常を認めなかった(図2)。左頸部内頸動脈の狭窄と潰瘍による transient ischemic attack (TIA) と考え、4月15日 carotid endarterectomy (CEA) を施行した。術後の血管撮影で左頸部内頸動脈の狭窄と潰瘍は消失していた。術後経過は順調で6月1日自宅退院した。退院後は外来通院していたが経過良好であった。

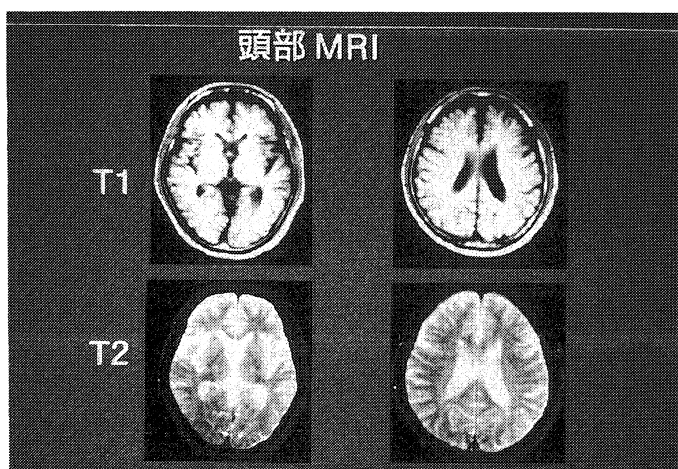
## 第2回入院経過

平成10年7月5日午前8時30分頃、便失禁してしまったと 妻に言って起床。30分後に右半身から始まる全身痙攣をおこしているのを発見された。全身痙攣は5-6分持続。発作後に一

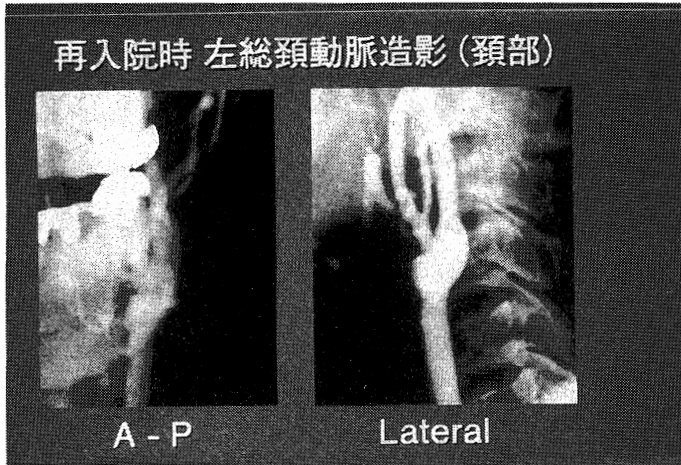
過性の右片麻痺認めた。その後30-60分毎に数回全身痙攣を起し、当科に緊急入院した。痙攣は Diazepam, Aleviatin 静注等で control されたが、postictal confusion が非常に強いため、Dormicum 持続点滴による sedation を必要とした。入院翌日には意識清明となった。再度行った脳血管撮影でも異常認められなかった(図3)。脳MRIでも脳梗塞等の異常を認めなかった。入院5日目の脳波も正常であった(図4)。その後入院中はけいれん発作も片麻痺も起こさず8月11日退院した。その後はアレビアチンを服用しながら外来通院しているが、けいれん発作も一過性左片麻痺も起こらず経過している。

## 〈考 察〉

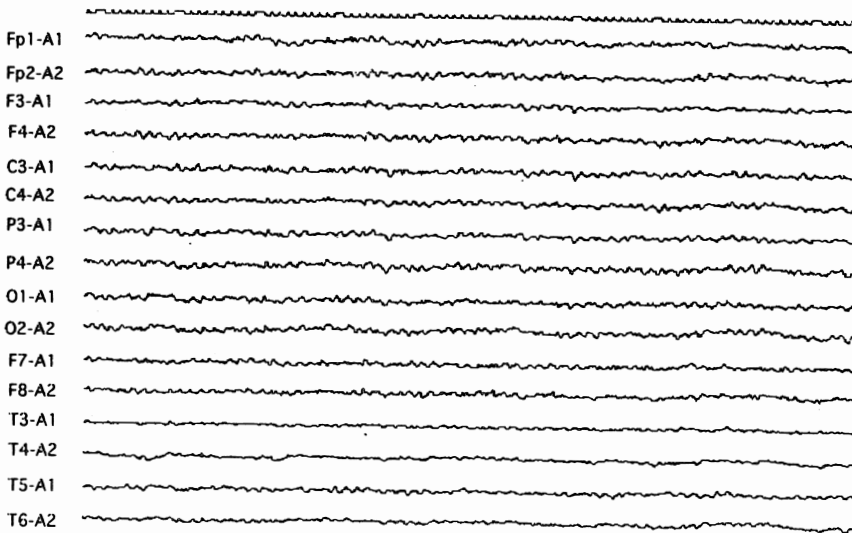
老年期発症てんかんは、脳血管障害、脳腫瘍などの器質性病変に基づく症候性てんかんが多い<sup>2)</sup>。また年齢別てんかん発病率は小児期(10歳未満)だけでなく老年期(60歳以上)も成人



(図2) : 入院時 頭部MRI  
異常認めない。



(図3)：再入院時左総頸動脈造影 (頸部)  
手術直後と変化無し。再狭窄を認めない。



(図4)：再入院5日目の脳波  
異常認めない。

期よりも高いと報告されている<sup>2,3)</sup>。

本症例で行った carotid endarterectomy (CEA) の手術合併症の1つに、てんかん発作が知られている<sup>4,5,6,7)</sup>。手術後急性期 (数日~2週間後) に hyperperfusion syndrome により、てんかん発作、興奮状態、脳内出血等を起こす事が

有る<sup>4,5,6,7)</sup>。高度の内頸動脈狭窄症例で脳血流低下が著しい場合に多く見られ、脳血管の auto-regulation の障害によると考えられている<sup>8)</sup>。しかし、本症例では、内頸動脈の狭窄は軽度で潰瘍形成が主体であった事、術後約3カ月の慢性期に発症した事などから、CEA 後の

hyperperfusion syndrome によるてんかん発作の可能性は低いと思われた。また、MRIで脳梗塞所見も認められなかった事から、脳梗塞による症候性てんかんも考えにくいと思われた。

一方、脳波上てんかん発作が出現している時に、運動けいれんの代わりに運動麻痺が起こる病態があり ictal paralysis (inhibitory seizure paralysis または non-convulsive seizure paralysis) と呼ばれている<sup>1,9)</sup>。その確定診断には EEG/Video monitoring が必須であり、運動麻痺に一致して反対側の centro-parietal area に ictal discharge を認める<sup>9)</sup>。運動麻痺は数分から時には数時間続くと言われている<sup>1)</sup>。そのメカニズムは未だ明らかではないが、motor cortex における抑制系の増強が考えられている<sup>10)</sup>。ictal paralysis は TIA と鑑別が難しいために日常診療においてしばしば見逃されている可能性があり注意が必要と思われた。本症例は EEG/Video monitoring を行っていないので確定診断はできないが、臨床的に種々の点から ictal paralysis が強く疑われた。

## 〈結 語〉

一過性の右片麻痺とこれに引き続く遷延性の意識障害で発症し、脳血管撮影で左頸部内頸動脈狭窄・潰瘍を認めたため TIA と考え、CEA を行ったが術後3ヶ月後に右半身より始まる全身痙攣発作重積を起こした。初回の一過性片麻痺も ictal paralysis であった可能性が強く疑われた64才男性の1例を報告した。

## 〈文 献〉

- 1) Tinuper P, Aguglia U, Laudadio S, Gastaut H. Prolonged ictal paralysis: electroencephalographic confirmation of its epileptic nature. Clin Electroencephalogr 1987; 18 (1): 12 - 14
- 2) Luhdorf K, Jensen LK, Plesner AM. Epilepsy in the elderly: incidence, social function and disability. Epilepsia 1986; 27: 135 - 141
- 3) Hauser WA, Kurland LT. The epidemiology of epilepsy in Rochester, Minnesota, 1935 through 1967. Epilepsia 1975; 16: 1 - 66
- 4) Youkey JR, Clagett GP, Jaffin JH, Parisi JE, Rich NM. Focal motor seizures complicating carotid endarterectomy. Arch Surg 1984 (Sep); 119 (9): 1080 - 1084
- 5) Kiebertz K, Ricotta JJ, Moxley RT 3d. seizures following carotid endarterectomy. Arch Neurol 1990 (May); 47 (5): 568 - 570
- 6) Jmrgensen LG, Schroeder TV. Defective cerebrovascular autoregulation after carotid endarterectomy. Eur J Vasc Surg 1993 (July); 7 (4): 370 - 379
- 7) Nielsen TG, Sillesen H, Schroeder TV. Seizures following carotid endarterectomy in patients with severely compromised cerebral circulation. Eur

- J Vasc Endovasc Surg 1995 ; 9 (1) :  
53 - 57
- 8) Fischer CM. Transient paralytic attacks of obscure nature : the question of non-convulsive seizure paralysis. Can J Neurol Sci 1978 (Aug) ; 5 (3) : 267 - 273
- 9) Abou KB, Fakhoury T, Jennings M, Moots P, Warner J and Kessler RM. Inhibitory motor seizures : correlation with centroparietal structural and functional abnormalities. Acta Neurol Scand 1995 ; 91 (2) : 103 - 108
- 10) So NK. Atonic phenomena and partial seizures. A reappraisal. Adv Neurol, 1995 ; 67 : 29 - 39

## Summary

A case of epilepsy in elderly which was initially diagnosed as transient ischemic attack  
(A possible case of non-convulsive seizure paralysis)

Hiroshi Fukuda, MD, Kousuke Watanabe, MD and Hidehiko Takamatsu, MD

Department of Neurosurgery, Sapporo National Hospital

We reported a possible case of non-convulsive seizure paralysis. The patient was a 64-year-old man presenting with transient right hemiparesis and urinary incontinence which was followed by prolonged confusion. CT and MRI of the brain were normal. Cerebral angiography (CAG) revealed ulceration and stenosis of cervical portion of left internal carotid artery (ICA). As the symptoms seemed to be TIA due to this lesion in the ICA, carotid endarterectomy (CEA) was carried out. The postoperative course had been uneventful until three months after the CEA, when the patient developed seizures followed by transient right hemiparesis and prolonged confusion. The CT, MRI and CAG were unremarkable. Interictal EEG on the fifth hospital day was normal. IMP-SPECT showed normal cerebral blood flow. The seizure was well controlled with anticonvulsant. Thereafter the patient remained seizure free and no longer developed hemiparesis.