

第 14 章 心因性非てんかん発作の診断

CO 14-1

心因性非てんかん発作とてんかん発作はどう鑑別するか

要約

- ①心因性非てんかん発作（PNES）を疑わせる臨床症候が存在するが、そのみで PNES と診断することはできない。
- ②発作時のビデオ脳波を記録し、経験のある医師が典型的な PNES の発作症候を確認し、発作直前、発作中、発作直後の脳波記録にてんかん異常波がないことを確認することで診断できる。
- ③ただし、単純部分発作、補足運動野起源ないしは眼窩前頭皮質・帯状回起源が想定されるような発作については、発作時ビデオ脳波同時記録が診断の決め手とならない場合もある。
- ④ある種類の発作が PNES であると確定診断がついたとしても、同一個人における他のすべての発作が PNES と速断することは避けるべきである。

解説

PNES（psychogenic non-epileptic seizures）とは突発的に生じるてんかん発作に似た精神身体症状で、身体的・生理学的発症機序をもたないものをいう。てんかんとして初診する患者においては5～20%に、手術の適応となるような難治てんかん患者では15～30%にみられる¹⁾。男女比は、対象とする集団によって異なり、精神遅滞（知的障害）もてんかんも伴わない場合には女性に多いが、精神遅滞ないしはてんかんを伴う場合には男女差は明確でない。精神遅滞が併発する頻度も17～37%と報告によってばらつきがある。てんかん発作あるいは精神遅滞を伴うPNESでは、しばしば直接的な誘因が存在することが多いので、生活状況をよく聴取し、PNESが発現する直前に生活史上の変化がなかったかどうかに着目する必要がある。これに対して、てんかんおよび精神遅滞のいずれも伴わない人に起こるPNESでは、家族関係などの生育歴が重要である場合が多く、精神科医・臨床心理士の助言を求めることが望まれる。

PNESを疑わせる典型的な発作症候には、(1)発作持続時間が長い、(2)発作症状が変動する、(3)左右で同期しない体の動き、(4)下腹部を激しく動かす、(5)頭や体を左右に揺らす、(6)発作中に閉眼している、(7)発作中に泣く、(8)発作中の出来事を覚えている、(9)発作後の錯乱がない、(10)睡眠時に生じた発作にみえるが、脳波所見では覚醒状態であったことが確認されることが指摘されている²⁾。

しかし、単独で確定診断できる症状はなく、参考所見と考えるべきである。

PNESの疑いがある場合には環境調整や精神療法を行いながら、臨床症状の推移を観察しつつ時間をかけて診断を確定する必要がある。

表 1 | PNES 診断の確度

診断の確度	情報源	脳波
疑診 (possible)	発作の目撃者あるいは本人の 陳述	ルーチン脳波あるいは断眠脳 波で、発作間欠期にてんかん 異常波がない
ほぼ確実 (probable)	医師が発作ビデオあるいは発 作を目撃して、PNES に典型 的な症状を確認	同上
臨床的に確実 (clinically established)	てんかん発作診断の経験のあ る医師が発作ビデオあるいは 発作を目撃して、PNES に典 型的な症状を確認したが、発 作時脳波はない	ルーチンあるいは携帯型脳波 計で、真のてんかん発作であ ればてんかん性異常波を伴う 発作症状でありながら、典型 的な発作時記録でてんかん異 常波がない
確定診断 (documented)	てんかん発作診断の経験のあ る医師が発作時のビデオ脳波 を確認	典型的な PNES 発作の直前、 発作中、発作直後のビデオ脳 波記録で、てんかん異常波が ない

[LaFrance WC Jr, Baker GA, Duncan R, et al. Minimum requirements for the diagnosis of psychogenic nonepileptic seizures : a staged approach : a report from the International League Against Epilepsy Nonepileptic Seizures Task Force. *Epilepsia*. 2013 ; 54(11) : 2005-2018. より]

頻度は低いものの、PNES の患者が発作時に尿失禁や咬舌があったと報告されることがある³⁾。失禁や咬舌は PNES を否定するものではない⁴⁾。

発作終了後 10～20 分以内にプロラクチン濃度の上昇を伴う場合は PNES ではない可能性が高い⁵⁾。

PNES 診断の確度には疑診から確診まで 4 段階があり、それぞれの基準を表 1 に示した⁵⁾。発作目撃あるいは発作ビデオで疑診 (possible)、ほぼ確実 (probable)、臨床的に確実 (clinically established) と診断するが、確定診断 (documented) のためには発作時のビデオ脳波同時記録のできる専門施設への受診が必要となる。

確定診断のための入院は発作時ビデオ脳波記録を目的とするが、実際に医療スタッフにより発作を観察できるメリットもある。

入院して抗てんかん薬を減量・中止する場合は、それまで抑止されていたてんかん発作が顕在化したり、一定期間以上投与されていたフェノバルビタールやベンゾジアゼピン系薬剤の離脱発作やてんかん発作重積状態誘発の危険性に留意する。

文献

- 1) 兼本浩祐, 藤原建樹, 池田昭夫, 他. 心因性非てんかん性発作(いわゆる偽発作)に関する診断・治療ガイドライン. てんかん研. 2009 ; 26(3) : 478-482.
- 2) Avbersek A, Sisodiya S. Does the primary literature provide support for clinical signs used to distinguish psychogenic non-epileptic seizures from epileptic seizures? *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2010 ; 81(7) : 719-725.
- 3) Oliva M, Pattison C, Carino J et al. The diagnostic value of oral lacerations and incontinence during convulsive "seizures". *Epilepsia*. 2008 ; 49(6) : 962-967.
- 4) Oto M, Conway P, McGonigal A, et al. Gender differences in psychogenic non-epileptic seizure. *Seizure*. 2005 ; 14(1) : 33-39.
- 5) LaFrance WC Jr, Baker GA, Duncan R, et al. Minimum requirements for the diagnosis of psychogenic nonepileptic seizures : a staged approach : a report from the International League Against Epilepsy Nonepileptic Seizures Task Force. *Epilepsia*. 2013 ; 54(11) : 2005-2018.

■ 検索式・参考にした二次資料

((psychogenic AND (nonepileptic OR non-epileptic)) OR PNES) AND (therapy [sh] OR psychotherapy [mh]) Filters:
Publication date from 2008/01/01 to 2015/12/31; English; Japanese
PubMed = 92
psychogenic seizures
Cochrane = 3

心因性非てんかん発作の治療はどうするか

要約

- ①心因性非てんかん発作（PNES）の診断が確定した例の治療には、（1）非難のニュアンスを出さずにより知らせとして診断を明確に告知する、（2）抗てんかん薬の必要がないことを説明する、（3）きっかけとなる誘発因子や症状を持続させる因子をリストにする、（4）精神医学的評価を受けてもらう、（5）個人精神療法や家族精神療法を実施する、（6）気分障害、不安障害、身体化障害が合併する場合には向精神薬の使用を考慮する。
- ②抗てんかん薬は減量・中止するのが原則だが、精神状態の一時的悪化やてんかん発作の顕在化といったリスクを伴う。
- ③精神遅滞（知的障害）が存在する場合には、患者・家族への診断の説明・告知とともに、社会的・心理的環境調整を行う。
- ④真の発作を合併している場合には、患者・家族にどのタイプの発作がPNESで、どのタイプがてんかん発作かに関する十分な説明を行う。

解説

- ①発作時のビデオ脳波同時記録でPNESの存在が確認された場合でも、すべての発作がPNESであるとは限らないことを考慮するならば、当初の説明は、「てんかんでなく気持ちのほうから来る発作も起きている可能性がある」といった程度に止めたほうが安全と思われる¹⁾。

てんかん発作の合併がなく、PNESが月2回以上あり、IQが70以上の例では、4か月間の認知行動療法（cognitive behavioral therapy：CBT）が中等度以上のエフェクトサイズで発作頻度を有意に低下させ、3か月以上の発作抑制率のオッズ比が3.125であったとのRCTが報告された²⁾。

投薬が長期間に及んでいる場合には、「自分ではてんかんであるから就労できない」、「子どもを産めない」など、てんかんであることが人生設計の大きな柱となっている人たちが存在しており、こうした人たちにおいてはアイデンティティの喪失による激しい心理的動揺が出現する可能性がある。てんかん診断の否定は、新たなアイデンティティの形成とセットで行われる必要がある。

発作時のビデオ脳波同時記録に成功した場合、これを患者・家族に供覧し、説明を行うことは教育的に効果のあることが多いが、その際にはPNESは偽物の発作であるといった価値判断を交えずに行う必要がある。PNESの多くは仮病や詐病ではなく、内因性の葛藤が表出した発作だからである。

精神科医に紹介する際は「すべての可能性を尽くすために精神科の先生にも治療のアドバイスを受けましょう」など、自分のところから当該の患者を追い出したと受け取られないような言い方を工夫すべきであり、少なくとも一定期間は併診で診察を行うことが望ましい。

- ②抗てんかん薬は減量・中止するのが原則である³⁾。特に中止に際しては、離脱症候群の出現や投薬によって抑制されていたてんかんの顕在化の可能性のあることを、あらかじめ患者・家族に説明しておく必要がある¹⁾。

抗てんかん薬の減量・中止の際に発作再燃への不安が大きい場合や、家庭で緊急受診など十分な対応をとることが困難な場合には短期間の入院治療の適応となる。

発作の頻発により患者・家族が不安をもち入院治療を希望する場合には、精神科医と連携して精神療法の一環として入院させることを説明し、長期入院にならない工夫が必要である。

- ③精神遅滞（知的障害）を伴う場合は、患者・家族への診断の説明・告知とともに、社会的・心理的環境調整を行う。内省を伴う本格的な精神療法は困難なことが多く、自分を保護してくれていた肉親の喪失や職場・作業所での人間関係の大きな変化など、PNESが出現した状況をよく聴取する¹⁾。

PNESを起こしても発作を起こすと多くの職員がかまってくれる、入院できるなどの疾病利得のない状況を確保する。PNESを起こさなくても患者が一定の注目と保護を受けることができるような環境調整を行う必要がある。

PNESにてんかん発作が併存する場合は、PNESが存在することの説明は転科や投薬の中止などの基本的な治療の枠組みの変更に結びつかないので、患者・家族に比較的受け入れられやすい。

- ④真の発作を合併している場合には、患者・家族にどのタイプの発作がPNESでどのタイプがてんかん発作かに関する十分な説明を行い、抗てんかん薬は可能な限り用量を減らして単剤化する。

文献

- 1) 兼本浩祐, 藤原建樹, 池田昭夫, 他. 心因性発作(いわゆる偽発作)に関する診断・治療ガイドライン. てんかん研. 2009; 26(3): 478-482.
- 2) Goldstein LH, Chalder T, Chigwedere C, et al. Cognitive-behavioral therapy for psychogenic nonepileptic seizures: a pilot RCT. *Neurology*. 2010; 74(24): 1986-1994.
- 3) Kerr MP, Mensah S, Besag F, et al. International consensus clinical practice statements for the treatment of neuropsychiatric conditions associated with epilepsy. *Epilepsia*. 2011; 52(11): 2133-2138.

検索式・参考にした二次資料

((psychogenic AND (nonepileptic OR non-epileptic)) OR PNES) AND (therapy [sh] OR psychotherapy [mh]) Filters:
Publication date from 2008/01/01 to 2015/12/31; English; Japanese
PubMed = 92
psychogenic seizures
Cochrane = 3