

厚生労働科学研究費補助金

障害者対策総合研究事業（神経・筋疾患分野）

脳脊髄液減少症の診断・治療法の確立に関する研究

平成25年度 総括研究報告書（Web用）

研究代表者 嘉山 孝正

平成26（2014）年4月

目 次

I. 総括研究報告-----3

脳脊髄液減少症の診断・治療法の確立に関する研究
嘉山孝正

II. 分担研究報告-----14

脳脊髄液減少症の診断・治療法の確立に関する研究

III. 研究成果の刊行に関する一覧表-----16

1. 総括研究報告

厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業（神経・筋疾患分野）
総括研究報告書

脳脊髄液減少症の診断・治療法の確立に関する研究

研究代表者 嘉山孝正 山形大学大学院医学系研究科脳神経外科学講座教授

研究要旨：脳脊髄液減少症（低髄液圧症候群）は、70年以上も前に提唱された疾患であるが、近年、本症が頭頸部外傷後に続発すると報告されたことに端を発し、あたかも「むち打ち症」の患者の全てが脳脊髄液減少症であるかのごとく誤解され、交通事故の後遺障害として法廷で争われるなど、社会問題化している。その理由は、医師の間での診断基準が科学的でなく、独自の診断基準を使っているためである。本研究は、まず 文献的考察から脳脊髄液減少症とされた臨床概念を検証し、その臨床像を規定する。近年発達してきたMRI画像所見と脳脊髄液減少症のこれまで髄液漏の根拠とされていた画像診断所見の疾患特異性、髄液漏と症状の因果関係を検討することによって、脳脊髄液減少症の科学的根拠に基づく診断基準を作成、新たな診断基準による本症の原因疾患別患者割合の把握、不確実な診断・治療による合併症発生の回避を目的としている。平成19年度に文献レビューの結果をもとに、臨床研究のためのプロトコルを作成した。そのプロトコルによる臨床研究を、各研究者所属施設の倫理委員会の承認を経て平成20年度に開始し、平成22年8月登録症例100例の時点で、解析を行った。その結果に基づき脳脊髄液減少症の中核を成すのは「脳脊髄液の漏出」であると規定し、平成23年10月に「脳脊髄液漏出症」の画像判定基準・画像診断基準を公表した。平成24年6月、本画像診断基準を満たした患者を対象としたブラッドパッチ療法が先進医療として承認された。現在、研究班の7施設を含む35施設が先進医療の承認を受けている。また、ブラッドパッチ療法が承認されたことをうけて、新たに治療に関する臨床研究を平成24年6月から開始し、今年度も継続した。平成26年3月末の時点で、55例が登録されている。この登録症例の概要については、以下の報告書本文に記載する。

研究分担者：有賀 徹（昭和大学救急医学講座教授）、宇川義一（福島県立医科大学神経内科教授）、喜多村孝幸（日本医科大学脳神経外科臨床教授）、佐藤慎哉（山形大学総合医学教育センター教授）、篠永正道（国際医療福祉大学附属熱海病院脳神経外科教授）、高安正和（愛知医科大学脳神経外科教授）、西尾 実（名古屋市立大学脳神経外科非常勤講師）、畑澤 順（大阪大学核医学講座教授）、馬場久敏（福井大学整形外科教授）、深尾 彰（山形大学公衆衛生予防医学講座教授）、細矢貴亮（山形大学放射線診断科教授）、三國信啓（札幌医科大学脳神経外科教授）、吉峰俊樹（大阪大学脳神経外科教授）。

研究協力者：加藤真介（徳島大学整形外科教授）、紺野慎一（福島県立医科大学整形外科教授）、島 克司（医療法人医鳳会／防衛医科大学校脳神経外科前教授）、鈴木晋介（国立病院機構仙台

医療センター脳神経外科医長）、中川紀充（明舞中央病院脳神経外科部長）、守山英二（国立病院機構福山医療センター脳神経外科医長）＜五十音順＞

A．研究目的

脳脊髄液減少症（低髄液圧症候群）は、70年以上も前に提唱された疾患であるが、近年、本症が頭頸部外傷後に続発すると報告されたことに端を発し、あたかも「むち打ち症」の患者の全てが脳脊髄液減少症であるかのごとく誤解され、交通事故の後遺障害として法廷で争われるなど、社会問題化している。その理由は、医師の間での診断基準が科学的でなく、独自の診断基準を使っているためである。

本研究は、まず 文献的考察から脳脊髄液減少症とされた臨床概念を検証し、その臨床像を規定する。近年発達してきたMRI画像所見と

脳脊髄液減少症のこれまで髄液漏の根拠とされていた画像診断所見の疾患特異性、髄液漏と症状の因果関係を検討することによって、脳脊髄液減少症の科学的根拠に基づく診断基準を作成、新たな診断基準による本症の原因疾患別患者割合の把握、不確実な診断・治療による合併症発生の回避を目的としている。

B. 研究方法

(1) まず本症の診断に関する文献レビューを行い、臨床像を検討し、診断プロトコル(研究計画書)を作成する。(2) 次に、作成した新たな診断プロトコルによる前方視的解析を行い、診断基準を確立する。(3) その後、新たな診断基準による原因疾患別患者割合と治療法の検討をおこない、診療ガイドラインを作成する。既に存在する国際頭痛学会、日本神経外傷学会等のガイドラインをプロトタイプとしながら今回の研究結果を加え、本症に関連する学会間の垣根を取り払い、誰がみても納得できる診療指針(ガイドライン)を作成する。

C. 研究結果

平成 22 年度に起立性頭痛患者 100 名(脳脊髄液漏出確実例 16 例、疑い例 17 例)の検討結果をもとに策定した「脳脊髄液漏出症の画像判定基準(案)・画像診断基準(案)」は、その後、本症に関係する我が国の学会である、日本脳神経外科学会、日本神経学会、日本整形外科学会、日本頭痛学会、日本脳神経外傷学会、日本脊髄外科学会、日本脊椎脊髄病学会、日本脊髄障害医学会の了承・承認を得て、平成 23 年 10 月横浜で開催された(社)日本脳神経外科学会第 70 回学術総会において、正式な画像判定基準・画像診断基準として公表した。次に、この判定基準・診断基準をもとに、治療法を検討するため「ブラッドパッチ療法の先進医療申請」を行った。申請は、研究班で検討した内容をもとに、まず日本医科大学附属病院が申請し、平成 24 年 6 月に認められた。その後、研究班の施設としては明舞中央病院、福山医療センター、国際医療福祉大学熱海病院、名古屋市立大学附属病

院、仙台医療センター、札幌医科大学附属病院の 7 施設が承認を受けている。(全国では、平成 26 年 1 月現在、研究班の 7 施設を含み 35 施設が承認されている。)

ブラッドパッチ療法の先進医療承認をうけて、「**脳脊髄液漏出症**」に対する治療法の検討と、本基準で診断されるものの周辺病態を検討するための新たな臨床研究を平成 24 年 6 月より開始し、平成 25 年度も継続した。以下にその概略を示す。

<臨床研究プロトコル II>

*本プロトコルの詳細については冊子体添付資料「脳脊髄液漏出症の診断・治療法の確立に関する研究計画書 II」を参照。

【研究の対象】

対象患者

研究代表・研究分担者および研究協力者所属施設を受診した「座位または立位により発生、あるいは増悪する頭痛」を主訴とする患者。

選択基準

1) 座位または立位により発生、あるいは増悪する頭痛があること。

*頭痛以外の症状の有無は問わない。

【研究の方法】

研究デザイン

多施設共同前方視的臨床研究

症候評価項目

1) 座位または立位により発生、あるいは増悪する頭痛

発症時期

頭痛の原因となるエピソードの有無
交通事故/スポーツ/転倒/脊髄・脊椎手術/腰椎穿刺/その他

今の頭痛の種類(性質・部位)

<性質>

- ・頭全体がしめつけられるような頭痛
- ・首のこりに伴って出現する後頭部の鈍痛
- ・脳自体が後方や下方に引っ張られるような感じの頭痛

- ・首が脳に突き刺さるような感じの頭痛
- ・目の奥の痛み
- ・ズッキンズッキンと脈打つような頭痛
- ・頭の皮膚（表面）がピリピリチリチリするような頭痛
- ・気圧の低下（台風や雨降りの前）に伴って増悪する頭痛
- ・乗物（自転車、自動車、電車など）によって増悪する頭痛
- ・安静臥床により軽快するような頭痛

< 部位 >

- ・頭全体
- ・前頭部
- ・側頭部（含こめかみ）
- ・頭頂部
- ・後頭部
- ・右 / 左 / 両側

体位による変化の時間経過

- ・座位または立位による増悪までの時間
- ・臥位により緩解するまでの時間

現在の頭痛の程度（重症度）:

Visual analog scale で評価

これまで一番強かった時の頭痛の程度:

Visual analog scale で評価

頭痛が一番強かった時期

2) 頭痛以外の症状

下記の症状の有無 / 症状出現時期 / 体位による変化の有無

- ・嘔気嘔吐
- ・頸部硬直
- ・めまい
- ・耳鳴り
- ・目のかすみ、視力低下、視野欠損
- ・倦怠・易疲労感
- ・複視（物が二重に見える）
- ・顔面神経麻痺（顔面の非対称）
- ・顔面痛、顔面のしびれ
- ・難聴
- ・聴覚過敏（音が大きく聞こえる）
- ・歩行障害（歩きにくい）
- ・上肢の痛み・しびれ

- ・排尿障害
- ・上背部痛
- ・腰痛
- ・その他

頭痛以外で最もつらい症状の現在の程度（重症度）: Visual analog scale で評価

これまで一番辛かった時の症状の程度:

Visual analog scale で評価

その症状が一番強かった時期

3) 頭頸部外傷が先行する場合の追加事項

* Quebec WAD task force report (1995) による grading にて経時的評価を行う。

脳脊髄液漏出症診断のための画像検査

1) 画像検査手順

選択基準を満たし、研究への参加の同意が得られた被験者に対して、頭部 MRI、脊髄 MRI / MR ミエログラフィー、CT ミエログラフィー / 脳槽シンチグラフィーを行う。

* CT ミエログラフィー / 脳槽シンチグラフィーの際に、髄液圧の測定を併せて行う。

* 腰椎穿刺による影響を避けるため、脊髄の MRI / MR ミエログラフィーは必ず脳槽シンチグラフィー、CT ミエログラフィー施行前に行う。

* 腰椎穿刺による影響を評価するため、脊髄 MRI / MR ミエログラフィーで異常所見がみられなかった例では CT ミエログラフィー / 脳槽シンチグラフィー施行後翌日までに再度脊髄 MRI / MR ミエログラフィーを施行する。

2) 画像検査法

A. MRI

撮像法（頭部）

Gd 造影 T1 強調画像脂肪抑制 3 方向（軸位、冠状断、矢状断；SE）

FLAIR、T2 強調画像（造影後でも可）+ （拡散強調画像、等）

撮像法（脊髄・脊椎）

・脊髄 MRI

T2 強調画像脂肪抑制横断像（全脊椎）

- + Gd 造影 T1 強調画像脂肪抑制横断像
(全脊椎)
- * 脂肪抑制法が難しい場合は T1 強調画像
を加えて代用できる。
- T2 強調画像横断像 (全脊椎) + T1 強調画像
横断像 (全脊椎)
- + Gd 造影 T1 強調画像横断像 (全脊椎)
- ・ MR ミエログラフィー
 - A . 頸椎から胸椎レベル正面、側面
 - B . 胸椎から腰椎レベル正面、側面

B. CT ミエログラフィー/脳槽シンチグラフィー <実施法>

原則として、CT ミエログラフィーと脳槽シンチグラフィーを同時に施行する。やむを得ない場合は、それぞれを単独で実施しても良い。

脳脊髄液腔用造影剤オムニパーク 240 mgI/ml (またはイソピスト 240) および脳槽シンチグラフィー用放射性医薬品 Indium-111 標識ジエチレントリアミン 5 酢酸 (111In-DTPA) 注射液を使用する。

無菌操作と汚染に注意し、消毒したディスポーザブル手袋を用いて、23 ゲージ以上の細いディスポーザブル穿刺針 (25G ペンシルポイント針を推奨) で腰椎穿刺する。穿刺は第 3~4 腰椎間、第 4~5 腰椎間で行う。髄液の逆流を確認したら延長チューブを接続して髄液圧を測定した後、髄液検査用として約 2 ml の脳脊髄液を採取、その後延長チューブからオムニパーク 240 mgI/ml 10 ml をゆっくり注入する。造影剤注入後引き続き 111In-DTPA 37MBq をゆっくり注入する。

比重の高い造影剤を全脊椎領域に誘導するため、および造影剤の濃度を均一化するために、頭高位/骨盤上位(下図参照)を保ちながら、体を 2~3 回回転させる。なお、CT 撮像前にはもう一度 2 回転以上の回転を行う。

<撮像法>

CT ミエログラフィーは、造影剤注入 1.5 時間後に多列ヘリカル CT 装置で穿刺部を含めた全脊椎を撮像する。0.5~1.5 mm 厚で撮像し、3 mm

厚で観察する。造影剤の漏出が疑われる部位では、連続する元画像を観察して確認する。造影剤が不均等に分布して薄く診断に適さない場合には、当該部位について造影剤注入 4 時間後に再検する。観察の際のウィンドウレベルは、脳脊髄液腔における造影剤の CT 値の半分とする。

脳槽シンチグラフィーは、注入後 2~3, 4~6, および 24 時間に、中エネルギー用コリメータを装着したガンマカメラを用いて、頭部を含めた背腹 2 方向からの平面像を撮像する。なお、注入手技の成否と穿刺部漏出の確認、24 時間残存率算定のための reference として、注入後 1 時間以内に頭部も含めた背面像と側面像を撮影する。画像表示は、最大カウントの 20% に画像表示のピークを設定すること。

撮影終了後最低 3 時間は、頭高位 (10~20° の Fowler 体位) での安静とする。常に痙攣の発生に注意し、痙攣がおこった場合には、呼吸抑制に気をつけながら直ちにセルシン 10 mg をゆっくり静注する。

脳脊髄液循環動態の解析法

・ 24 時間 RI 残存率 : RI 脳槽シンチグラフィーにおいて、注入直後の RI カウントを、24 時間後の髄液腔の RI カウントで除した値を 24 時間残存率と定義する。

・ RI クリアランス : RI 注入後 2-3 時間、4-6 時間の脳槽シンチグラフィー全身背面像で、頭部および脊柱管を含む関心領域を設定し全カウント (T) を測定する。脊柱管近傍に腎臓が描出されている場合は、左右の腎臓を囲む領域に関心領域を設定し全カウントを測定する (左右腎のカウントの和を K とする)。(T-K) により、各撮像時間 (X) における残存カウント R を求める。

$$R = Ae^{-CX} \quad A \text{ は定数}$$

により、クリアランス C を求める。

3) 脳脊髄液漏出症を疑う画像所見

画像判定および診断は、本研究班の「脳脊髄液漏出症の画像判定基準・画像診断基準」に基づいて行う。

治療方法

1)画像診断基準にて、「脳脊髄液漏出症」确实以上と診断された場合には、まず、2週間の安静臥床により髄液漏の軽減と漏出部位の自然閉鎖を促す。同時に経口水分摂取や補液を行ない髄液の増加を図る。水分補給は、経口摂取・補液を含め一日2L以上を目安とする。

2)保存的治療にてVisual analog scaleで最悪の症状を100%とした場合に30%以上の症状改善が認められなかった場合には、硬膜外自己血注入法(ブラッドパッチ)を行なう。髄液漏出部を含む広い範囲の硬膜外に自己静脈血を注入し漏出部位を閉鎖する。注入量は、腰椎部では20~40mL、頸椎・胸椎部では10~15mL前後とする。

3)ブラッドパッチが無効の場合の治療に関しては、任意とする。

注1)慢性硬膜下血腫に対する治療は、主治医の判断とするが、治療経過報告書の治療欄に記載すること。

注2)画像診断基準にて、「脳脊髄液漏出症」強疑以下と診断された場合、および、治療においてブラッドパッチの同意が得られなかった場合には、研究中止とし、治療に関しては主治医の判断とする。ただし、行われた治療と転帰を報告するものとする。

注3)ブラッドパッチは、現時点で保険適応外の治療であるが、研究班の参加施設が「先進医療」として申請し、認められた手技にて治療を行う。

画像の中央判定

・登録した被験者について、研究代表者および研究分担者の2名の放射線科医が被験者の画像を再審査し、画像中央判定を行う。

・各施設の施設責任者と画像中央判定会の判定が異なった症例については、後日当研究班の全体会議において検討する。

研究期間および目標症例数

平成24年4月1日から平成26年2月28日まで、被験者登録を行う。本研究の最終報告書作成時までを研究期間とする(平成26年3月末を

予定)。

目標症例数は、平成23年度までの研究結果をもとに登録症例数100例、治療症例数20例とする。

倫理的配慮

(1)本研究は、ヒトを対象とした臨床研究であり、ヘルシンキ宣言に基づく倫理原則、臨床研究に関する倫理指針を遵守して実施する。

(2)研究の参加にあたっては、説明同意文書を含む研究計画書について、各施設の倫理委員会に文書による承認を得る。

(3)被験者の特定には登録番号のみが用いられ、被験者情報の機密は保持される。

(4)説明同意文書には、データは研究者により厳重に保護されること、データ検証のため研究事務局の担当者が担当医同席のもと、本研究に関連する診療記録等の一部を直接閲覧することがある旨記載される。

被験者への説明と同意

担当医師は本研究について以下の内容を被験者本人に説明し、参加について文書による同意を被験者本人より得るものとする。また研究計画書は、被験者本人の希望により、いつでも閲覧できることとする。登録は文書による同意取得後に行う。説明同意文書には以下の事項が含まれている。(1)研究への協力の任意性と撤回の自由、(2)研究目的および内容、(3)研究計画書等の開示、(4)予想される危険性およびその対応、(5)研究協力者にもたれられる利益および不利益、(6)費用負担に関すること、(7)知的所有権に関すること、(8)倫理的配慮、(9)個人情報の保護に関すること。

行政機関個人情報保護法に基づく追加事項

患者登録票には、氏名、住所、生年月日、カルテ番号等の情報が記載されないため、個人を特定できない。被験者の特定には登録番号が用いられ、被験者情報の機密は保持される。

データの品質保証

各研究実施医療機関の責任医師（研究代表者・研究分担者および研究協力者）は、原資料（診療記録、ワークシート等）と患者登録票との整合性に責任を負う。研究事務局は、適宜電話、訪問等による品質管理を実施する。必要に応じ、担当医師立ち会いのもと原資料の直接閲覧による確認を行う。

検討結果

平成 26 年 3 月末現在、55 例の症例が登録されているが、現在も登録継続中であり、本報告書には、平成 26 年 2 月に開催された班会議で行なった 50 例での検討結果を記載する。よって以下の結果は、あくまでも途中経過であり、正式な検討は、予定症例数に達した時点で行う予定である。

1) 画像診断：

登録された 50 例中、画像判定基準・画像診断基準にもとづき各施設が診断した結果は、脳脊髄液漏出症と診断されたのは 40 例（80%）、脳脊髄液漏出症疑は 6 例（12%）、髄液漏出が否定されたのは 4 例（8%）であった。疑い例中 3 例は、漏出を証明できなかったが低髄液圧症の所見を有していた。

上記 50 例について放射線診断医 2 名による画像の中央判定を行なった。

< 硬膜外注入・穿刺部漏出 >

・CT ミエログラフィーの検討により、50 例中 4 例で造影剤の硬膜外への注入が疑われ、16 例で穿刺部から造影剤漏出が認められた。

（図 1 参照：硬膜外漏出によると思われる腰椎部の RI 集積と早期膀胱内集積。CT ミエログラフィーにおける硬膜外への造影剤漏出。）

< 硬膜肥厚 >

・頭部造影 MRI で硬膜の増強効果を認めた 19 例の脊髄 MRI axial T2 像における Floating dural sac sign (FDSS) の有無を検討すると、検査が行なわれていなかった 2 例を除く 17 例全

例で FDSS が観察できた。

・脊髄 MRI axial T2 像で FDSS を認めた 26 例中、頭部造影 MRI で硬膜の増強効果を認めたもの 17 例（65%）、増強が疑われるもの 2 例（8%）、増強効果を認めなかったもの 7 例（27%）であった。

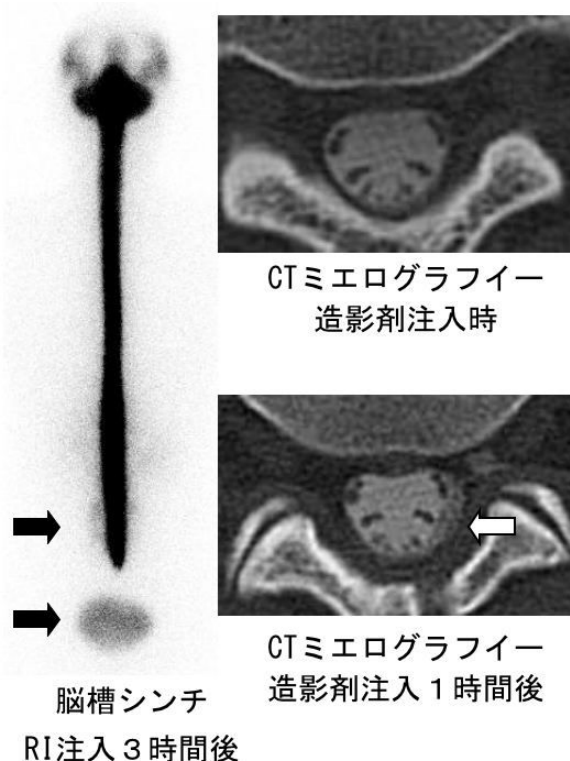
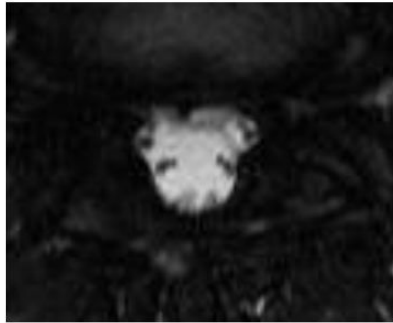


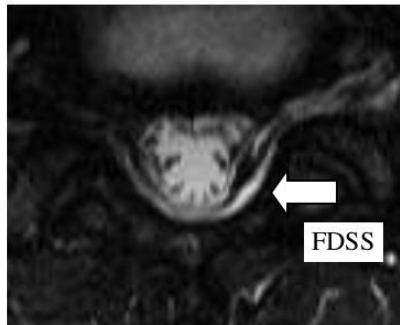
図 1：腰椎穿刺後の硬膜外漏出

< 腰椎穿刺前後の脊髄 MRI 所見 >

・腰椎穿刺後 2 日目までに脊髄 MRI T2 像が行なわれていた 18 例中 8 例（44%）で FDSS が出現し、7 例（39%）で FDSS が増強しており、腰椎穿刺後の 83% で、髄液の漏出が発生又は増強していた。（図 2 参照：図 1 と同一症例。腰椎穿刺前後の脊髄 MRI axial T2 像。腰椎穿刺後 2 日目の MRI 像では明瞭な FDSS が認められている。）



脊髄MRI axial T2像（腰椎穿刺前）



脊髄MRI axial T2像（腰椎穿刺2日後）

図2：腰椎穿刺前後の脊髄MRI像
（図1と同一症例）

< 総合判定結果 >

・画像中央判定により、最終的に脳脊髄液漏出症が確定または確定とされた症例は 17 例であった。(穿刺部からの漏出が疑われる症例や画像所見が equivocal とされたものを除いた。)

【参考】

・これら中央判定により脳脊髄液漏出症と判定された症例の平均髄液圧は 3.6cmH₂O[-1~14]、24 時間 RI 残存率は、平均 7%[1.6~23.2]であった。

・原因(誘因): 特発性 9 例(53%)、スポーツ・整体など 4 例(23%)、交通事故・外傷 3 例(18%)、重労働 1 例(6%)であった。

2) 治療効果:

プロトコールに記載したごとく、治療はまず保存的治療を行ない、保存的治療にて Visual analog scale で最悪の症状を 100%とした場合には、30%以上の症状改善が認められなかった場合には、硬膜外自己血注入法(ブラッドパッチ:EBP)を行なった。

< 各施設の診断による確定確定症例 40 例 >

- ・安静にて治癒: 5 例(12.5%)
 - ・ブラッドパッチにより治癒: 15 例
(37.5%: 15/全 40 例, 42.9%: 15 例/EBP35 例)
 - ・ブラッドパッチにより軽快: 19 例
(47.5%: 19/全 40 例, 54.3%: 19 例/EBP35 例)
* 治療後の VAS mean 35.4 [1-80]
 - ・ブラッドパッチにより不変: 1 例
(2.5%: 1/全 40 例, 2.9%: 1 例/EBP35 例)
 - ・ブラッドパッチにより悪化: 0 例
- * 有害事象: 感染徴候を伴わない不明熱(1 例自然寛解)

< 中央判定による確定確定症例 17 例 >

- ・安静にて治癒: 4 例(23.5%)
- ・ブラッドパッチにより治癒: 9 例
(52.9%: 9/全 17 例, 69.2%: 9 例/EBP13 例)
- ・ブラッドパッチにより軽快: 4 例
(23.5%: 4/全 17 例, 30.8%: 4 例/EBP13 例)
* 治療後の VAS mean 17.5 [5-30]
- ・ブラッドパッチにより不変・悪化: 0 例

D. 考察

脊髄 MRI axial T2 像の有用性について:

本研究班の画像判定基準および診断基準においては、脊髄 MRI axial T2 像の Floating dural sac sign (FDSS)に重きを置いている。これは、脊髄 MRI が腰椎穿刺前に髄液漏の評価を行うことが可能であるためである。これまで本症の診断において、しばしば腰椎穿刺による RI や造影剤の漏出との区別が問題視されてきた経緯がある。今回の画像中央判定による検討では頭部造影 MRI で硬膜の増強効果を認め低髄液圧症と診断されたほとんど全ての症例で FDSS が陽性であった。このことは、脊髄 MRI axial T2 像の有効性を強く示していると思われる。

穿刺部からの漏出について:

現在行なっている臨床試験は、本症の診断に用いられている MRI、RI 脳槽シンチ、CT ミエログラフィーを同一症例に行い、それぞれの所見を比較できる点がこれまでになくユニークな点である。登録症例 50 例の画像中央判定結果をみると、やはり腰椎穿刺により少なからず穿

刺部から脳脊髄液が漏出することが CT ミエログラフィーや腰椎穿刺前後の脊髄 MRI の検討によって明らかとなった。この穿刺部からの漏出は、24 時間 RI 残存率や RI クリアランスの評価に影響を与えることが懸念され、これらの項目を画像判定基準や診断基準に組み入れる際には、慎重な対応が必要である。

頭部造影 MRI による硬膜増強効果と髄液漏出について：

これまでも「脳脊髄液漏出があっても硬膜の増強効果を呈さない場合がある」との指摘があったが、今回の検討でもその考え方が裏付けられている。すなわち、脊髄 MRI において FDSS が認められ脳脊髄液漏出があると考えられても、頭部造影 MRI で明らかに硬膜増強効果ありと判定されたのは 65%であった。頭部造影 MRI の硬膜増強効果に関しては、髄液漏出の程度（症状の程度）と画像所見が変化するまでに lag time がある症例も複数経験しており、その評価には慎重を要するが、頭部造影 MRI の所見のみで髄液漏の存在を診断するのは困難と考えられる。

ブラッドパッチの有効性について：

症例数が数十例の段階で治療効果を正確に判定するのは困難であるが、大まかな傾向は把握できるものと考ええる。今回、画像中央判定により脳脊髄液漏出症が確定・確実な症例に限定した検討をおこなった結果でも、7 割弱の症例が治癒しており、悪化や有害事象がなかったことから、診断をしっかりと行なえば脳脊髄液漏出症に対するブラッドパッチ療法は有効かつ安全な治療法であることが期待される。

E. 結論

我が国の本症に関係する学会の承認を受けた画像判定基準・画像診断基準を公表できたことにより、少なくとも今回中核となる病態と規定した「脳脊髄液漏出症」に関しては、広くコンセンサスが得られた。それにより、治療に関して「先進医療」制度を活用した診療が可能となった。現在、本研究班のみならず全国で 35 施設が先進医療の承認を受け診療を行なっている。

本研究班では、平成 24 年度からブラッドパッチ療法の有効性・安全性の評価も含めた治療法の検討と周辺病態の検討を新たな臨床研究を継続中である。

以上から、最終目的である「誰がみても納得できる診療ガイドライン」の策定に向けて、平成 22 年度から本年度（平成 25 年度）までの 4 年間に大きな進展があったものとする。

本研究は、今年度が二期目の初年度であったが、脳脊髄液減少症・脳脊髄液漏出症の研究は、まだ緒に就いたばかりであり解決すべき点も多く存在する。今後も本研究の目的である「科学的根拠に基づく診断基準の作成と、不確実な診断・治療による合併症発生の回避」のため、幅広い視点から研究を継続していく必要があると考えている。

F. 健康危険情報

平成 25 年度に記入すべき健康危険情報無し。

G. 研究発表

< 1. 論文発表 > 主なもののみ記載

【雑誌・書籍】

1) Hosoya T, Hatazawa J, Sato S, Kanoto M, Fukao A, Kayama T: Floating dural sac sign is a sensitive magnetic resonance imaging finding of spinal cerebrospinal fluid leakage. *Neurol Med Chir (Tokyo)* 53(4):207-12, 2013.

2) 佐藤慎哉, 嘉山孝正: 低髄液圧症候群, 脳脊髄液減少症, 脳脊髄液漏出症. *Jpn J Neurosurg(Tokyo)* 22:442-451, 2013.

3) Hosomi K, Kishima H, Oshino S, Hirata M, Tani N, Maruo T, Yorifuji S, Yoshimine T, Saitoh Y: Cortical excitability changes after high-frequency repetitive transcranial magnetic stimulation for central poststroke pain. *Pain* 154: 1352-7, 2013.

< 2. 学会発表 > 主なもののみ記載

1) 堀田祥史, 鈴木健吾, 大森義範, 宮田 圭,

飯星智史, 越智さと子, 秋山幸功, 三上 毅, 鰐淵昌彦, 三國信啓:「脳脊髄液漏出症の診断と治療」第71回日本脳神経外科学会北海道地方会, 2013年9月21日, 札幌.

2) 山田隆壽, 高安正和:「C1-C2 False localizing sign を呈した脳脊髄液減少症」第37回日本脳神経外傷学会, 2014年3月7日, 東京.

3) 篠永正道:「慢性硬膜下血腫を伴った特発性低髄液圧症候群の一例」第9回神奈川脳神経外科集談会, 2013年2月9日, 横浜.

4) 篠永正道:「梨状筋症候群は難治性坐骨神経痛の原因かもしれない」ASSS2013 in Yokohama (Authentic Spinal Surgeon Summit), 2013年2月16日, 横浜.

5) 篠永正道:「交通事故による脳脊髄液漏出症の分析」第36回日本脳脊髄外傷学会, 2013年3月9日, 名古屋.

6) 篠永正道:「脳脊髄液減少症」第54回日本心身医学会総会ならびに学術講演会, 2013年6月26日, 横浜.

7) 篠永正道:「本当にあるのか脳脊髄液減少症」Summer Forum for Practical Spinal Surgery 2013, 2013年8月3日, 仙台.

8) 篠永正道:「脳脊髄液減少は多彩な神経機能障害をもたらす—新たな疾患概念の提唱」日本脳神経外科学会第72回学術総会, 2013年10月18日, 横浜.

9) 篠永正道:「最も信頼できる髄液漏出診断法」第12回脳脊髄液減少症研究会, 2013年10月27日, 名古屋.

10) 篠永正道:「外傷性脳脊髄液減少症は稀な疾患ではない!! - 交通外傷後脳脊髄液減少症の多数の臨床経験から - 」日本賠償科学会第63回研究会, 2013年12月14日, 東京.

11) 西尾 実, 櫻井圭太, 間瀬光人, 山田和雄:「脳脊髄液漏出症に対するブラッドパッチ療法の治療成績と診断基準の方向性について」第14回名古屋脳神経外科領域痛みの研究会, 2013年2月2日, 名古屋.

12) 西尾 実, 櫻井圭太, 間瀬光人, 山田和雄:

「ブラッドパッチ療法の治療成績と診断基準の方向性について」第11回脳脊髄液減少症研究会, 2013年3月23日~24日, 東京

13) 西尾 実, 青山公紀, 櫻井圭太, 間瀬光人, 山田和雄:「脳脊髄液減少症に対する診断治療の方向性について」日本脳神経外科学会第72回学術総会, 2013年10月16日~18日, 横浜.

14) 佐藤慎哉:「脳脊髄液漏出症の画像診断」第12回山形デジタル画像セミナー, 2013年2月23日, 山形.

15) 佐藤慎哉:「低髄液圧症候群、脳脊髄液減少症、脳脊髄液漏出症—脳脊髄液減少症の診断・治療法の確立に関する研究班の研究から—」第36回日本脳神経外傷学会, 2013年3月8日~9日, 名古屋.

16) 佐藤慎哉:「脳脊髄液減少症の診断と治療」第6回庄内脳神経疾患治療研究会, 2013年6月7日, 酒田.

17) 佐藤慎哉:「脳脊髄液漏出症の画像診断」第66回日本脳神経外科学会近畿支部学術集会, 2013年9月6日~7日, 大阪.

18) 佐藤慎哉:「脳脊髄液漏出症の画像判定基準と画像診断基準(基準作成の概要)」日本賠償科学会第63回研究会, 2013年12月14日, 東京.

[学会発表:研究協力者]

19) 紺野慎一:「脳脊髄液減少症の診断と治療」平成25年度高知県医師会労災保険指定医部会総会・学術講演会, 2013年9月6日, 高知.

20) 山田隆壽, 丹羽愛知, 青山正寛, 竹内幹伸, 上甲真宏, 安田宗義, 高安正和:「Cerebrospinal fluid hypovolemia in association with the presence of a false localizing C1-C2 cerebrospinal fluid leak.」第12回脳脊髄液減少症研究会, 2013年10月26日~27日, 名古屋.

23) 守山英二:「外傷性脳脊髄液漏出症の画像診断」第36回日本脳神経CI学会総会, 2013年2月23日, 広島.

24) 守山英二:「画像診断を駆使した脳脊髄液

漏出症診断」 第 36 回日本脳神経外傷学会，
2013 年 3 月 8 日～9 日，名古屋。

25) 守山英二：「脳脊髄液漏出症診断基準作成
に向けた基礎データ」 第 11 回 脳脊髄液減少症研究会，2013 年 3 月 23 日，東京。

26) 守山英二：「脳脊髄液漏出症画像診断基準
への提言：EBP 治療成績からの考察」 日本脳
神経外科学会第 72 回学術集会，2013 年 10 月
16 日～18 日，大阪。

27) 守山英二：「中高生の脳脊髄液漏出症に対
する治療経験」 第 67 回国立病院総合医学会，

2013 年 11 月 9 日，金沢。

28) 中川紀充：「小児・若年者における脳脊髄
液減少症の診療方針」 第 11 回脳脊髄液減少
症研究会，2013 年 3 月 23 日～24 日，東京。

29) 中川紀充：「厚労省研究班による画像診断
基準・ICHD 第 3 版時代の脳脊髄液減少症の
画像診断」 第 12 回脳脊髄液減少症研究会，
2013 年 10 月 26 日～27 日，名古屋。

H. 知的所有権の出願・取得状況(予定を含む。)
該当無し。

II. 分担研究報告

厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業(神経・筋疾患分野)
分担研究報告書

脳脊髄液減少症の診断・治療法の確立に関する研究

研究分担者：有賀 徹（昭和大学救急医学講座教授），宇川義一（福島県立医科大学神経内科教授），喜多村孝幸（日本医科大学脳神経外科臨床教授），佐藤慎哉（山形大学総合医学教育センター教授），篠永正道（国際医療福祉大学附属熱海病院脳神経外科教授），高安正和（愛知医科大学脳神経外科教授），西尾 実（名古屋市立大学脳神経外科非常勤講師），畑澤 順（大阪大学核医学講座教授），馬場久敏（福井大学整形外科教授），深尾 彰（山形大学公衆衛生予防医学講座教授），細矢貴亮（山形大学放射線診断科教授），三國信啓（札幌医科大学脳神経外科教授），吉峰俊樹（大阪大学脳神経外科教授）。

研究協力者：加藤真介（徳島大学整形外科教授），紺野慎一（福島県立医科大学整形外科教授）島 克司（医療法人医鳳会 / 防衛医科大学校前脳神経外科教授），鈴木晋介（国立病院機構仙台医療センター脳神経外科医長），中川紀充（明舞中央病院脳神経外科部長），守山英二（国立病院機構福山医療センター脳神経外科医長）＜五十音順＞

研究要旨

研究代表者の指導のもとに、「脳脊髄液減少症の診断・治療法の確立に関する研究」という課題で、低髄液圧症候群を含む脳脊髄液減少症、および外傷性頸部症候群に関する網羅的な論文検索を行った結果に基づき臨床研究プロトコールを作成し、前方視的多施設共同臨床研究を行った。

平成22年度～23年度は、その臨床研究結果にもとづき「脳脊髄液漏出症の画像判定基準・画像診断基準」を策定、公表した。平成24年度は、公表した画像診断基準により「脳脊髄液漏出症」と診断された症例を対象としたブラッドパッチ療法の先進医療申請を行い6月に承認を受けることができた。さらに、平成24年6月からは、「治療法の安全性・有効性と周辺病態の検討のための新たな多施設共同臨床研究」を開始し、平成25年度、新たな研究助成を受け研究を継続した。

A.よりH.までの報告は、研究代表者と同一であるため、省略する。

III. 研究成果の刊行に 関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Hosoya T, Hatazawa J, Sato S, Kanoto M, Fukao A,	Floating dural sac sign is a sensitive magnetic resonance imaging finding of spinal cerebrospinal fluid leakage.	Neurol Med Chir (Tokyo)	53(4)	207-212	2013
佐藤慎哉 嘉山孝正	低髄液圧症候群，脳脊髄液減少症，脳脊髄液漏出症．	Jpn J Neurosurg(Tokyo)	22	442-451	2013
Hosomi K, Kishima H, Oshino S, Hirata M, Tani N, Maruo T, Yorifuji S,	Cortical excitability changes after high-frequency repetitive transcranial magnetic stimulation for central poststroke pain.	Pain	154	1352-1357	2013
篠永正道	脳脊髄液減少症研究の現況と展望	日本臨床	71(10)	1871-1878	2013
Sakurai K, Matsukawa N, Okita K, Nishio M, Shimohira M, Ozawa Y, Kobayashi S,	Lumbar puncture-related cerebrospinal fluid leakage on magnetic resonance myelography: is it a clinically significant finding?	BMC Anesthesiology	13	35	2013