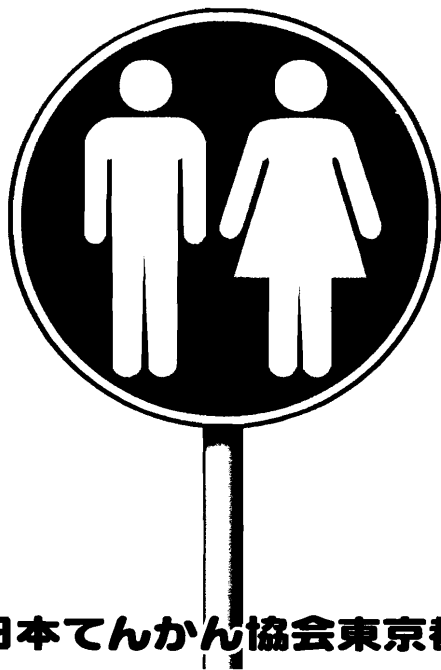




号外

2003年1月16日発行 1997年4月14日第三種郵便物認可 発行所 社団法人日本てんかん協会東京都支部

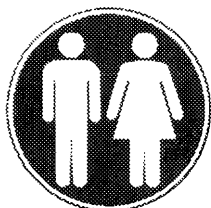
# おとなの てんかん



(社)日本てんかん協会東京都支部

第 **V** 章

てんかんと  
**性**



## ●はじめに

抗てんかん薬治療の進歩により、発作抑制の得られるてんかん患者が多くなりました。一方では、てんかんに対する社会的偏見が是正されつつあり、患者自身の病気に対する認識も大きく変化してきています。このような状況下、多くの患者が結婚し、子どもをもつことを望むようになりました。しかし、妊娠に際して、胎児に対する抗てんかん薬の影響、奇形発現、妊娠中の発作の悪化、てんかんの遺伝性などの不安を抱く患者も少なくありません。そこで、本章では、てんかんと性の問題について、てんかん患者の結婚・妊娠・出産・育児に関する問題を中心に解説します。

## 第1節 てんかん患者の結婚

### (1) てんかん発作が患者の結婚に与える影響

てんかん発作が患者の結婚に与える影響については、発病年齢が早いほど結婚率が低下するという報告が多くみられます。一方、結婚時に発作が抑制されていたものは少なく、多くの患者は発作が抑制されていない状態で結婚していたとの報告があります。私たちは、1996年に、弘前大学医学部附属病院神経精神科外来に5年以上通院を継続している成人てんかん患者を対象に、てんかん患者の結婚に関する調査をおこないました。その結果、結婚時点からさかのぼって過去3年間に発作が抑制されていたものの割合は、男性が30パーセント（63例中19例）、女性が21パーセント（71例中15例）でした。この結果は、てんかん発作が抑制されていない状態で結婚している例が多いことを示しており、てんかん患者にとって発作自体は結婚に対して著しい阻害要因とはならないと考えられました。結婚に対

する阻害要因としては、発作よりもむしろ知的障害、性格変化、精神病状態、神経学的障害などの合併障害が重要となる場合が多いようです。また、疾患の存在に対する不安や劣等感、てんかんの遺伝性への危惧といった患者の内面的抑制も結婚阻害要因となります。女性患者の結婚率が男性のそれより高いとする報告が多いのですが、これは男性患者の場合には定職をもつことが結婚の前提となることが一因と考えられます。

日常診療に携わっていると、結婚についての相談を受けることがしばしばありますが、その際には、「相手に病気のことを話したほうがよい」と助言しています。その際、単に病名を伝えるだけでなく、症状やこれまでの治療経過について、相手にも病院に一緒に来てもらい、主治医から説明してもらうほうがよいでしょう。そうすることにより、自分自身も病気に関して再認識することができ、互いの理解も深まるであろうと考えます。

## (2) てんかん患者における結婚生活の維持

(1) では、てんかん患者にとって発作自体は結婚に対する著しい阻害要因とはならないことを述べました。しかし、てんかん患者が結婚生活を営んでいくにあたっては、さまざまな問題に直面することが考えられ、結婚後に不幸にして離婚にいたってしまう場合も少なくありません。そこで、(2) では、てんかんをもつことが結婚生活の維持に与える影響について、特に離婚の問題を中心にまとめました。

(1) で述べたように、私たちは、弘前大学医学部附属病院神経精神科外来に5年以上通院を継続している成人てんかん患者を対象に、てんかん患者の結婚生活に関する調査をおこないました。その

結果、対象288人（男146人、女142人）のうち結婚経験のあるものは男性76人（52パーセント）、女性88人（62パーセント）の計164人であり、このうち1回以上の離婚経験がある人は、男性13人、女性17人、計30人でした。なお、そのうち男性3人、女性3人は、離婚後に再婚し、現在も結婚生活を営んでいます。また、30人の離婚経験者のうち、3人（男性1人、女性2人）は2回の離婚を経験しているため、離婚の回数は計33回ということになります。離婚時の発作頻度については、33回の離婚のうち離婚時に発作が抑制されていたものは10回（30パーセント）でした。

さらに、離婚経験者が結婚前に自分がてんかんであることを配偶者に知らせていたか否かについて検討しました。離婚経験者のうち2人は結婚後に発病していたため、それを除いた離婚経験者28人の31回の離婚について検討しましたが、このうち自分がてんかんであると配偶者に告知していた場合はわずか6回にすぎませんでした。貧血など、てんかん以外の病気として伝えていた場合が4回あり、残り21回のケースにおいては病気の告知はおこなわれていませんでした。一方、調査時点において結婚を維持していたものでは、結婚前に相手にてんかんであると告知していたものが、全体の過半数を占めていました。すなわち、離婚経験者では、結婚を維持しているものに比較し、結婚前に自分の病気を配偶者に告知していなかったものの割合が高いという結果でした。

(1) でも述べたように、結婚前に相手に病気のことをきちんと説明しておくことが、その後の結婚生活の破綻を防ぎ、より充実した結婚生活を維持していくために、最も大切なことであると考えます。

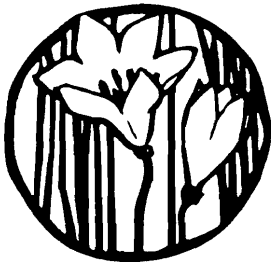
### (3) 離婚の原因について

(2) で述べた弘前大学医学部附属病院神経精神科外来に通院中の成人てんかん患者を対象とした調査では、てんかん患者の離婚にいたった原因についても調べました。しかし、結婚生活が破綻をきたす理由は人によりさまざまであり、離婚の原因をひとつに特定するのは一般に困難です。今回の調査でも、離婚の原因が自分の側にあったとする人（経済的な問題など）、配偶者側にあったとする人（配偶者の浮気や飲酒の問題など）、性格の不一致など漠然とした理由を離婚の原因としてあげる人などさまざまなケースがみられましたが、てんかんが離婚の直接の原因となったと回答したものが、7例(男性2例、女性5例)において認められました。このうち結婚前にてんかんであることを配偶者に知らせていたものはわずか1例のみでした。残り6例では、てんかんであることを隠して結婚した後に、発作を目撃されたり、服薬によって病気のことを知られ離婚にいたっていました。てんかんは長期にわたる通院と服薬が必要であり、配偶者に病気を隠したまま治療を継続することは困難です。また、てんかんであることを知られることへの不安を抱いたまま生活することは大きな精神的負担となります。一方、相手に病気の存在をきちんと告知し、配偶者あるいはその家族に十分理解されて結婚した場合には、結婚後の治療についても十分な協力が得られるものと考えます。結婚生活を維持していく上では、この病気に対する正しい認識をもつことが最も重要です。

### (4) 結婚と就労との関係

てんかんの女性の患者については、主婦の位置づけの問題があり、結婚と就労との関係についての検討には困難な面がありました。一

方、男性患者においては、先に述べた調査で、結婚状況と、就労状況、特に定職の有無との間に明瞭な関係が認められました。すなわち、定職を有する男性患者の過半数は調査時に結婚生活を営んでいたのに対して、調査時に無職であった男性20例においては結婚生活を維持していたものは2例（10パーセント）に過ぎず、16例（80パーセント）は未婚であり、残り2例（10パーセント）は離婚を経験していました。以上の結果は、男性患者の場合、定職をもつことが結婚の前提となる場合が多いことを示していると考えられます。これは男女における社会的、家庭的役割の差を反映すると解釈されますが、最近の男女の結婚観やライフスタイルの変化などの要因により、今後変化が生じる可能性もあると思われます。



## 第2節 妊娠中のてんかん発作

### (1) 妊娠中の発作頻度の変化

妊娠中のてんかんの発作頻度については、過去の調査では、40パーセント以上の症例で妊娠中に発作頻度は増加し、半数が変化なし、残りの数パーセントで発作頻度が減少すると考えられてきました。しかし、妊娠中には服薬が不規則となり、その結果発作頻度が増加する場合があるため、その影響を除いたデータが重要となります。最近の国際共同研究では、服薬が規則的であれば、全般発作をもつ患者の83パーセント、部分発作をもつ患者の76パーセントで、妊娠による発作頻度の変化はなかったとの結果が得られています。

### (2) 妊娠中の発作頻度変化の要因

妊娠中の発作頻度変化と、胎児の性、てんかん罹病期間、母親の年齢、てんかんの病因、産科的問題、てんかん重積発作の有無、妊娠中の体重の増加、生理に関連した発作の有無などとの関連性は確認されていません。一方、発作型については、妊娠中には部分発作のほうが全般発作よりも発作頻度が増加する症例が多いとの報告があり、妊娠前発作頻度も妊娠中の発作の増加と関連するとの報告があります。以上の結果は、発作の抑制が困難なことの多い複雑部分発作において、妊娠中に発作が増加しやすいことを示しています。また、妊娠中の睡眠不足や疲労などが発作誘発因子として関与している場合もみられます。

先に述べたように、妊娠中に発作頻度が増加する要因として重要なもののひとつに、妊娠中の不規則な服薬があります。抗てんかん薬の胎児への副作用、特に奇形発現に対する心配から服薬が不規則



になり、その結果妊娠中に発作が増加してしまう場合が多く認められます。不規則な服薬を避けるためには、妊娠前カウンセリングで患者の疑問、不安に十分に答えておくことが重要となります。

抗てんかん薬の血中濃度との関連では、従来は、妊娠中の抗てんかん薬の血中濃度低下が発作頻度増加の重要な要因であるといわれていました。しかし、血中濃度の低下と発作の出現が一致しない例も多いほか、発作抑制に直接関与するのは遊離型抗てんかん薬濃度であるため、妊娠中の抗てんかん薬の血中濃度低下がどの程度発作頻度に影響を及ぼすかは不明です。規則的に服薬している人では、妊娠中に血中濃度が低下しても、それがただちに発作に結びつくとは考えにくく、妊娠中に薬を増やすか否かは血中濃度の低下で判断するのではなく、発作が増加したか否かで判断すべきです。



### 第3節 抗てんかん薬の催奇性

#### (1) てんかん女性の児にみられる奇形の頻度と種類

抗てんかん薬服薬中の女性から出生した児に認められる奇形頻度は、一般人口の児に比較して有意に高率であることが知られています。これまでの国内、海外での報告をまとめますと、一般人口にみられる平均奇形頻度は4.8パーセント、抗てんかん薬を服薬していないてんかん妊婦の児の場合は5.7パーセントであるのに対して、妊娠第1期に服薬して出産した時の奇形頻度は11.1パーセントになります。また、父親がてんかんをもつ場合では平均8.4パーセント、母親がそうである時は平均11.8パーセントになり、母親がてんかんである場合のほうが高率です。この差は母親がてんかんの場合、抗てんかん薬が胎盤を通して児に移行するため、抗てんかん薬の胎芽への直接的な作用の結果と考えられます。

これまでの報告をまとめますと、てんかん女性の児にみられる奇形は、皮膚、骨格、内臓、中枢神経系などさまざまな部分に認められますが、このうち、口唇裂、口蓋裂、心奇形の頻度が高いようです。抗てんかん薬の種類と奇形の関係では、バルプロ酸と二分脊椎との関連が目されていますが、カルバマゼピンにおいても同様の関連が報告されています。小奇形についても各抗てんかん薬に特異的なものは少なく、抗てんかん薬の種類により特異的な奇形が生ずるという考えは疑わしいことになります。

#### (2) 抗てんかん薬単剤投与例における奇形児出生率

国際共同調査の結果、抗てんかん薬を1種類（単剤）のみ服薬していた妊婦の児における平均奇形発現率は7.9パーセントでした。

その内訳をみると、プリミドン単剤服薬例の児での奇形発現率が16.7パーセント、バルプロ酸で13.8パーセント、フェニトインで8.7パーセント、カルバマゼピンで5.0パーセント、フェノバルビタールで4.0パーセントという結果でした。フェノバルビタール、カルバマゼピン服薬による奇形発現率は非服薬出産の場合と同程度であることとなります。ゾニサミドについては、現時点では単剤使用での奇形発現の報告はありません。なお、トリメタジオンとメチルフェノバルビタール（メフォバルビタール）については、その催奇性が有意に高いことが確認されており、妊娠可能な女性に対しては絶対に投与すべきではありません。メチルフェノバルビタールについては、フェノバルビタールあるいはプリミドンにて代用することが可能です。

### (3) 抗てんかん薬の胎児への影響と催奇性

(2) では、抗てんかん薬を一種類（単剤）のみ服薬していた妊婦の児における平均奇形発現率が7.9パーセントであったことを述べましたが、薬剤の投与量と奇形発現との関連についてもいくつかの報告があります。バルプロ酸では投与量が多いほど、あるいは血中濃度が高いほど奇形発現が多くなることが知られています。奇形が高頻度に発現する単剤投与時の1日あたりの各薬物量は、プリミドン400mg、バルプロ酸1,000mg、フェニトイン200mg、カルバマゼピン400mg以上であることが判明しています。また、多くの抗てんかん薬は血中の薬酸濃度を低下させますが、母体の低薬酸濃度と奇形発現との関連も指摘されており、必要に応じて母体に薬酸を補充する必要があると考えられます。

また、抗てんかん薬を2剤以上併用している場合には、単剤治療

の場合に比べて、奇形発現率が著しく高まることが知られています。抗てんかん薬2剤併用の場合の奇形発現率は9.2パーセント、3剤併用では10.1パーセント、4剤では10.5パーセント、5剤では16.7パーセントと、併用薬剤数が増加するほど奇形発現も増加していたとする報告が認められています。なかでも、バルプロ酸+カルバマゼピンあるいはフェニトイン+プリミドン+フェノバルビタールのような特定の薬剤の組み合わせが奇形発現を増加させることが知られています。ゾニサミドに関しては、現時点ではゾニサミド単剤使用での奇形発現の報告はないものの、多剤併用下では常用量、治療濃度でも奇形を発現させる可能性があると考えられます。以上より、妊娠前に、抗てんかん薬はできるだけ単剤治療に切り替えるように努めることが重要であるということができます。

なお、奇形以外の抗てんかん薬の胎児に対する影響としては、胎盤を通じて薬剤が胎児に移行するために出生後に傾眠傾向が出現する可能性があることや、妊娠後期の薬剤投与により新生児出血が起こる傾向があることなどが指摘されています。

妊娠前にてんかん発作が長期にわたり抑制されている患者では、抗てんかん薬治療を終結することも考慮できますが、多くの患者では断薬により発作が悪化する可能性があり、断薬は現実的ではありません。このため、妊娠可能な女性に対する抗てんかん薬治療についての治療方針（ガイドライン）が必要となります。第4節では、妊娠可能なてんかん女性患者に対する治療方針について、妊娠前と妊娠中とに分けて述べます。

## 第4節 妊娠可能なてんかん女性に対する治療方針

妊娠可能なてんかん女性に対しては、以下に述べる治療方針に従って、上手に薬物を使用していく必要があります。

### (1) 妊娠前

まず大切なのは、妊娠前から十分なカウンセリングがおこなわれることです。抗てんかん薬の妊娠に対する影響、妊娠の発作への影響などについて十分に説明し不安を取り除いた上で、妊娠前後の治療計画を立てることから始めるべきです。なお、妊娠が判明してから医師に薬物の調整について相談する女性が少なくないのですが、妊娠に気づいた時点では、胎児の器官はほぼ形成されていることが多く、出産を希望する女性は計画的な妊娠を考えることが望まれます。

抗てんかん薬はできるだけ単剤治療に切り替えるように努めるべきです。単剤でも、トリメタジオンとメチルフェノバルビタールは、絶対に使用してはならず、他の薬剤に変更する必要があります。バルプロ酸については、その投与量あるいは血中濃度と奇形発現の間に有意な相関があることが知られており、高血中濃度を避けるために徐放剤を使用することが望ましいと考えられます。1日あたりの各薬物投与量は、プリミドンは400mg以下、バルプロ酸は1,000mg以下、フェニトインは200mg以下、カルバマゼピンは400mg以下がそれぞれ安全です。また、バルプロ酸+カルバマゼピンおよびフェニトイン+プリミドンの組み合わせは避けるべきです。葉酸濃度を測定し、低値であれば葉酸の補充も必要となります。妊娠前から低葉酸濃度を補正しておくことが望まれます。

## (2) 妊娠中

妊娠中に抗てんかん薬の血中濃度が低下しても、発作頻度の増加がない限りは、妊娠前と同量の薬剤を投与します。また、規則的な服薬が必要なことを説明する必要があります。服薬が規則的でかつ発作が悪化した場合にのみ抗てんかん薬を増量すべきです。

奇形の有無を知るために、妊娠16週で血清アルファフェトプロテインを測定し、妊娠18週で超音波診断をおこなうことが望まれます。これはバルプロ酸、カルバマゼピン服用患者では特に重要です。また、妊娠中のけいれん発作は、切迫流・早産につながることもあり注意が必要です。

以上述べてきたことに留意することにより、服薬妊娠でも従来よりいっそう安全な妊娠・出産が可能になるものと考えられます。



## 第5節 てんかん女性の出産

てんかん患者の出産率の低さを指摘した報告がいくつかみられています。海外のある報告では、女性てんかん患者の出産率は85パーセントと、期待値を下回る数値であったとしています。また、部分てんかんおよび10歳未満の早期発症例が、全般てんかんおよび10歳以後発症例と比べて、出産率が低いとする報告もあります。てんかん女性の出産率の低さには、月経異常や性欲低下との関連が指摘され、これには一部の抗てんかん薬の影響も推定されます。また、てんかんの遺伝性や妊娠中の奇形発現に対する危惧が関与している場合もあると推測されます。

次に、てんかん女性の分娩について触れます。てんかん妊婦における児の周産期死亡は一般の妊婦に比べて多いとする報告があります。一方、てんかん妊婦と対照妊婦との間に在胎週数に差はないとする報告が多くみられます。胎盤異常に関しては、胎盤早期剥離がてんかん妊婦では対照妊婦よりも多いとする報告と、そうではないとする報告があり、見解は分かれています。てんかん妊婦における分娩時合併症としての前期破水や臍帯異常に関する報告は、これまでほとんどみられておらず、てんかんをもっているにもかかわらず、通常の出産が可能であることを認識すべきです。なお、母体の抗てんかん薬治療に起因する新生児出血に対しては、ビタミンKの予防的投与が有効です。

## 第6節 てんかんの遺伝性

てんかん発症率は二十歳までの一般人口では約1パーセントで、母親がてんかんであれば、その子どもの8～9パーセントがてんかんになる可能性があり、父親がてんかんの場合には、子どもの2～3パーセントにてんかんが発症するとされています。母親がてんかんの場合には息子より娘に多く発症すると報告されています。子どもが15歳以前にてんかんを発症した時には、その同胞が二十歳までにてんかんを発病する危険性は3～5パーセントになり、25歳以降に発病した時にはその頻度は3パーセントほどに低下するといわれています。日本の一般人口の熱性けいれん有病率は約8パーセントで、同胞における熱性けいれんの頻度は20～25パーセントになります。てんかんと熱性けいれんの素因は異なるものと考えられますが、いずれはそれぞれの責任遺伝子が判明することが期待されています。





## 第7節 てんかんの内分泌学的側面

てんかんに伴う内分泌学的問題について、これまでの国内および海外での研究結果をまとめて報告します。

女性内分泌における重要なホルモンのうち、エストロゲンはてんかん発作に対して促進的に作用し、プロゲステロンは逆に抑制的に作用することが知られています。

月経周期が主要な発作誘発因子となるてんかん女性があり、これらの女性患者の発作は、月経前～月経中に集中する傾向があります。これを“月経てんかん”と呼びますが、発作の起こる内分泌学的機序として、エストロゲン／プロゲステロン比の上昇があるという報告が認められています。ちなみに、これは相対的なプロゲステロンの減少に由来しており、エストロゲンの相対的増加に由来するものではないとの報告もあります。月経てんかんの治療に関しては、プロゲステロン濃度が低い場合にはその補充が有効であり、プロゲステロン濃度が正常で排卵がある場合には経口避妊薬が、無排卵の場合にはクロミフェンが有効な場合があると報告されています。また、抗てんかん薬では、クロバザムが著しい有効性をもつとした報告もあります。

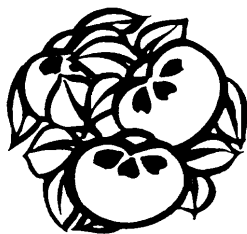
てんかん発作の及ぼす内分泌学的影響については、てんかん発作のうち、特に全般発作は、一過性にプロラクチン濃度を上昇させ、月経のサイクルに影響を与え受胎頻度が減少する可能性があることが指摘されています。

不妊と抗てんかん薬との関係では、バルプロ酸が一部のてんかん女性の不妊の原因となることが知られているほか、バルプロ酸は男性に対しては直接精子の形態と機能に影響を与えることも示されて

います。

経口避妊薬はてんかん発作を悪化させることはありません。しかし、フェニトイン、カルバマゼピン、フェノバルビタールなどの抗てんかん薬は、経口避妊薬の効果を減弱させることがあり、避妊の失敗につながる危険性があります。

抗てんかん薬の催奇形性とホルモンとの関係については、フェニトインは甲状腺刺激ホルモンを抑制し、カルバマゼピン、フェノバルビタール、プリミドンなどは末梢性に甲状腺ホルモンを低下させ、子宮内での児の発育遅延、特に頭部の発育遅延に影響することが知られています。



## 第8節 てんかん患者の児の管理

### (1) 母乳栄養について

授乳は単に児を免疫的に保護するだけでなく、精神的に安定した母児関係をつくり出すので重要です。しかし、抗てんかん薬は母体血中から種々の割合で母乳中にも排泄されます。授乳が臨床的に問題となるのは、半減期の長いベンゾジアゼピン系薬剤とフェノバルビタールなどのバルビツール剤、および母乳内への排泄率が高いゾニサミドです。これらの抗てんかん薬を服用している母親が授乳すると新生児は入眠してしまうことが多く、十分な栄養がとれず生後1週間の体重の増加が悪くなります。これは生後1週間以内の児は胎盤を通して母体から児へ移行した抗てんかん薬を十分に代謝排泄できず、母乳を介して投与された抗てんかん薬がさらに加わるためと考えられます。離脱症状も授乳群で長期化する可能性があり、離脱症状を適切かつ早急に治療するためにはベンゾジアゼピン系薬剤、バルビツール剤を服用中の母親は、生後1週間は授乳だけでなく人工栄養を併用したほうがよいことになります。ゾニサミドも母乳に高率に排泄されますので、授乳は避けたほうがよいと考えられます。

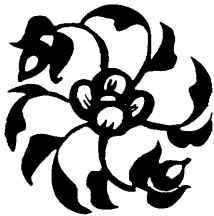
### (2) 児の発達と育児について

生下時の頭囲を含めた子宮内発育の遅れは生後数年以内に回復し、精神運動発達も長期的には著しい遅れは起こらないことが知られていますが、育児が不十分であれば言語系の発達遅滞が認められることが多いようです。従って、育児を十分に担うことの困難なケースには家族の協力が必要であり、発達の遅れが著しい場合には専

門家による治療の導入も必要となります。

児の精神運動発達は母親の育児能力に大きく依存しています。母親が複雑部分発作をもち、それが抑制されていない時、あるいは大量の薬を服用し眠気などが出現し、その結果十分に子どもの面倒をみることができない時、子どもの発達は遅れる可能性があります。また、母親の教育程度も影響します。このため母親が十分に育児できない状態の時には家族の助力を得たり、保育園、幼稚園などを利用することも有用です。

長期的観点から検討しますと、薬や、母親のてんかんは直接的には子どもの精神運動発達には影響しないことが知られています。



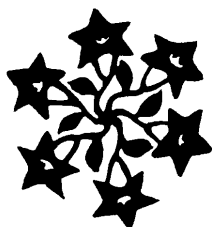
## 第9節 女性てんかん患者における抗てんかん薬治療中止

女性てんかん患者が結婚や妊娠を現実のものとして考える時、抗てんかん薬の催奇性に対して強い不安を抱くのは当然のことです。しかし、薬が胎児に影響を与えるとすれば、それは妊娠のごく初期であり、妊娠を具体的に考える時になって抗てんかん薬の中止を試みるというのではもはや時期的に遅いということになります。従って、若年の女性てんかん患者については、普段から服薬中止を含めた長期的な見通しをもって治療がおこなわれるべきです。発作が抑制されないなどの理由で薬物の中止が不可能な例では、第4節に示した「妊娠可能なてんかん女性に対する治療方針」に従って、上手に薬物を使用していく必要があります。

これまでの国内・海外のさまざまな研究結果から、抗てんかん薬中止の対象選択と手順について、以下のようにまとめてみました。

- ① 発作消失期間は長いほど再発率は低くなるが、最低3年間は発作のないことが条件。
- ② 神経学的異常や知的障害がないことが望ましい。
- ③ 発作抑制が比較的容易で、抑制されるまでの発作頻度が少なかったもの。単剤治療で抑制可能であったものが望ましい。
- ④ 若年ミオクロニーてんかんのよう、発作抑制が比較的容易でも抗てんかん薬中止による再発率の高いてんかん類型があることを念頭におく。強直間代発作あるいは二次性全般化発作の既往も再発率が高いという報告がある。
- ⑤ 脳波に関しては議論があるが、できれば正常化していることが望ましい。

- ⑥ 離脱発作を防ぐため、抗てんかん薬の減量はできるだけ少量ずつ長期間かけておこなう。
- ⑦ 抗てんかん薬減量中も脳波検査をこころがけ、脳波所見が明らかに悪化するようであれば減量の中止を考慮する。
- ⑧ 以上のように慎重に抗てんかん薬を減量・中止しても、発作再発にいたる場合がある。抗てんかん薬中止の意志決定に先立ち、以上の事実や再発による社会的損失について、医師・患者間で十分な話し合いがもたれるべきである。
- ⑨ てんかん発作の再発は、薬物治療中止後2年間に集中しており、もしこの間に再発が起こらなければ、抗てんかん薬中止に成功する可能性が高い。



## 第10節 まとめ

「てんかんと性」のタイトルの本章は以下のようにまとめられます。

てんかん発作が患者の結婚に与える影響については、結婚時に発作が抑制されているものは比較的少ないことから、発作自体は結婚に対して著しい阻害要因とはならないと考えられます。一方、てんかんであることを相手に知らせずに結婚し、結婚後に発作を目撃されるなどの理由で離婚にいたってしまう場合があります。結婚前に自分の病気のことをきちんと説明し配偶者の理解を得ることが、その後の結婚生活の破綻を防ぎ、充実した結婚生活を維持していくために大切であると考えます。

てんかん女性の妊娠の問題に関しては、抗てんかん薬服用中の女性から出生した児に認められる奇形頻度は一般人口の児に比較して有意に高率です。薬物の投与量が多いほど、血中濃度が高いほど、あるいは単剤治療の場合に比べて併用薬剤数が多いほど奇形発現率は高くなります。妊娠可能なてんかん女性に対しては、普段から服薬中止を含めた長期的見通しをもって治療がおこなわれるべきです。発作が抑制されないなどの理由で治療中止が困難な場合には、第4節に示した「妊娠可能なてんかん女性に対する治療方針」に従って、上手に薬物を使用していく必要があります。

てんかん患者の出産率の低さが指摘されていますが、これにはてんかんの遺伝性や妊娠中の奇形発現に対する危惧が関与している可能性があります。てんかんをもっているにもかかわらず多くの場合は、通常の出産が可能であることを認識すべきです。てんかん患者の児の管理については、特に母乳栄養について注意が必要です。抗てんかん薬は母体血中から種々の割合で母乳中に排泄されるため、服用している

薬剤の種類によっては、一定期間は授乳だけでなく人工栄養の併用が望まれます。長期的観点から検討しますと、抗てんかん薬、母親のてんかんは、直接的には児の精神運動発達には影響しないことが知られています。

一般には、てんかん発作は、疫学的にもその症状においても男女差はみられないのですが、月経周期が主要な発作誘発因子となる女性に特有なてんかん発作があります。これは“月経てんかん”と呼ばれますが、発作が生じる内分泌的機序が明らかになりつつあり、その病態に応じた治療法が報告されています。てんかんの遺伝に関しては、家族性てんかんの原因遺伝子についての報告がここ数年間続いており、今後さまざまなたんかん類型の原因遺伝子が明らかになると考えられます。「てんかんと性」については、社会医学的、内分泌学的、分子生物学的分野を含む多方面から研究が続けられており、今後ますますの研究の蓄積と発展が期待されます。

