

話 題

水頭症関連用語の交通整理

坂 田 一 記

水頭症 hydrocephalus に関連して種々の用語があるのは周知のとおりであるが、これらの用語のなかでまま同名異義のものがあつたり、異名同義のものがあつたりして、とまどうことがある。また obstructive communicating hydrocephalus などという一見矛盾したような表現に出会って首をかしげる人もあるかもしれない。そこで水頭症関連用語中の若干について私見を述べてみたい。

「水頭症」は以前「脳水腫」と称されることが多かったが、「脳水腫」は別の意味に用いられている場合がある。筆者はかつて「脳挫傷部の周辺に脳水腫を認め……」というような病理所見の記載をみてとまどった記憶があるが、最近の教科書（武田：新病理学各論，1975年版）でも「脳水腫 brain edema」（われわれは通常脳浮腫と呼ぶ）の記載がみられ、このような混同を避ける上からも「水頭症」の用語が適切であろう。

水頭症は Matson (1969) によれば、頭蓋内における「an increase in the amount of cerebrospinal fluid which is, or has been, under increased pressure」を特徴とする病態であると定義されており、これは最も一般的な考え方と思われる。この考え方からすると、髄液圧亢進を伴わない hydrocephalus ex vacuo とか、必ずしも髄液増量を認めない otitic hydrocephalus には水頭症の用語は適切ではない。Matson 以後に導入された概念としての、成人にみられる正常圧水頭症 normal pressure hydrocephalus も髄液圧亢進を示さない点で上記の定義から外れるようにみえるが、この場合「かつて」髄液圧亢進状態を経過していることが多いため、広く解釈すれば上記の定義に適合するようである。

この正常圧水頭症はクモ膜下出血、脳外傷、あるいは不明の原因などで脳室拡大を伴う高髄液圧水頭症の段階を経て、経脳室壁髄液吸収路の発達などの結果髄液圧正常化が起こったものが多いと思われるが、小児水頭症の場合にもこのような髄液吸収の代償過程が発達したことにより頭囲の増大速度が減少し、髄液圧も正常範囲におさまっている症例がある。しかしこの場合の頭囲曲線は依然として正常の頭囲曲線範囲の上限を超えた位置にあり、拡大した脳室壁を覆う脳室上衣の間隙から脳室壁内すなわち脳実質内細胞間腔へ髄液が進入し、実質内血管腔へと吸収される代償過程が発達したために髄液圧が正常化している場合が多い。このような状態の水頭症は以前から停止性水頭症 arrested hydrocephalus とも代償性水頭症 compensated hydrocephalus とも呼ばれている。この「停止性」という表現と「代償性」という表現とはしばしば等価的に用いられており、例えば Folz (1972) は脳室壁よりの「代償的」髄液吸収路の発達により「停止性」水頭症が起ると記載しているほどである。

これに対して「停止性」と「代償性」は厳密に区別されるべきであるとの主張もある。例えば佐藤 (1976) は、脳実質の犠牲のもとに経脳室壁髄液吸収が行われている場合は「停止性」と呼ばずに「代償性」と呼ぶべきであるとしている。ところで「代償性」水頭症については、髄液吸収が脳室壁で代償されているという意味で諸家の見解の相違はあまりなさそうであるが、「停止性」水頭症については諸家の間に相当概念の懸隔があるようである。例えば「停止性」水頭症を、髄液の正常吸収路の再疎通の意味で、すなわち *cured hydrocephalus* の意味で使用している学者がある。Shillito (1973) は出産時クモ膜下出血などによる新生児水頭症では自然的「停止」が起こることがあり、もし停止が起こる場合にはそれは数週間以内に起こる、と記載しているが、これはそのような使用例である。一方 Raimondi (1972) のように、「停止性」というのは脳室拡大の進行が臨床的にみてもはや著明でなくなった、ということの意味するものであって *cured* を意味するものではない、そして自然的「停止」が *shunt* 術を行わずに得られた場合には必ず脳室の著明な拡大と知能あるいは運動機能の障害が残存している、と主張する学者もある。ちなみに彼は *shunt* 術施行により水頭症病態が解決されている状態を称して「代償性」水頭症としているが、「代償性」水頭症をこのような意味で使用している学者は少いようである。上述のように「停止性」なる表現は多義的であるので、むしろこの表現は使用しないことにして、*spontaneously cured* 自然治癒性（後遺脳障害を伴い、あるいは伴わず）、*spontaneously compensated* 自然代償性（後遺脳障害を伴うこと多し）、*shunt-compensated* シャント代償性（シャント依存性を伴うこと多し）の3つに分類すべきであるかもしれない。

このように水頭症病態が自然にあるいは治療により進行を停止していないで、進行を続けている場合、それは進行性 *progressive or progressing*、高圧性 *high pressure* あるいは活動性 *active* の水頭症と呼ばれているが、このうち「*active hydrocephalus*」は Lazorthes (1954) が別の意味、すなわち「髄液循環が障害あるいは遮断されたための水頭症」として用いているので「*progressive*」の表現の方が適当と思われる。

水頭症を治療の立場から分類する方法として古くより用いられているのは、交通性 *communicating* および非交通性 *non-communicating* あるいは閉塞性 *obstructive* の水頭症に二分する方法である。前者は脳室系と脊髄クモ膜下腔との間に交通が認められる場合であり、後者はしからざる場合である。ところが最近の *RI-cisternography* の普及につれて、髄液循環吸収のより詳細な解析が行われるようになり、*communicating* の型をさらに、クモ膜下腔における髄液流通障害ないし吸収障害の意味で *obstructive communicating hydrocephalus* とか、*extraventricular obstructive communicating hydrocephalus* とか、*distal CSF space obstructive hydrocephalus* とかの名称で細分する記載がみられるようになり、これに対して元来の非交通性水頭症のことを *ventricular obstructive hydrocephalus*、脳室系とクモ膜下腔の双方に通過障害のあるものを *mixed obstructive and communicating hydrocephalus*、などと種々な名称が用いられているようであり、やや混乱気味である。やはり本来の Dandy 以来の分類法を踏襲して交通性と非交通性に二分し、上記のような細分は括弧内に入れてほしいものと考えるのは不見識であろうか。ちょうど頭部外傷荒木分類における第Ⅱ型（頭蓋底骨折）というふうに。