

第15回日本てんかん学会東北地方会

プログラム&抄録集

会 期：2022年7月9日（土） 午後1時30分

会 場：江陽グランドホテル 3階 孔雀の間

（仙台市青葉区本町2丁目3-1）

第15回日本てんかん学会東北地方会 会長

園田 順彦

（山形大学医学部脳神経外科教授）

第15回日本てんかん学会東北地方会

プログラム&抄録集

会 期：2022年7月9日（土） 午後1時30分

会 場：江陽グランドホテル 3階 孔雀の間

仙台市青葉区本町2丁目3-1

022-267-5111

参加費：1,000円

連絡先

第15回日本てんかん学会東北地方会事務局

山形大学医学部脳神経外科

〒990-9585 山形県山形市飯田西2-2-2

TEL 023-628-5349

FAX 023-628-5351

E-mail nouge@mws.id.yamagata-uac.jp

発表に関する注意事項

1、受付

PC 受付は時間に余裕を持って会場前でお済ませください。

次演者はステージに向かって左前方の次演者席でお待ちください。

2、発表時間

一般演者の講演時間は 8 分、討論時間は 4 分です。時間的にややタイトですが、発表時間を遵守しつつ、活発な御討論をお願い致します。

3、発表形式

発表者 PC プレゼンテーションで、原則としてノート PC の持ち込みによるプレゼンテーションとします。各自発表用の PC をお持ちください。

プロジェクターとの接続には右図の D-Sub15 ピン VGA コネクターを用意いたします。

Macintosh でご発表の方は変換ケーブルをご用意ください。

講演中の PC の操作は演者をお願い致します。



第 15 回日本てんかん学会東北地方会

プログラム

開会の挨拶 (13 : 30)

園田 順彦

第 15 回日本てんかん学会東北地方会会長

一般演題 I (13 : 35-14 : 11)

座長 : 神 一敬

(東北大学大学院医学系研究科 てんかん学分野)

- 1) 向反発作症例の頭皮上脳波における時間広域周波数帯域解析
大川 聡、深谷浩史、金澤瀬莉香
市立秋田総合病院脳神経内科

- 2) EEG ヘッドセットの後に 10-20 システムでも脳波を記録した 4 例
三浦祐太郎 1)、加藤量広 2) 船山由希乃 3) 大友 智 4)
 - 1) みやぎ県南中核病院検査診療部検査部
 - 2) みやぎ県南中核病院脳神経内科
 - 3) 東北大学大学院神経内科学分野
 - 4) みやぎ県南中核病院脳神経外科

- 3) 低血糖発作と治療経過をビデオ脳波モニタリングで捉えたインスリノーマの 2 例
此松和俊 1, 2)、柿坂庸介 1)、浮城一司 1)、酒田あゆみ 3)、曾我天馬 1, 2)
神 一敬 1)、中里信和 1)
 - 1) 東北大学大学院医学系研究科てんかん学分野
 - 2) 東北大学大学院医学系研究科神経内科学分野
 - 3) 九州大学病院検査部

一般演題Ⅱ (14 : 12-15 : 00)

座長 : 加藤 量広
(みやぎ県南中核病院 脳神経内科)

- 4) 高用量 Prednisolone (PSL) 内服による治療を行った West 症候群の 2 例
沖村聖人、根岡紗希、渋谷守栄、堅田有宇、及川善嗣、植松有里佳、植松 貢
東北大学大学院医学系研究科小児病態学分野

- 5) 長時間持続する焦点性突発波が全般発作に至らなかった左側頭葉内側の限局性脳炎の
1 例
伊関千書 1)、川原光瑠 1)、猪狩龍佑 1)、佐藤裕康 1)、宇留野勝久 3)
飯塚高浩 2)、太田康之 1)
1) 山形大学医学部 第三内科 神経学分野
2) 北里大学医学部 脳神経内科学
3) 国立病院機構山形病院 てんかんセンター

- 6) 治療経過によって島回焦点が明らかとなった脳炎後多焦点てんかんの一例
大沢伸一郎 1)、浮城一司 2)、本多赴善 1)、堅田有宇 3)、植松 貢 3)、中里信和 2)
富永悌二 1)
1) 東北大学医学系研究科神経外科学分野
2) 東北大学医学系研究科てんかん学分野
3) 東北大学医学系研究科小児病態学分野

- 7) 当科における神経膠腫症例に対するペランパネルの使用経験
本間 博、松田憲一郎、水戸部祐太、園田順彦
山形大学医学部脳神経外科

休憩 (15 : 00-15 : 15)

特別講演 (15 : 15-16 : 15)

座長：園田 順彦
(山形大学医学部 脳神経外科)

「てんかんの外科治療に関する最近の話題」

宇田 武弘
大阪公立大学大学院医学研究科脳神経外科

閉会挨拶 (16 : 15)

園田 順彦
第 15 回日本てんかん学会東北地方会会長

1) 向反発作症例の頭皮上脳波における時間広域周波数帯域解析

大川 聡、深谷浩史、金澤瀬莉香
市立秋田総合病院脳神経内科

【背景・目的】異常高周波振動 HF0 はてんかん原性を反映しうる異常活動である。頭皮上脳波記録では 40-80Hz の γ 帯域にも意味があると考えられ、ripple 帯域と合わせ速波振動 (fast oscillation: FO) と称される。今回我々は記録中に向反発作を呈した症例脳波にて時間広域周波数帯域解析を行い、そのてんかん原性領域を検討した。

【症例】症例は 10 歳代女性。初発は 9 年前、10 秒前後の意識減損発作が頻出した。MRI では異常を指摘されていない。7 年前から再発なく 1 年前に他科で投薬中止されたが再発、当科受診し脳波を施行。光刺激 15Hz にて PPR4 型が出現時、瞬きを繰り返し眼球が左に偏位し、PPR 消失数秒後に左向反発作を呈した。PPR 消失後の発作時脳波起始 (律動波開始) 部位は頭頂部と考えられた。

【方法】頭蓋内脳波では発作時のみならず発作間欠期でも局在性徐波と共起した HF0 (red slow) はてんかん原性領域を示唆する可能性が示されている。今回我々は発作出現前の脳波で 5Hz 以下の局在性徐波を視覚的に抽出、バンドパスフィルターを FO 帯域に設定し徐波と FO の共起を検討した。解析には短時間フーリエ変換を用いた。

【結果】局在性徐波は主に 2 領域にて認められた。右前四半分領域では主として睡眠期に出現したが、多くは FO の随伴を確認出来なかった。複数個で明らかな spike を伴い重層する γ 帯域の FO が確認されたが、それに同期する ripple 帯域の FO を右後四半分領域に認めた。右後側頭部での徐波は主に覚醒時に確認され、複数の不定形小速波 (sharp transients) を伴う傾向を示し、多くで速波に重層する γ 帯域の FO が確認された。以上で同定された多くの FO は徐波の起始直前に存在し棘徐波複合の様相を呈したが、後側頭部の数か所では徐波に重層し共起する FO を確認でき、red slow である可能性が示唆された。

【結論】発作時脳波起始部位と発作間欠期脳波の時間広域周波数帯域解析により、本症例の向反発作のてんかん原性領域は後方領域、中でも右後四半分領域に存在する可能性が示唆された。

2) EEG ヘッドセットの後に 10-20 システムでも 脳波を記録した 4 例

三浦祐太郎 1)、加藤量広 2)、船山由希乃 3)、大友 智 4)

1) みやぎ県南中核病院検査診療部検査部、2) みやぎ県南中核病院脳神経内科
3) 東北大学大学院神経内科学分野、4) みやぎ県南中核病院脳神経外科

【背景】ヘッドセット (AE-120A, 日本光電, 2017 年発売) と使い捨てジェル電極を用いると脳波記録を簡便に得られ, 脳波技師の勤務時間外でも脳波を記録できる (このシステムを以下 “Hs” と記す). しかし, すぐに装着・記録できる電極は左右の前頭部 (F3/4)・中心部 (C3/4)・中側頭部 (T3/4) の 6 個である. 半球性やびまん性の脳機能異常の検出は可能と思われるが, 領域性の異常が十分得られるのか未だ十分な報告がない.

【方法】対象は当院で 2022 年 1 月から同年 6 月の期間, Hs の後に 10-20 システム (以下 “10-20”) でも脳波を記録した患者とした. データベースから 4 名が抽出され, 臨床情報と脳波所見を比較検討した.

【結果】患者 1) 78 歳男性. 意識減損で救急搬送, 左前大脳動脈領域に急性期梗塞巣. Hs 脳波では発作時記録やてんかん性異常なし. 翌日に記録した 10-20 脳波では, 左前頭極に 2 Hz の周期性放電が持続し, ロラゼパム静注で消失した. 患者 2) 73 歳男性. 意識障害で搬送, 右中大脳動脈領域の脳梗塞・急性期. Hs 脳波では全般性間欠性徐波, 翌日 10-20 脳波では左半球性の持続性徐波, 両記録にてんかん性放電や発作時記録はなし. 患者 3) 88 歳男性, 「左半身に続くけいれん」として搬送, 右前頭葉皮質下出血・急性期と判明した. Hs 脳波で右側に明らかな周期性放電あり. 早期発作・てんかん重積状態と診断し治療した. 7 日後の 10-20 脳波では FIRDA あり, 発作時記録はなし. 患者 4) 100 歳女性, 1 週間前から意識混濁, 徐々に増悪し搬送された. MRI 病変なし. Hs 脳波で 2 Hz 前後の周期性放電とそれに同期する顔面のわずかな動きがあり, ロラゼパム静注で消失, 早期発作・てんかん重積状態と診断し治療した. 3 日後の 10-20 脳波では FIRDA あり, 発作時記録はなし.

【結語】Hs では前頭極などカバーできない領域がありスクリーニングとしては不十分である. 急性期医療の現場でヘッドセットは有用だが, 実際の使用時はそのカバー領域の限界を理解し, 必要時は 10-20 で再検すべきである.

3) 低血糖発作と治療経過をビデオ脳波モニタリングで捉えたインスリノーマの2例

此松和俊 1, 2)、柿坂庸介 1)、浮城一司 1)、酒田あゆみ 3)、曾我天馬 1, 2)
神 一敬 1)、中里信和 1)

1) 東北大学大学院医学系研究科てんかん学分野

2) 東北大学大学院医学系研究科神経内科学分野

3) 九州大学病院検査部

【背景】低血糖症状はてんかん発作との鑑別を要する。これまで、インスリノーマによる低血糖時におけるグルコース投与後の症状および脳波変化を経時的に検討した報告はない。

【症例 1】40 歳男性、1 年前より 1-2 時間、呼びかけに反応せずせわしくものを触る、苦しうに呻くなどの症状が月単位で出現した。前医でてんかんと診断され抗てんかん薬で加療されたが発作頻度は不変であった。長時間ビデオ脳波モニタリングが施行され、発作間欠時には全般性間欠性律動性徐波、両側前頭極に棘波を認めた。上記イベント出現の数時間前より徐々に背景活動に徐波が混入し、症状出現時には δ 帯域の全般性律動波を認めた。その際の血糖は 29mg/dl であった。グルコース投与 90 秒後に受け答えが可能となり、 α 帯域の基礎律動の出現、徐波の周波数の増加と振幅の低下を認め、180 秒後に徐波は消失した。最終的にインスリノーマと診断された。

【症例 2】53 歳女性、5 年前より、突然ボーッとして、何か物をソワソワと探すような仕草をしたり、せわしく周囲のものを触ったりする症状が出現した。2 年前に前医を受診し、短時間脳波検査で右側頭部に律動性徐波を認め、側頭葉てんかんと診断された。カルバマゼピン 1000 mg まで投与されたが発作頻度は不変であった。長時間ビデオ脳波モニタリングが施行され、症状出現時には δ 帯域の全般性律動波を認めた。その際の血糖は 30mg/dl であった。グルコース投与 90 秒で臨床症状と脳波所見の改善を認め、最終的にインスリノーマと診断された。

【考察】インスリノーマによる低血糖発作と治療による改善の経過をビデオ脳波モニタリングで評価しえた報告はこれまでない。インスリノーマにおける低血糖が脳に及ぼす臨床的、脳波的变化および治療による回復過程を同時かつ経時的に示した症例である。

4) 高用量 Prednisolone (PSL) 内服による治療を行った West 症候群の 2 例

沖村聖人、宇根岡紗希、渋谷守栄、堅田有宇、及川善嗣、植松有里佳、植松 貢
東北大学大学院医学系研究科小児病態学分野

【背景】令和 4 年 7 月現在、持続性合成 ACTH 製剤コートロシン®[㊦]の製造遅延に伴い代替療法が推奨されている。今回我々は初発の West 症候群の 2 症例に対し、高用量 PSL 療法での治療を行ったのでその実施方法と経過について報告する。

【方法】入院日にビデオ脳波検査を実施、翌日から PSL40mg を 14 日間内服、その後 5 日毎に 10mg ずつ減量する。週 1 回の体重測定と血液検査、2 週後、4 週後の脳波検査、治療前後の頭部画像検査を実施し、副作用の有無や治療効果を評価する。

【症例 1】8 か月男児。併存症：早産低出生体重児、両側先天性難聴の疑い、左握り母指症。家族歴：特記なし。現病歴：生後 5 か月で点頭発作を認め前医受診した。脳波検査と頭部 MRI 検査で異常を認めず、発作が自然軽快したため経過観察となった。生後 7 か月で発作が再発し退行もみられ、脳波検査で全般性棘徐波を認め当科紹介となった。シリーズ形成性 spasm、退行、脳波検査での hypsarrhythmia を認め West 症候群と診断した。Zonisamide (ZNS) 内服に加えて PSL 内服 1 週間で発作が消失し再発なく経過している。退行の改善を認め、内服 2 週間後の脳波検査で hypsarrhythmia は消失していた。治療中に不機嫌、便秘を認めた。

【症例 2】10 か月男児。既往歴：特記なし。家族歴：母と叔母がてんかん。現病歴：生後 8 か月に点頭発作が初発し、経過観察中に発作頻度が増加し退行を認めたため当科紹介となった。シリーズ形成性 spasm、退行、脳波検査で hypsarrhythmia を認め West 症候群と診断した。入院後、単発の spasm や睡眠中の発作など非典型的な発作がみられたが、ZNS 内服に加えて PSL 内服 2 週間で発作が消失した。内服 2 週間後の脳波検査で右側頭葉に棘波を認めたが、hypsarrhythmia は消失していた。治療中に不機嫌、便秘を認めた。

【結語】PSL 内服療法は本邦での報告は少ないが、欧米では標準的治療である。今回、2 症例ともに発作抑制を得られており、副作用は ACTH 療法に伴うものとほぼ同等だった。ACTH 療法の代替療法の一つとして今後の比較検討が待たれる。

5) 長時間持続する焦点性突発波が全般発作に至らなかった左側頭葉内側の限局性脳炎の1例

伊関千書 1)、川原光瑠 1)、猪狩龍佑 1)、佐藤裕康 1)、宇留野勝久 3)、飯塚高浩 2)
太田康之 1)

- 1) 山形大学医学部第三内科神経学分野
- 2) 北里大学医学部脳神経内科学
- 3) 国立病院機構山形病院てんかんセンター

【はじめに】左側頭葉内側の限局性脳炎を発症し、脳波上、左中心・頭頂で振幅が最大の徐波が持続していたが、高次脳機能障害は呈さずに、反復性嘔気と呼吸困難感の自覚、頻呼吸が継続することが中心の症状であった症例を経験した。

【症例】症例は71歳男性、右利き。これまでけいれん歴なし。40歳台から高血圧、68歳頃から糖尿病を指摘されていた。X日頃から、表情がうつろになり、家族が呼びかけに返答がないことが数十秒続くが本人はその記憶はなかったエピソードが数回あった。X+10日頃より、意識はあるが、上半身に不快感を覚え、嘔気が反復してこみ上げ、呼吸困難感と共に頻呼吸となり、口部自動運動が出現、悪寒を伴うこともある30秒程度の発作が1日に数回-数十回出現するようになった。X+20日、近医頭部MRIで左側頭葉内側に信号異常が指摘され、当科へ紹介され入院した。来院時は意識清明、Mini-mental state examination 28/30、幻覚や精神症状はなく、その他神経学的所見は正常であった。血液生化学検査では炎症所見を認めず、HbA1c 7.1%以外は特記なし。各種自己抗体は陰性、傍腫瘍性神経症候群関連抗体12種類は陰性。髄液検査は髄液細胞数・蛋白・糖は正常、単純ヘルペスウイルス・帯状疱疹ウイルスのPCRは陰性。頭部MRIでは左側頭葉内側でT2, FLAIR高信号域が認められ、DWI軽度高信号、ADC低下なし、造影で小斑状の造影部位あり、ASL (arterial spin labeling) で左側頭葉内側の集積亢進が認められた。約30分の覚醒時脳波記録で左中心・頭頂で振幅が最大の4-5Hzの単発の徐波が、約1Hz間隔で継続していたが、反復するこみ上げ感のみで意識は保たれ、痙攣は出現せず。レベチラセタム1,000mg/日、mPSL (IVMP) 1,000mg/日パルス投与1日目、発作は消失し、IVMPパルス3日間を2クール施行し、頭部MRIでの病巣も数か月で消失した。検索により早期胃癌(高分化型管状腺癌)が認められ、X+3月、消化器科で内視鏡的粘膜下層剥離術で切除された。Dalmau Lab (Barcelona) で評価した結果、NMDAR、LGI1、CASPR2、AMPA、GABA_BRを含む抗神経細胞表面抗体は血清、髄液ともに陰性と判明し、左側頭葉内側に限局する抗神経抗体陰性の限局性脳炎と診断した。

【考察】本症例では、左側頭葉内側の焦点性突発波が反復・長時間持続しており、頭皮脳波で徐波として広く記録されたと考えられた。ほとんどの時間に全般化に至らず、意識の減損は伴わなかった点が特徴であった。また、本症例では高次脳機能障害や異常波の全般化を認めない点が、炎症の病態としては軽度であると考えられ、抗神経抗体等も陰性であるため、病巣の原因として腫瘍は否定できず、注意が必要である。

6) 治療経過によって島回焦点が明らかとなった脳炎 後多焦点てんかんの一例

大沢伸一郎 1)、浮城一司 2)、本多赳善 1)、堅田有宇 3)、植松 貢 3)、中里信和 2)
富永悌二 1)

1) 東北大学医学系研究科神経外科学分野

2) 東北大学医学系研究科てんかん学分野

3) 東北大学医学系研究科小児病態学分野

背景：

脳炎後てんかんは薬剤抵抗性に経過することが多く、包括的てんかん精査により外科適応が考慮される。しかし広汎な炎症を背景とする多焦点、両側性のてんかん焦点を示す症例が多く、外科適応に至る症例割合および発作消失率は、他のてんかん症候群に比して低い。

今回我々は脳炎後てんかんで、島回を含む広範な焦点が疑われたものの、複数回のてんかん精査と外科治療経過に沿っててんかん原性領域の絞り込みが可能となった一例を経験した。てんかん外科適応について示唆に富む症例と考え、文献考察を含めて報告する。

症例：

10歳男児。6歳時に自己免疫性辺縁系脳炎に罹患後てんかん発症し、日単位の発作が薬剤抵抗性に経過した。発作徴候は咽喉部違和感が先行してその後意識減損を伴う右共同偏視が出現、発作後もうろう状態に右上下肢の知覚異常を伴う発作であった。脳炎に対する複数回のmPSLパルス療法、IVIg療法が行われたが、てんかん発作には数週の奏功期間の後再発した。長時間ビデオ脳波モニタリングでは発作時に左側頭葉部の脳波異常を認め、MRIの信号変化とFDG-PETの糖代謝低下所見は左島回、側頭葉を主として半球性に認めた。8歳時に頭蓋内電極留置による精査を行った。発作起始は左側頭葉内側で、外側皮質、帯状回、眼窩前頭皮質は明かな異常なく、島回は発作間欠時の異常を認めるのみであった。左側頭葉前方切除術を行ったが、発作は一旦消失後2週間で再発、意識減損なく咽喉部違和感と右半身知覚異常を自覚する発作に変化した。6ヶ月後に再度のてんかん精査を行い、頭皮脳波所見は局在不明瞭だがIctal SPECTで島回に高灌流を認めた。再度の開頭術を行い、術中脳波で島回皮質の周期性放電を認め、島回弁蓋部皮質切除を行い発作は消失した。

結語：

複雑な焦点構造を持つ脳炎後てんかんに対し、段階的な焦点診断と外科治療を施行した。各検査の特徴を考慮し、てんかん焦点仮説を持って治療選択にあたる必要がある。

7) 当科における神経膠腫症例に対するペランパネルの使用経験

本間 博、松田憲一朗、水戸部祐太、園田順彦
山形大学医学部脳神経外科

症候性てんかん発作は一般的に低悪性度神経膠腫の初発症状として頻度が高いことが知られている。膠芽腫では症候性てんかんの合併頻度は 29-49%とされており、LGG ほど高くはないが、発作の出現は患者の QOL のみならず後療法の遂行にも影響し、臨床上大きな問題となる。

当科では症候性てんかんを合併した神経膠腫症例に対して、レベチラセタムを第一選択として使用してきた。レベチラセタムは安定した効果と従来の抗てんかん薬に比較して重篤な副作用が少ないことから、有効な治療薬と考えられる。一方で用量増加による精神症状などの副作用も問題となっている。近年、新規抗てんかん薬としてペランパネルも使用されるようになっており、一部抗腫瘍効果の報告もあることから、神経膠腫に対する使用頻度も増加している。

今回の研究では、当科における神経膠腫症例に対するペランパネルによる加療の現状を把握すべく使用状況と経過、問題点について評価を行った。2017年1月から2022年3月までの期間にペランパネルを使用した神経膠腫症例は45例で、膠芽腫が33例、退形成性星細胞腫が5例、乏突起膠腫が2例、その他5例であった。発作型としてはSPSが18例、CPSが8例、GTCが9例、予防的投与が10例であった。ペランパネルの使用は既使用薬への追加が29例、変更が5例、新規使用が11例であった。追加、変更の理由は既使用薬の副作用が2例、その他は効果不十分のためであり、ペランパネル使用後のコントロールは比較的良好であった。ペランパネルによる副作用は11例で認められ、易怒性、抑うつなどの性格変化が5例、眠気が3例、ふらつきが2例などであった。

神経膠腫症例に対してペランパネルは、既使用薬で発作コントロールが困難な場合でも追加や変更により良好なコントロールを得られることが示唆された。副作用としては易怒性などの性格変化が比較的に認められ、とくに膠芽腫では後療法の遂行にも影響するため、注意が必要と考えられた。

てんかんの外科治療に関する最近の話題

大阪公立大学大学院医学研究科脳神経外科
大阪市立総合医療センター小児脳神経外科
宇田 武弘

てんかんの治療は薬物治療が基本であるが、薬剤抵抗性てんかんに対しては、外科治療を含めた治療方針を検討する必要がある。本講演では、最近の外科治療の話題について紹介するとともに、我々の取り組みを報告する。

まず、てんかん外科手術の内、海馬扁桃体摘出術、脳梁離断術、半球離断術といった定型的手術は、術後の発作予後が同じであれば、より安全で低侵襲な手術を提供することを心がける必要がある。最近の内視鏡、外視鏡手術の進歩によって、より小さな皮膚切開と開頭範囲でこれらの定型的手術を行う事が可能となっており、今後ますます、この傾向は一般的になってくると思われる。一方で、広範囲のてんかんネットワークがてんかん発作に関与している場合には、依然として脳梁や脳葉の離断を概念とした広範囲の手術を考慮する必要がある。

非侵襲的検査において焦点の局在同定が困難な場合、頭蓋内電極を用いた精査が行われる。従来は硬膜下電極を用いて焦点診断が行われてきたが、近年は、諸外国において、定位的頭蓋内脳波 (Stereoelectroencephalography: SEEG) を用いることが一般的になっており、本邦でも 2020 年度から保険収載がなされた。SEEG は、これまでのてんかん外科治療の標準的な段階的治療を、「手術適応」と「手術戦略」において変容させうる診断的手術であり、本邦でも使用割合が上昇してくると考えられる。変容の主な要因としては、(1) 開頭を要さない SEEG は、周術期合併症なく経過した場合、硬膜下電極よりも低侵襲な診断的治療であり、電極抜去は局所麻酔下でも行えること、(2) てんかん発作の広がりやネットワークの概念で捉え、領域およびネットワーク単位での切除が計画されること、が挙げられる。本邦では未導入であるが、視床前核などへの深部脳刺激、反応性発作起始領域刺激、レーザーなどを用いた局所凝固術などの新規外科治療も SEEG の結果を参考にして、定位的な穿刺手法を用いて行われる新規のてんかん外科治療である。頭蓋内電極は、「敷く」から「挿す」時代に本格的に変化していくだろう。

このように、てんかんの外科治療は、新規治療と従来治療の組み合わせで、さらなる治療成績の向上と低侵襲化が期待される魅力的な分野である。

【略 歴】

宇田 武弘（うだ たけひろ）

平成 14 年大阪市立大学医学部卒業。大阪市立大学脳神経外科入局。
大阪市立大学医学部附属病院とその関連病院で脳神経外科全般の研修。
平成 20 年、大阪市立大学大学院医学研究科脳神経外科学講座の大学院に入学
平成 24 年、同大学院を卒業。医学博士を取得。
平成 24 年、東京都立神経病院脳神経外科にて、てんかん外科治療を専門的に研修。
平成 26 年、大阪市立大学大学院医学研究科脳神経外科・講師
大阪市立総合医療センター小児脳神経外科・応援医
主に、てんかんの外科治療と神経膠腫(グリオーマ)の外科治療を担当
平成 30 年、トロント小児病院で、てんかん外科、脳波解析についての研究、研修
令和 4 年 4 月 大阪公立大学大学院医学研究科 脳神経外科・講師（大学名称の変更）
現在に至る。

所属学会：

日本脳神経外科学会、日本脳神経外科コンgres、日本てんかん学会、日本てんかん外科学会、日本臨床神経生理学会、日本脳腫瘍の外科学会、日本小児神経外科学会、日本神経内視鏡学会

専門医・認定医：日本脳神経外科学会(専門医、指導医)、日本てんかん学会(専門医、指導医)、日本臨床神経生理学会(専門医、指導医)、迷走神経刺激療法(VNS)実施資格医、日本小児神経外科学会認定医

役員、世話人、評議員：

日本脳神経外科学会近畿地方会評議員
日本てんかん学会評議員
日本てんかん外科学会評議員
日本てんかん学会近畿地方会運営委員
大阪てんかん研究会 幹事
Kansai epilepsy surgery conference 世話人

2022 年度 基盤研究(C) (一般)

てんかん性スパズムに対する手術効果の術前自動判別手法の開発