

獣医神経病学会一般演題応募規定 ver. 1.0

獣医神経病学会で一般演題を発表する者は、本募集要項を熟読し、その規定に沿った抄録の作成および発表を行うことを厳守する必要がある。従って、一般演題の申込時（抄録提出時）に規定外のものゝ演題が採用されない可能性がある。このため、応募を考慮した時点でこの募集要項にそぐわない、あるいは募集要項の規定を適応するのが著しく困難であると判断される場合には、学会事務局へ事前に申し出てその支持を仰ぐ必要がある。

1. 発表演題のカテゴリーおよび倫理規定、個人情報の取扱

一般演題では主として「基礎研究」、「臨床研究」、「症例報告」の3つのカテゴリーを設けている。応募する発表演題がどのカテゴリーに分類されるべきかを下記を参考に選択し、申込時および抄録の先頭に明記する。

- 「基礎研究」：主として実験研究が該当する。実験動物あるいは臨床例を用いた新薬の薬物動態や薬効試験、生理学的あるいは病理学的研究、または診断法や治療法の開発など。通常は大学や研究機関からの発表となる。実験動物やゲノムを用いた研究の場合は、その研究を主として行った機関あるいはそれに相当する機関での動物実験委員会や生命倫理委員会による承認が必要である。臨床例を用いた研究（治験等）についても同様に主たる実施機関（病院等）による承認あるいはオーナーからの承諾を得ていることが必要となる。
- 「臨床研究」：複数例（ ≥ 5 頭）を後方視的あるいは前方視的に検討した臨床研究であって、通常は統計学的解析を行っているもの。一般的な回顧的研究（罹患率や予後調査等）はこのカテゴリーに相当する。
- 「症例報告」：1例から数例（ ≤ 4 頭）の症例報告であり、何らかの新規性、希少性があり、また確定診断（病理組織学的診断や遺伝子診断等）が行われているものに限る。

なお、臨床研究および症例報告においても写真や動画等が用いられる場合、オーナーからの承諾等が得ておくこと、および個人情報の漏洩には十分な配慮が行われていること。

2. 発表者および共同演者

一般演題の発表者は神経病学会員に限る。演題の申込み、その後の連絡も基本的には発表者が代表して行う。ただし学生（院生を含む）が発表する場合、共同演者にその指導にあたっている教員または獣医師が正会員であることを必須とし、演題申込みや抄録の提出、その後の連絡についてはその者が担当する。

また発表に関して、共同演者全員が発表内容（申込み、抄録他）を確認し、承諾している必要がある。また提出抄録に関しては、申込み前に共同演者全員によって十分に推敲されていることが望ましい。

3. 発表演題の重複規定および徳力賞

本会の一般演題で発表される内容は他学会および学術誌で未発表のものに限定する。発表演題は全て徳力賞の選考対象となり、発表当日に複数名の徳力賞選考委員による採点の集計結果から受賞者が決定される。

なお、本会は日本国内における日本語での抄録公開および口頭発表として行われるため（また現時点において会員以外の者が閲覧できるようなインターネット上の公開も行っていないため）、本会での発表後に、他言語による国際学会や国際学術誌への同内容の発表を制限しない（先方の発表規定および投稿規定には十分注意すること）。

4. 演題の採択

一般演題の採択は、プログラム選定委員会によって倫理規定、利益相反および演題内容（抄録内容）を総合的に判断し、決定される。受理されなかった演題についてはプログラム選定委員会からの不採択理由を付記し、その旨を発表者へ通知する。

5. 提出抄録の体裁

本会一般演題への発表を申し込む際に提出する抄録は以下の事項を準拠すること。

1) 共通部分

- i. 抄録は Microsoft Word 等のワードプロセッサソフトウェアを用いて作成し、「.doc」あ

るいは「.docx」の形式で保存する。用紙設定は A4 縦置きとし、横書き、行間隔は 1 行で作成する。余白は上下左右とも 25mm とする。

ii. 抄録要旨の最初の行に左詰めで発表演題のカテゴリー、すなわち「基礎研究」、「臨床研究」、「症例報告」の別を、文字サイズ 10pt のゴシック体にて明記すること。

iii. 2 行目は 10pt の改行を入れ、3 行目には演題名を文字サイズ 14pt のゴシック体にて 2 行以内に収めること。演題名は発表内容を適切かつ明解に表すものにする。

iv. 演題名の次の行には、発表者および共同演者の氏名を列挙する。発表者を筆頭とする。なお氏と名の間にスペースは設けない。文字サイズは 12pt の明朝体とする。発表者全員が同じ所属である場合を除き、所属の異なる各々の氏名には右肩に上付番号（○○△△¹⁾、□□××²⁾）を付ける。

v. 発表者名の次の行には、上記した番号に従って（全員が同一所属である場合は番号を付ける必要は無い）、各々の所属を文字サイズ 10pt の明朝体で列挙する。一般臨床医の場合は病院名・都道府県、大学等の場合は大学名・部署を記載する。

vi. 本文は所属の後、1 行あけて開始する。本文は文字サイズ 10pt の明朝体とする。以下 2) や 3) に示す【背景】、【結果】、【症例】、【考察】などの小見出しは 10pt のゴシック体とする。

vii. 演題名および本文中の英数字はすべて半角英数を用いること。学名は英字イタリックで表示すること。単位は mm, cm, μg, mg, kg, ml など標準的な単位を用いること。略語を用いる場合は、本文中初出の際にフルスペルで記載後 () 付で明示し、それ以降で略語を用いること。また略語は本文中に 2 回以上出現する単語とする。なお、WBC や CBC, CT, MRI などといった略語自体がごく一般的に利用されているものに関しては初出の場合でもフルスペルを記載する必要は無い。

viii. 発表演題およびその内容の一部が何らかの研究助成金（科研費や他の競争資金）を受けて行われている場合には本文後に【謝辞】として記載すること。

ix. 抄録に参考文献は必要としないが、演題内容に深く関与する重要な文献については、本文中で文献等を引用する場合、「Tokuriki et al. (2003) は・・・」あるいは「徳力ら (2003) は・・・」のように筆頭著者名（発表年）とするか、または「・・・と報告されている (Tokuriki et al., 2003)」のように（筆頭著者名、発表年）として表示する。またこれらの参考文献の表示を行う場合、発表者はいかなる時もその文献の出典（雑誌名や単行本名、表題名、ページ番号、DOI 等）を明らかにできるように準備しておく必要がある。また実際の発表時（プレゼンテーション内）ではそれらを明記すること（例：Saito M, et al. Vet Radiol Ultrasound, 2002）。

2) 基礎研究および臨床研究

i. 本文は【背景（目的、序論、緒言）】、【材料および方法】、【結果】、【考察】とし、必要に応じて【謝辞】および【利益相反】を付属する。

ii. 基礎研究および臨床研究の抄録は図表も含め全 4 ページ以内とする。

iii. 動物実験および生命倫理委員会等による承認を受けた旨は【材料および方法】の冒頭に明記すること。

iv. 【材料および方法】や【結果】（あるいは必要に応じて【考察】も可）では、必要に応じて見出し番号を付記しても良い。例として、1. 供試動物、2. 麻酔、3. MRI 撮影、4. 統計解析、・・・。

3) 症例報告

i. 本文は【背景（緒言）】、【症例】、【考察】とし、必要に応じて【謝辞】および【利益相反】を付属する。

ii. 症例報告の抄録は図表も含め全 2 ページ以内とする。

iii. 【背景（緒言）】あるいは【考察】において、この症例報告がいかに新規性あるいは希少性、ないし重要性があるかを明示すること。

iv. 【症例】の項には、冒頭に症例の個体情報（品種、年齢、性別等）および主訴を明記し、その後臨床経過や各種検査所見（神経学的検査所見は必須）、診断名、治療法等を続ける。なお、この項目内の適当な箇所ですべて必ず確定診断名とその方法論についても記載すること。

v. 複数例が存在する場合、必要に応じて各々の症例に見出し番号を付けて記載しても良い。例として、症例 1、症例 2、・・・。

4) 図表

抄録内に図表を用いても良い。表および図が複数ある場合には、各々、表 1、表 2、図 1、

図2と番号を付けること。また図表では必要に応じてカラーを用いても良い。

- i. 表は抄録の書類とは別書類（Wordの表）あるいは別ソフトウェア（Excel等）で作成したものを図として保存あるいはコピーし、JPEG、TIFFあるいはPDFとして本文内に貼り付ける（形式を選択してペースト）すること。表のタイトルや脚注は、この図（表）の中を含むものとし、抄録の書類上でのタイピングは行わない。
- ii. 表のタイトルは表の上部に、脚注は表の下部に記載すること。
- iii. 図（グラフや画像）もまた別ソフトウェアで作成したものをJPEG、TIFFあるいはPDFとして本文内に貼り付けること。図のタイトルや説明もまた抄録の書類上ではタイピングせず別ソフトウェア上で図とともに作成し、それらを含めてコピー／ペーストすること。
- iv. 図表ともに別ソフトウェアで作成する場合、白黒、カラーを問わず、300dpiの解像度で保存、コピー／ペーストすること。
- v. 図表のタイトル等は抄録書類上にペーストした際に十分に読み取れる文字サイズになることを注意すること。従って、長文の脚注や説明は控えることが推奨される。図表内で用いられる略語については、可能な限り本文中に出現するものを用い、脚注での解説を最小限に抑えること。
- vi. 図表ともに最大横幅は抄録書類の余白内に収まるサイズとする。図については余白内の半分のサイズまでを推奨する。いずれも縮小可であるが、先に述べたように縮小しても図表内の文字が識別できる様に注意すること。
- vii. 図表の位置は任意であるが、文字の折り返しは「四角」あるいは「上下」とし、抄録本文が読みやすいよう配慮すること。
- viii. X線写真、CTあるいはMRIを図として用いる場合、背腹像／腹背像および背断像（水平断像）は上に頭側、書面上の右に患者の左が来るように置き、側面像および矢状断像では上に患者の背側、書面上の左に患者の頭側が来るように置き、横断像では上に背側、書面上の右に患者の左が来るように置くこと。なお術中超音波画像や3Dボリュームレンダリング等の場合はこの限りではないが、わかりにくい場合は図内にL/R等、方向を表示すること。

6. 採択後の校正

応募演題が採択された場合、学会抄録集に掲載するために、プログラム委員会によって指摘された修正点や誤字脱字等の校正が入る場合がある。校正の必要な抄録は一旦発表者（申請者）に戻されるので即時的に修正し、再提出する。校正の必要が無い場合には、特に連絡はなく抄録集に掲載される。

7. 発表

演題発表はスライドを用いた口演発表となる。スライドは個人のパソコンにてMicrosoft PowerPointやApple Keynoteなどを用いて作成し、発表も個人のパソコンを用いて行う。発表の前に各自で誤字脱字や動画などの動作を十分に確認すること。

発表時間は学会の会期毎に変わるが、概ねプレゼンテーションが10-15分、質疑応答5分である（発表時間等は、全ての演題が決定後に発表者（申請者）に連絡される）。プレゼンテーションは時間厳守で行うこと。

スライドは通常、上記した抄録の流れに沿って作成することを推奨する。スライドのレイアウトや文字サイズに制限はないが、会場後方からも読み取れるよう配慮すること（小さすぎる文字サイズや読みにくいフォントは避ける）。抄録同様、略語や単位の表記、画像の方向等にも注意すること。

【一般演題抄録見本】

[臨床研究]

脳梁離断術を実施した薬剤抵抗性てんかんの犬猫の追跡調査

浅田李佳子¹⁾，水野郷志¹⁾，重吉彩乃¹⁾，湯祥彦¹⁾，濱本裕仁¹⁾²⁾，小畠結³⁾，
長谷川大輔¹⁾

¹⁾ 日本獣医生命科学大学大学院獣医臨床神経学講座；²⁾ 酪農学園大学伴侶動物外科学ユニット；

³⁾ 岐阜大学獣医内科学研究室

【背景】

我々は2018年より、犬猫の薬剤抵抗性てんかんに対するてんかん外科を実施している。そのなかでも手術機会が多いのは脳梁離断術 corpus callosotomy (CC) である。CCは全般てんかん、あるいは焦点不明ないし多焦点の全般発作への進展を伴う焦点てんかんに適応される遮断外科の1つであり、その名の通り、左右大脳半球を連絡する最大の交連線維である脳梁を全部（全離断，total CC；tCC）または部分的（前方／後方離断，anterior/posterior CC；aCC/pCC）に切截することで、全般発作の頻度および重篤度を抑制する緩和的の外科である（Graham et al., 2016; Hasegawa et al., 2022）。これまで我々は術後1年までの経過を見た犬3例（Asada et al., 2021）と猫1例（Hasegawa et al., 2021）の報告を行っているが、今回、既報例のより長期の経過と、同様に術後1年以上の経過を追えている他症例について、その成績を報告する。

【材料及び方法】

2018年6月から2022年6月の間に日本獣医生命科学大学附属医療センターにてCCを実施した薬剤抵抗性てんかん患者のうち、術後1年以上の経過が追跡可能であった犬5例および猫1例を対象とした。薬剤抵抗性てんかんの症例選択基準およびCC術式は報告済みであり、本発表の全症例において同様に実施された（Asada et al., 2021; Hasegawa et al., 2021）。CCの長期認容性、術後合併症、発作転帰の評価のため、各症例に対して以下の情報を取得した。

- 1) 脳梁離断部位（tCCまたはaCC/pCC）およびCC実施回数（一期離断または二期離断）
 - 2) 神経学的検査結果、術後合併症の有無および持続期間
 - 3) 日常生活動作(ADL)スコア、てんかん外科飼い主主観評価（VAS）スコア、MRI、脳波記録
 - 4) 発作回数、発作型、最長 seizure free 期間（1年間で seizure free が達成された最長期間の日数）
- 術後の follow up の各種検査は原則術後3ヶ月、6ヶ月、12ヶ月時点で実施され、その後は原則1年おきに実施された。3)のADLスコアは、飼主への聴取を実施し取得された。4)を元に、術後1年経過時点、2年経過時点および3年経過時点で各1年間における発作転帰の評価を実施した。CCを2回実施した症例において、1度目と2度目の手術の間隔が1年未満の場合は、2度目の手術直前までの期間で1度目の手術による発作転帰を評価した。術後の発作転帰の評価として、国際抗てんかん連盟によ

る発作予後分類案 (ILAE 分類) (ILAE, 2021) (表 1) を適用するとともに, Rathore et al. (2007) による分類を参考とした発作型を反映した予後分類の実施を検討した (表 2)。

【結果】

全 6 症例のうち 2 例 (症例 1, 2) は術後 3 年, 1 例 (症例 3) は術後 2 年, 2 例 (症例 4, 5) が術後 1 年経過していた。残りの 1 例 (症例 6) は学会発表直前に術後 1 年が経過するため, 発表時に術後 1 年間の経過を報告する。各患者の品種, 手術時年齢, 診断名, 術式 (離断部位), 術前術後の発作回数, 発作日数および発作の最長 seizure free 期間は表に記載した (表 3)。3 例の患者 (症例 1, 3, 5) で, 発作頻度の悪化に応じて CC を 2 回 (二期離断) 実施した。

術前の神経学的検査において, 全症例で抗てんかん発作薬の多剤併用や高頻度の発作に由来すると判断されたふらつきや傾眠が認められた。症例 3 の猫は特に傾眠傾向が強く, 自力採食, 自力歩行が難しい状態および幼齢時から失明しており飼い主の介助なしでの生活が困難であった。術後の神経学的検査では, 全症例で重篤な神経障害は認められなかった。症例 1, 2 および 4 で一過性かつ軽度の片側の姿勢反応低下が認められた。

ADL スコアは全例で術後の悪化は無く, 症例 2, 4, 5, 6 では術前術後ともに ADL は全て正常で生活に支障がある機能低下は認められなかった。症例 1, 3 では初回手術後から ADL が改善し, グルーミングなどの整容動作の実施や排泄動作の改善が報告された。VAS スコアも全例で術後の改善が認められ, 発作の完全消失が認められなくても CC に対する飼い主の高い満足度が得られる結果となった。症例 1, 3, 5 では初回手術後の発作頻度の増加に伴い, 発作頻度や手術への満足感といったスコアに悪化が認められた。しかしながら術前以上のスコアの悪化は報告されなかった。

MRI 検査において, 手術に関連した術部周囲の小出血が症例 2, 3, 4, 6 で認められた。症例 2 以外では出血部位に経時的な悪化は生じなかったが, 症例 2 では術後 3 ヶ月時点の MRI で左頭頂部に梗塞または炎症像が認められ, その後同部位皮質は萎縮, 脱落所見を呈した。脳波記録は, 術前全例において左右同期したてんかん性異常放電を認めた。術後は全例で脳波異常の消失には至らないものの, 左右独立 (脱同期) した異常放電を確認した。

CC 前後の発作回数, 発作日数および発作転帰, 最長 seizure free 期間を表 3 に記載した。全ての症例で発作の持続時間, 発作および発作後徴候の軽減が認められたが, 症例 1, 2 では術後発作型に明確な変化を認めなかった。症例 3 では術前は全般性のミオクロニー発作および強直間代性けいれん (GTCS) が中心であったが, 初回 CC 後 GTCS は消失した。初回手術後 8 ヶ月頃から左前肢を伸展させるフェンシング様の発作が新たに生じ, 2 回目手術以降も継続して認められた。症例 4 では術前, 焦点性発作から全般性の GTCS への進展を認めたが術直後は全身けいれんが左半身のみのけいれんへと変化し, 時間経過とともに全身けいれんへと変化した。症例 5, 6 では, 術前の発作では明らかな側方性を認めなかったが, 術後の発作は片側から起始し全身けいれんへ進展していく傾向が報告された。

術後合併症として神経学的検査の異常所見の他に, 症例 2 において術後入院中に一過性の認知機能低下および徘徊症状が認められ, 離断症候群の疑いありと判断された。退院後, 症例の認知機能は回復していると飼い主により判断されたが, こだわりが強くなり車を追いかけて続けたり吠え続けたりす

る性格の変化が観察期間中持続して認められた。なお、症例 1, 2, 3, 6 では術後の活動性の改善が顕著であり、走る、飼い主と遊ぶ、自力採食を行うなど術前実施不可能であった行動が抗てんかん発作薬の変更なく術後に可能となったとの報告を飼い主から受けた。生活の質を術前より悪化させる術後合併症は全例で報告されなかった。

【考察】

犬および猫のてんかん患者における長期予後の報告は未だ少なく、本研究は最長で術後 3 年間の経過を報告する初の研究である。

観察した全例に術後重篤な合併症を認められなかった。また、発作の完全消失が得られなくとも飼い主の CC 満足度は高いことが確認された。このことから、CC の認容性は高く難治性てんかん犬猫患者への治療選択肢となることが改めて示唆された。

術後、全症例においても 1 年単位での発作消失は得られなかった。ただし、CC 後発作症状が変化し側方性の出現や、発作型の変化や発作症状の低減、Seizure free 期間の大幅な延長が認められた。CC は緩和外科であり、切除外科と異なり完全な発作消失ではなく発作症状の緩和や発作頻度の減少を目的とする (Asadi et al., 2008)。そのため、術後に更なる発作焦点の診断や追加のてんかん外科治療の実施が検討されることは人で一般的である (Chen et al., 2020; Clarke et al., 2007)。本結果を踏まえ、獣医療においても CC 後の発作焦点診断や追加のてんかん外科実施の検討が望まれる。

本研究では、CC 離断部位のばらつきや症例数の制限があり、離断部位ごとの発作転帰や術後合併症の検討が困難であった。一期的全離断を実施した症例において、認知症様症状や性格の変化が生じた点から人の離断症候群に相当する合併症が犬でも生じる可能性が示唆された。症例ごとに離断回数や部位の適切な選択を行うために今後も CC 実施症例の蓄積および術後合併症の検討が必要と考える。

犬猫に対する発作転帰評価として人の予後分類の適用を試みた。しかしながら月毎の発作回数にばらつきがある症例も多く、人同様の年単位での評価は犬猫症例の術後転帰を不正確に評価した可能性がある。また、今回転帰を良好 (Class 1, 2) と評価した症例は存在せず、人では転倒発作が第一の CC 適用患者であり (Graham et al., 2016)、類似した発作型の症例が本研究に含まれないことも転帰良好クラスの不在の要因となった可能性がある。今後、犬猫において CC 実施が良好な発作転帰をもたらす発作型やより適切な術後転帰評価法の検討が望まれる。手術例に対する ADL および VAS の実施により、発作以外での術後評価を実施した。1 日に複数回の発作を呈する高頻度発作患者では術前に ADL の低下が認められ、術後数値が改善した。また、VAS の評価により CC に対する飼い主の主観的評価を得ることができた。手術を 2 回実施した患者において、2 度目の CC 前の発作転帰に顕著な悪化がなくとも VAS スコアの悪化または発作消失期間の縮小が認められた。この傾向は、獣医療においては患者本人のみでなく飼い主の生活の質や主観が治療方針に影響を与えることと矛盾しない。獣医療におけるてんかん外科の手術成績を検討する際には、患者の発作転帰のみでなく飼い主の負担となる医療費や抗てんかん発作薬の数、重積や群発発作での通院日数など多方面での評価が副次項目となりうるだろう。

【謝辞】

本研究は、平成 29～令和 3 年度科研費基盤研究 A（課題番号：17H01507）および令和 4～5 年度学術研究振興資金の助成を受けて行われた。

表1

ILAEによる術後発作転帰分類

Class 1	完全な発作の消失; 前兆なし
Class 1a	てんかん外科後からの完全な発作の消失; 前兆なし
Class 2	前兆のみ; 他のいかなる発作も認められない
Class 3	1~3発作日/年; ±前兆
Class 4	4発作日/年~ベースラインの発作日より50%減少; ±前兆
Class 5	ベースラインの発作日より50%以下の減少~100%の増加; ±前兆
Class 6	ベースラインの発作日より100%以上の増加; ±前兆

表2

全般発作での術後発作転帰分類(Rathore et al. (2007)による分類を改変)

Class1	全般発作がない
Class2	全般発作回数の≧90%減少
Class3	全般発作回数の≧90%減少
Class3a	全般発作はあるがミオクローニーのみ
Class4	全般発作があるが全般発作の群発, 重積がない
Class4a	全般発作回数の≧50%から90%≧の減少
Class5	全般発作回数の≧50%から90%≧の減少
Class5a	全般発作回数の50%≧の減少
Class6	全般発作回数の50%≧の減少
Class6a	全般発作回数の50%≧の減少
Class7	発作頻度, 発作症状に改善が認められない
Class8	発作の悪化

表3

症例情報および発作転帰

症例	品種	診断	手術時年齢	CC術式	平均発作回数 (回/月) (術後発作減少率 %)			平均発作日数 (日/月)			最長seizure free期間 (日)			ILAE分類 (Class)			術後発作転帰分類 (Class)					
					術前	術後1年間	術後2年間	術後3年間	術前	術後1年間	術後2年間	術後3年間	術前	術後1年間	術後2年間	術後3年間	術後1年	術後2年	術後3年			
1	キャバリア・キング・チャールズ・スパンニエル	構造的てんかん (原因不明)	2歳9ヶ月	前方1/2離断	450.0	51.0 (88.5)	-	-	21	10.1	-	-	4	104	-	-	4	-	-	3a	-	-
			3歳6ヶ月	前方2/3離断	453.0	255.0 (43.7)	39.0 (91.6)	42.0 (97.7)	10.1	9.9	7.7	7.4	9	22	62	35	5	5	5	6	3	3
2	キャバリア・キング・チャールズ・スパンニエル	特発性てんかん	4歳10ヶ月	全離断	1116.0	84.0 (92.5)	39.0 (96.6)	27.0 (97.7)	28.0	8.5	15.5	9.2	1	199	74	80	4	5	4	3	3	3
			1歳0ヶ月	全離断 (膝部未離断)	216.0	48.0 (77.7)	36.0 (83.4)	-	27.0	18.9	19.1	-	1	32	5	-	5	5	-	5	5	-
3	雑種猫	原因不明のてんかん	3歳0ヶ月	全離断	39.0	*	-	-	17.0	*	-	-	3	*	-	-	*	-	-	*	-	-
			6歳0ヶ月	全離断	12.0	6.0 (50)	*	-	4.0	2.3	*	-	13	35	*	-	5	*	-	5	*	-
4	ボストンテリア	原因不明のてんかん (構造的異常あり)	3歳4ヶ月	後半1/2離断	6.0	6.0 (0)	-	-	5.0	4.2	-	-	9	25	-	-	5	-	-	6	-	-
			4歳8ヶ月	全離断	3.0	-	-	-	4.0	-	-	-	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5	ビーグル	特発性てんかん	1歳9ヶ月	全離断	22.0	*	-	-	18.0	*	-	-	4	*	-	-	*	-	-	*	-	-
			1歳9ヶ月	全離断	22.0	*	-	-	18.0	*	-	-	4	*	-	-	*	-	-	*	-	-
6	ワイベット	構造的てんかん (奇形性)	1歳9ヶ月	全離断	22.0	*	-	-	18.0	*	-	-	4	*	-	-	*	-	-	*	-	-

*2023年6月時点で情報取得予定