

# AMCoR

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

臨床精神薬理 (2010.12) 13巻12号:2355～2363.

再考「てんかん治療のゴールとは何か？」  
"Seizure Freedom"(発作消失)を主軸とする新たな包括医療を目指して

千葉 茂, Bernhard Steinhoff, 武田洋司, 寺田清人, 松本  
理器

## 再考「てんかん治療のゴールとは何か？」

—“Seizure Freedom”（発作消失）を主軸とする新たな包括医療を目指して—

千葉 茂  
 (司会 旭川医科大学  
 精神医学講座)

Bernhard Steinhoff  
 (Neurologist, Kehl-Kork, Germany)

武田 洋司  
 (緑ヶ丘療育園)

寺田 清人  
 (静岡てんかん・  
 神経医療センター 神経内科)

松本 理器  
 (京都大学神経内科)

千葉 近年、わが国では新世代の抗てんかん薬の登場や、薬物療法以外の治療方法（例えば、てんかん外科治療）の進歩によって、“Seizure Freedom”（発作消失）への期待が高まってきたように思われます。本日は、てんかん専門医として国際的に活躍されている Steinhoff 先生、ならびにわが国の3名のてんかん専門医の皆様、「てんかん治療のゴールとは何か？」についてお話をうかがいます。

### I. “Seizure Freedom”（発作消失）を主軸とする新たなてんかん医療

千葉 はじめに、ご議論いただく土台として、Seizure Freedom からみたてんかん医療について考えてみたいと存じます（表1）。

Seizure Freedom に至る前に、まず正確なてんかんの診断、および、これに対する適切な抗てんかん薬による薬物療法が必要です。

診断にかかわる問題として、患者さん、ご家族、医師の間で「発作」の意味が異なることがありますので、よく情報を交わしておくことが重要です。例えば、単純部分発作（SPS）、複雑部分発

作（CPS）、およびこれらの二次性全般化発作を有する患者さんの場合には、ご本人とご家族は全身けいれんのみを「発作」とみなしていることがあります。また、患者さんが発作発現を記憶できない場合や、睡眠中に発作が出現しうる場合には、発作の有無の判定が困難なことがあります。

薬物療法を開始する際には、Seizure Freedom が治療の大きな目標であることをきちんと患者さんに述べておくことが重要です。

また、薬物療法では、薬剤の有効性のみならず、アドヒアランスや患者さんの QOL に及ぼす

表1 新たなてんかん包括医療における医師の役割

- 
- 正しい診断
  - 適切な薬物療法
  - 治療目標 “Seizure Freedom”（発作消失）の提示
  - 薬物の有効性とアドヒアランスの把握
  - 発作頻度の把握
  - 患者の症状、治療、日常生活、学業、仕事などに関する包括的指導・助言
  - 患者が自分自身のてんかんをどのようにとらえているかの把握  
 (てんかんに関する知識、発作の危険性、発作の長期的な影響・予後についての理解など)
  - 治療に関する最新情報の提供
  - 患者の QOL とレジリアンスの支援
  - 包括医療におけるコーディネーターの役割
-



千葉 茂氏

薬剤の影響も考慮すべきです。なぜならば、抗てんかん薬による副作用は患者さんのQOLを低下させ、これが服薬の不規則性をもたらし、ひいては見かけ上の難治化につながることもあるからです。ここで注意すべきことは、患者さんが言う発作はしばしば「全身けいれん」のみを指すため、発作が消失したといっても、それは全身けいれんだけであって、その他の発作は残存している場合もあるということです。

規則的な服薬によって発作が消失したとしても、その時点で医療が終わるわけではありません。薬はいつまで飲めばよいのか、日常生活における注意点は何か（発作誘発因子としての睡眠不足、飲酒など）、学業・仕事の悩みにどう対処すればよいのか……。とくに女性患者さんについては、恋愛、結婚、出産、育児など、人生のいくつかの場面で医師は適切な助言と情報提供を求められます。

一方、患者さんが、「自分の病気を正しくとらえているか否か」は、病名を告知した段階から常にてんかん治療に影響を与える重要な要素になります。医師は、患者さんがてんかんを正しく理解するために的確な情報を提供し、教育的配慮をすべきであり、発作症状、種類、発作や発作後の症状の危険性、さらには発作の反復がもたらす長期的な影響（難治化につながる可能性や後遺症など）、薬物治療の有効性と忍容性、非薬物療法の選択肢、てんかんの予後などについて、図や資料

を用いながらわかりやすく、しかも繰り返し説明しなければなりません。

医師は一方向的に説明するだけでなく、患者さんがどのようにてんかんを理解しているのかを時間をかけて把握する必要があります。なぜならば、てんかんの理解のしかたが、患者さんの治療意欲や受療行動を大きく左右し、ひいては予後にも影響を及ぼすからです。患者さんの中には、治療に対して理由のない諦観を抱き、発作を減少あるいは消失させようという意欲すら失っている方もいらっしゃいます。てんかん発作の反復や難治化は、社会の偏見を引き起こし、対人関係への影響や心理社会的困難をもたらす可能性があります。こうした心理面の変化は、抑うつや不安をはじめとする明らかな精神症状へと発展することもあります。

一方、患者さんやご家族に対して、治療に関する最新情報を提供することによって、知識が豊富になるだけでなく、新しい治療への希望も形成されることとなります。

Seizure Freedomは、患者さんのQOLの改善につながる大きな治療目標ですが、それにとどまることなく、さらに患者さんの抱える困難を受け止め、理解し、解決する努力が必要です。とくに、医師は、治療に諦観的な態度ではなく、新しい知識を求め、積極的に治療法を考える診療姿勢が求められます。患者さんやご家族には、発作が消失した生活や、それに到達したら人生をより豊かに生きることができる世界があるということを知らせなければなりません。今後は、「てんかん発作が起こるのを防ぎ、病気を克服していく」というレジリエンス\*、つまり粘り強い不屈の姿勢が、患者さんだけでなくご家族や医療スタッフ、ひいては社会全体に求められる時代に入ったと言えます。

このような他職種が関与する新たな包括医療において、医師はコーディネーターとしての役割を果たすことが重要であると考えられます。

\*防御・回復に向けた力動過程。人間が侵襲をこうむるという受動的な状態におかれた局面で、これ乗り越え、新たな心身複合体としての主体性を生み出す能動的な振舞いの過程を指す<sup>9)</sup>。

## II. Seizure Freedomはてんかん治療の 大きなゴールである：海外での認識

千葉 それではまず、Steinhoff先生に Seizure Freedom についてのお考えをうかがいます。

Steinhoff Seizure Freedom は、てんかん治療の大きなゴールです。なぜならば、患者さんが発作がいつ出現してもおかしくない状況で生きていくことは、QOLを低下させる主な原因となるからです。

英国国立臨床研究所 (NICE) はてんかんの管理目標を、「発作を完全に消失させることと同時に、副作用を最小限に抑え、患者が可能な限り普通の生活を送れるようにすること」としています。これは決して容易に達成できる目標ではありませんが、ドイツでは新世代の抗てんかん薬によって、副作用が少なく忍容性の高い治療で Seizure Freedom の得られる確率が高くなってきました。

Kwanら<sup>5)</sup> は、発作減少で満足するのではなく Seizure Freedom を目指すこと、および、適切な治療が施されても Seizure Freedom が得られない場合を難治例あるいは薬剤抵抗性症候群 (Drug Resistant Epilepsy) と呼称することを国際抗てんかん連盟 (ILAE) の治療戦略委員会として提案しています。なお、薬剤抵抗性てんかんとは、Seizure Freedom の持続達成を目的として、適切に選ばれ、用いられ、かつ忍容された2種類の抗てんかん薬 (単剤療法あるいは併用療法) によって十分な治療成績が得られなかった例、と定義されています。

千葉 抗てんかん薬によって良好にコントロールできる患者群の割合はどのくらいですか。

Steinhoff Kwan と Brodie<sup>6)</sup> は、てんかん患者さんの70%において、適切な薬物療法によって満足のいく治療効果が得られるはずであると推定していますが、現状ではこの目標数値は40%に留まっています。この原因は、ドイツでは、てんかん患者さんすべてが専門医による治療を受けているわけではなく、多くのてんかん患者さんは一般神経内科医や、一般診療医 (general practition-



Dr. Steinhoff

er) による治療を受けていることにあります。現在こうした医師への教育の強化を試みています。これらの医師全員に教育が浸透しない限り、データ上では実現可能な70%という数値に達することはできないでしょう。

私たちの経験によれば、ドイツでは新世代の抗てんかん薬が用いられるようになり、副作用のない忍容性の高い治療によって Seizure Freedom に至る率がさらに高くなりました。

私のてんかん治療における目標は、完全に確実な Seizure Freedom の達成です。新世代抗てんかん薬は、第一世代あるいは第二世代の抗てんかん薬より有効性が高いとは必ずしも言い切れませんが、いくつかの新世代抗てんかん薬——とくに levetiracetam と lamotrigine —— のもつ優れた薬理的特性や忍容性が、てんかんに対する現在の薬物療法に貢献していることは確かです。

千葉 難治性てんかんの患者さんでは、発作頻度と QOL の関連性はいかがでしょうか。

Steinhoff Gilliam ら<sup>3)</sup>によれば、Seizure Freedom に至っていない難治性てんかん患者さんにおいては、QOL と発作頻度は関連がないことが示されています。一方、うつに関しては、反復発作をもつ患者さんの QOL とうつの重症度とに相関があることが示されています。

すでに千葉先生が指摘されたように、患者さんの QOL は最終的には発作が消失するか否かにかかっています。実際、Birbeck ら<sup>2)</sup>は QOL の十分

表2 部分発作に対する vigabatrin の併用療法 (28週間投与) の臨床試験の被験者を対象とした、発作減少率と健康関連 QOL の変化との関連の結果 (文献2より改変引用)

HRQOL measure	100% reduction (n = 22)	75~99% reduction (n = 18)	50~74% reduction (n = 33)	0~50% change (n = 61)	F value (p value)
Overall QOLIE-31	6.96*	1.76	-0.80	-0.17	8.59 (0.0001)
Overall QOLIE-89	7.32*	0.96	-0.20	-0.62	6.45 (0.0004)
SF-36 Mental health summary score	7.11*	1.92	-3.53	-0.98	5.97 (0.0008)
SF-36 Physical health summary score	3.66*	-1.14	1.79	-0.98	1.73 (0.1642)

HRQOL : health-related quality of life.

\*T-score changes are significantly different across values in a row that do not share at least in common.

HRQOL measures are scored on a T-score metric (mean, 50; SD, 10)

QOLIE-89, QOLIE-31およびSF-36のスコアを28週間投与前後で得た。対象を発作頻度の減少割合 (投与前12週間と投与終了前12週間の発作回数の比較) により4群 (100%すなわち Seizure Freedom, 75~99%, 50~74%, 0~50%頻度増加を含む) に分割して、HRQOL 関連のスコアを群間および群内で解析した。

各スコアにおいて、Seizure Freedom 群は QOL の改善を意味する変化を、他のいずれの群よりも統計学的に有意に大きく示した。このように、発作消失 (Seizure Freedom) と99%までの発作減少との間では、QOL の改善という観点で明らかな差異があることが示されている。

な改善は Seizure Freedom に至って初めて得られると報告しています (表2)。反復発作をもつ患者さんの QOL は、重度の不安やうつ、低い自尊心、対人関係の問題によって、著しく低下しているのです。したがって、発作の減少で満足することなく、Seizure Freedom を目指さなくてはならないと思います。

### Ⅲ. Seizure Freedom を達成するための必須要因：正確な診断と適切な薬剤選択

千葉 それでは、実際の医療現場における Seizure Freedom に関してご意見をいただきます。

寺田 静岡てんかん・神経医療センターは、基本的に難治の患者さんばかりを治療する非常に特殊な施設です。したがって、Seizure Freedom を内科的な治療の中でみることは稀です。ただ、当院に紹介された時点で不適切な抗てんかん薬を服用している患者さんの場合には、薬剤変更によって Seizure Freedom に至る可能性はあります。

Kwan ら<sup>5)</sup> が記載している「発作消失の持続達成」の「持続」がどのくらいの期間をいうのかは不明です。多くの患者さんの場合、てんかん治療は10年単位で続きますが、例えば、てんかん外科

治療の術後で長期にわたって完全な発作消失を達成している患者さんの場合、どの時点で発作消失と判断されるのか、いつも疑問に思います。

松本 私の所属する京都大学医学部附属病院では神経内科と脳外科がチームを組み、関西地方の第二次施設、さらに紹介を受けて手術を施行する第三次施設としての役割を担っています。したがって、てんかんやてんかん分類の正しい診断、および適切な薬物療法が行われていない場合には、きちんと診断と治療を行って Seizure Freedom につなげなければならない。40%の患者さんしか発作消失を達成していないことが現状とすれば、発作消失を70%の患者さんが達成できるようにする。それが私たち神経内科医の第一の役目と考えています。

武田 正しい診断と適切な薬物療法が行われた場合には、発作消失が得られる可能性は低いと思います。

千葉 適切な薬物治療がなされていなければ、いくら治療を行っても発作消失は得られないわけですね。Steinhoff 先生、適切な薬物療法についてのお考えをお聞かせいただけますか。

Steinhoff Kwan ら<sup>5)</sup> は、てんかん症候群を正しく分類することを重視しています。正しい分類が行われていれば、そのてんかん症候群に有効な

治療薬から1剤を選び、単剤療法を行えばいいのです。これが奏効しない場合、2番目の治療薬による単剤療法か併用療法を行います。もちろん、小児および成人の症候性全般てんかんのような難治性てんかん症候群はあります。そして、これらの症候群に対する治療に私たちは失敗し続けています。

20年以上てんかん治療に携わってきた私の経験から申し上げますと、KwanとBrodie<sup>6)</sup>の主張は正しいと思います。すなわち、初期に正しい診断と適切な薬物療法が行われたならば、てんかん患者さんの70%において満足のいく薬物療法の有効性と忍容性が認められるはずです。

千葉 やはり初期段階での正しい診断と適切な薬物療法が重要ということですね。

武田 かつては特発性全般てんかんという診断がつけば valproate が第一選択でしたが、今後は新世代の抗てんかん薬、すなわち、lamotrigine、levetiracetam が導入されると思います。とくに女性患者さんの場合、多のう胞性卵巣などの問題から lamotrigine が推奨されるかもしれません。

部分てんかんで用いられてきた carbamazepine や phenytoin については、発作に対する有効性だけでなく忍容性も考慮しなくてはなりません。

Carbamazepine による、Stevens-Johnson 症候群を経験したことがあります。Carbamazepine で副作用が出たり、carbamazepine が有効でない場合には、新世代の抗てんかん薬の中から選択する必要があります。欧米では、levetiracetam や lamotrigine が第一選択になっていますね。

寺田 妊娠可能な女性の場合、最初から valproate で治療していると途中で薬剤を変更しにくいですね。今の日本の状況では、最初から lamotrigine を使うのは難しいので、なるべく低用量で valproate を使えばいいのかなと思っています。医師の側から患者さんに情報を提供し、相談しながら診療しています。

松本 日本では、部分てんかんには単剤療法として carbamazepine が第一選択になると思います。しかし、問題はその次は何かということですね。Phenytoin でみられる美容上の問題や日中の眠気を避けるという点から、私は lamotrigine と



武田洋司氏

levetiracetam がよいのではないかと思います。合理的多剤併用療法という観点で、例えば carbamazepine と lamotrigine を併用すると、どちらも Na チャンネルブロッカーであるため、ふらつきやめまいが出現しやすい。そこで、これらとは作用機序がまったく異なる levetiracetam、あるいは、認知機能や眠気などに気をつけながら topiramate を選択するのがよいと思います。

Steinhoff ドイツ神経学会が約2年前に発表した一般勧告では、部分てんかんに対する単剤療法の第一選択として levetiracetam および lamotrigine が挙げられています。Carbamazepine はもはや第一選択薬ではありません。併存疾患がある場合には、併用する薬剤などとの相互作用を回避しなければなりません。levetiracetam ではこうした相互作用も回避できます。

特発性全般てんかんの女性患者さんに対しては、valproate が他の薬剤よりも発作に有効であることが報告されており<sup>7)</sup>、これは私の臨床経験によっても裏づけられています。ただし、患者さんと本剤の催奇形性の問題について話し合うだけでなく、催奇形性の予防のための葉酸投与、または valproate 血漿中濃度抑制（1日3回の分服による）などについても話し合うべきです。長所と欠点のすべてを勘案しても、valproate は依然として容認できる薬剤です。

松本 最近の ILAE および国外誌『Neurology』のガイドラインでは、妊娠に関して valproate に



寺田清人氏

は否定的な意見があるようです。しかし、日本では新世代の薬剤導入が遅れたこともあり、valproateは1日量1,000mg(可能であれば600mg)以下で、血中濃度が $70\mu\text{g/ml}$ 以下の条件で用いられることが多いようです。

現在、ドイツでは新世代の薬剤が単剤療法として使えますが、valproateの使用頻度はどのくらいでしょうか。

Steinhoff 正確な数字は把握していませんが、valproateは以前よりも処方頻度が減っています。しかし、valproateは依然として主要な治療薬の1つです。ドイツではvalproateを用いた治療は誤りであるかのように考える人がいますが、これは明らかに正しくありません。

寺田 Valproateをやめた途端にものすごくやせた患者さんがいます。インターネットで調べて、いろいろ勉強している方が多いですね。私は、妊娠に対する影響も含めて、初めの段階で説明し、納得してもらってから処方します。

松本 体重増加が出現しうるvalproate, gabapentin, 逆に体重減少が出現しうるtopiramate, zonisamide, そして体重に関しては中立的なlevetiracetam, lamotrigine。これらの情報を患者さんに与え、話し合いながら薬剤を選択していくことになるでしょう。

武田 Valproateの場合は、必ずしも食欲とは関係なく体重が増えてしまうこともあるようです。また、体重は増加したものの発作には有効で

あるため、患者さんが努力をして体重を減らしたというケースもあります。患者さんとのコミュニケーションによって、valproateの体重増加の問題はある程度は改善していけるのではと思っています。

Steinhoff 体重増加は女性患者さんにとって確かに大きな問題であり、前もってその可能性は知らせておかなければなりません。すべての患者さんで体重が増えるわけではありませんが、内分泌障害や代謝異常の可能性も含めて、薬剤の変更をすべきかどうか考慮する必要がありますでしょう。

#### IV. Seizure Freedom: その評価の問題点

千葉 本当にSeizure Freedomに至っているのか、その判断が難しい場合はないでしょうか。

寺田 診断に関して、難治性てんかんが疑われて紹介された患者さんにvideo-EEG monitoringを施行した結果、いわゆる心因性偽発作、あるいは失神と確定診断される症例が稀にみられます。

千葉 非てんかん性発作の反復が難治性てんかん発作と誤診されることは確かにありますね。

寺田 SPSの場合には、患者さんの訴えだけでは、はたして発作が消失しているのかどうか、わかりにくいこともあると思います。

千葉 たしかにSPSも運動症状を伴っていれば評価は簡単ですが、そうでない場合には患者さんの自覚症状にのみ頼らなければならないので難しいですね。

松本 京大病院では、発作日記を用意して、患者さんに、全身けいれんとCPS, SPSをそれぞれ異なるマークで記入してもらいます。「発作と言えはけいれんのこと」と誤解している患者さんがかなりいるので、このマークづけをすることで医師と患者が同じ土俵に立って客観的に発作を把握することができます。それぞれの発作症状の定義については、患者さんと医師の間でよく話し合い、コンセンサスをとって決めています。

Steinhoff 3つの点を申し上げたいと思います。1つは、先ほどの議論のとおり、てんかんの誤診の多くは、心因性非てんかん性発作か失神の患者さんでみられると思います。2つ目は、いわ

ゆる SPS の患者さんをよく観察していると、何らかの意識障害が認められることがしばしばあるということです。意識障害の有無で SPS と CPS を分類した旧分類の述語的問題点は、2010年に制定された新しい分類<sup>1)</sup>では解決されていると思います。3つ目は、SPS の前兆は、稀に快感であることもあります。ほとんどの前兆は患者さんにとって不快なものであり、前兆の増悪によって QOL は著しく低下します。

千葉 Seizure Freedom が得られない理由として、服薬コンプライアンスの問題があります。皆さんのご経験をお聞かせください。

寺田 患者さんをご自身の発作を見たことがなく、記憶していないことが多いので、てんかんという診断を認めない患者さんがおられます。薬を出しても全然飲まず、診断を拒否します。そのような患者さんに、発作時ビデオ脳波記録で実際の発作を見ていただき、かなり根気よく説明すると、その後コンプライアンスが改善して発作がコントロールできるようになる場合はよくあります。

松本 特発性全般てんかんの患者さんで、valproate の徐放剤（1日に2回服用）の朝の分の飲み忘れがある方に、食事と関係なくても気がついたら飲むように、いつもポケットなどに入れておくように、と指示しています。そういう工夫だけでも改善される場合があります。

千葉 薬をきちんと飲んでいとおっしゃる患者さんに、私は「きちんと飲むのは大変ですよ」と前置きして「何日分の薬が余っていますか」と尋ねたことがあります。すると患者さんは、正直に服薬の実態を教えてください。これを契機に、服薬を妨げる種々の理由（副作用や服薬時刻など）が明らかになり、話し合いの結果、コンプライアンスが向上することもあります。

武田 医師は患者さんの服薬コンプライアンスはよいと考えがちです。外来で処方量の半分程度しか服薬していなかったある患者さんが、別の病気で他科に入院して、処方どおりに抗てんかん薬を服用したら急性薬物中毒に陥ったということがありました。

Steinhoff 私は、糖尿病患者の例を出して、



松本理器氏

「糖尿病でインスリン投与を怠ろうとする人はいないでしょう。抗てんかん薬の服薬についても同じことではないですか」と説得します。この例えはとても効果的で、患者さんは問題に気づき、服薬の重要性を理解してくれます。

千葉 Seizure Freedom を妨げる服薬コンプライアンスの問題に対しては、患者さんの心理や、薬物の副作用、日常生活などに配慮したかわりや指導が重要ですね。

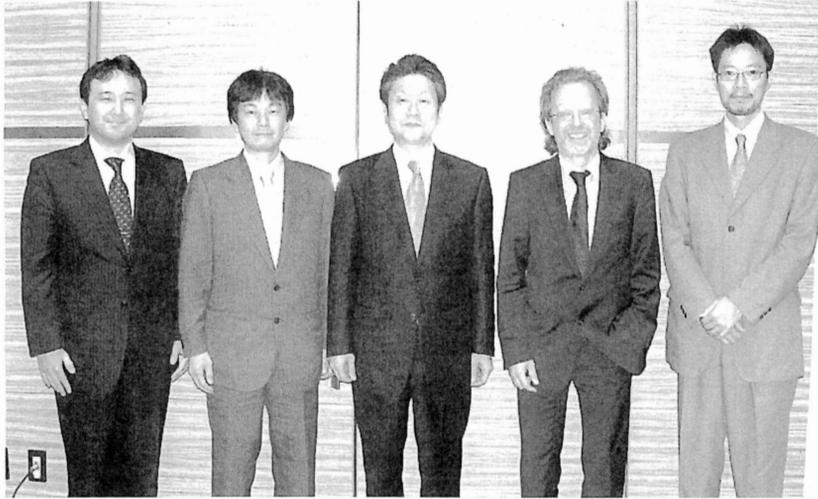
## V. 包括的てんかん治療のゴールと Seizure Freedom

千葉 Seizure Freedom は大きな治療ゴールであることは明らかですが、それは患者さんの QOL 向上への通過点とみなすべきかもしれません。

寺田 Seizure Freedom が通過点というのはおっしゃるとおりです。

私たちの病院はてんかんの包括的医療ということ掲げ、就職に向けて適性検査をしたり、発作消失後のプログラムをソーシャルワーカーと共に作ったりしています。

当院に来られた段階では自分の病気を認めようとしない患者さんでも、入院されて患者さん同士のコミュニケーションがよい方向に働くようになり、副作用のこと、発作があったときの対応、生活上の工夫などの情報を交換し合うことによ



て、病気に対して非常に前向きに取り組む姿勢に変わる患者さんが多いようです。ただ、患者さん同士では誤った情報が浸透するのも早い。例えば誰かに副作用が出た場合など、自分は大丈夫かと不安になる患者さんもいます。このような場合は、医療スタッフがきちんとフォローして、正しい情報に修正していくことも必要です。

松本 難治性てんかんをもつ患者さんの場合、医師と患者さんが共に、前向きにやっていくことが大事です。一方、Seizure Freedomに至った患者さんでは、QOLをさらに上げたいということになります。女性の場合、結婚、妊娠、出産、催奇形性の問題などに対してどう支援・指導していくかということも課題です。一方、重要なものとして、自動車の運転の問題があります。私は、車の運転を優先するのか、減薬を優先するのかを患者さんと相談しながら治療しています。いずれにせよ、診察のたびに発作が消失していることの喜びを分かち合っ、患者さんを勇気づけていくということが、コンプライアンスやQOL向上にもつながると思います。

武田 週に1回程度の全身性強直間代発作があるにもかかわらず、それを気にせず社会的に活動しておられる患者さんがいる一方で、年に1回あるかないかの発作を怖がって家に引きこもっている患者さんもいますね。発作の頻度ではなくて、患者さんの発作に対する態度・とらえ方、あ

るいは性格傾向も社会適応に影響しているのだと思います。

Seizure Freedomの状態にあるとしても、社会適応が進んでいかない、あるいはいろいろなことでつまずいたり、問題行動を起こしたり、ということもあります。患者さんの社会適応もとらえたケアは、包括医療の1つとして必要だろうと思います。

千葉 最後に、発作消失に至った患者さんに対して私たちがどうかかわったらいいのか、Steinhoff先生にアドバイスをいただきたいのですが。

Steinhoff 私は、Seizure Freedomに至った患者さんから多くのことを学んできました。5年以上発作消失の状態が続いているにもかかわらず、いまだに受診する患者さんもいます。その90%以上の患者さんが、服薬中止をまったく考えたことがないと答えます。それは、発作体験によるトラウマが重篤であるために、人生で再び発作を起こさないためなら何でもするということなのです。抗てんかん薬をいつ中止するかについての判断はきわめて難しく、慎重さが求められます。最近、私は仕事が定年になった患者さんを除き、成人の患者さんの場合、服薬中止にはきわめて慎重な立場をとっています。

千葉 Steinhoff先生が患者さんから多くのことを学んできたとおっしゃったのを聞き、私は、著名な脳神経外科医 Wilder Penfield の言

葉 “Epilepsy, the great teacher.” を思い起こしました。私たちはてんかん医療において、Seizure Freedom の実現に向けて努力するとともに、患者の QOL やレジリエンスを支えていかなければなりません。その医療の中で、てんかんという病気から多くのことを学ぶはずで、それをてんかん医療に活かしていくことも、われわれ医師が忘れてはならない役割であると存じます。

本日はありがとうございました。

#### 文 献

- 1) Berg, A. T., Berkovic, S. F., Brodie, M. J. et al. : Revised terminology and concepts for organization of seizures and epilepsies : report of the ILAE Commission on Classification and Terminology, 2005-2009. *Epilepsia*, 51 : 676-685, 2010.
- 2) Birbeck, B. L., Hays, R. D., Cui, X. et al. : Seizure reduction and quality of life improvements in people with epilepsy. *Epilepsia*, 43 : 535-538, 2002.
- 3) Gilliam, F. G., Fessler, A. J., Baker, G. et al. : Systemic screening allows reduction of adverse antiepileptic drug effects : a randomized trial. *Neurology*, 62 : 23-27, 2004.
- 4) 加藤 敏 : 現代精神医学におけるレジリエンスの概念の意義. レジリエンス. 現代精神医学の新しいパラダイム (加藤 敏, 八木剛平 編著), pp.2-24, 金原出版, 東京, 2009.
- 5) Kwan, P., Arizmanoglou, A., Berg, A. T. et al. : Definition of drug resistant epilepsy : consensus proposal by the ad hoc Task Force of the ILAE Commission on Therapeutic Strategies. *Epilepsia*, 51 : 1069-1077, 2010.
- 6) Kwan, P., Brodie, M. J. : Drug treatment of epilepsy : when does it fail and how to optimize its use? *CNS Spectr.*, 9 : 110-119, 2004.
- 7) Marson, A. G., Al-Kharusi, A. M., Alwaidh, M. et al. : The SANAD study of effectiveness of valproate, lamotrigine, or topiramate for generalised and unclassifiable epilepsy: an unblinded randomised controlled trial. *Lancet*, 369 (9566) : 1016-1026, 2007.