

他科の先生に
知って欲しい

豆知識・・・脳神経外科編⑫

特発性正常圧水頭症 (iNPH) をご存じでしょうか？

岡山大学病院 脳神経外科 助教 佐々田 晋



特発性正常圧水頭症 (iNPH) は、頭蓋内先行疾患がない、脳脊髄液吸収障害に起因した病態です。有病率は0.2-3.7%、罹患率は年間およそ120/10万人と推定され、高齢者では比較的頻度の高い疾患です。しかし、受診率は10万人あたり年間2-10人と報告され、年間罹患者の10%程度しか受診していないと推測されます。主な症状は、歩行障害、認知機能障害、尿失禁が挙げられ、3徴とされます。特に歩行障害は特徴的で、歩幅の減少、脚の挙上低下、開脚歩行が三大特徴です。バランス感覚が低下し転倒も多くなります。先述の3徴は高齢者では珍しくなく、見過ごされる症例も多いと思われます。よって、上述の症状を呈している場合、iNPHを疑ってみることが大切です。疑いがある

れば、頭部の画像検索 (CT、MRI等) を試みます。左右の側脳室の拡大は最も有名な水頭症の画像所見です。しかし、脳の萎縮が強い症例でも側脳室は拡大して見えてしまいますので、頭頂部の脳溝にも注目します。脳の萎縮だと、脳溝はむしろ広く開いていますが、iNPHだと、脳溝は密着して見えづらくなります。冠状断では、シルビウス裂も髄液の吸収障害で広がり、シルビウス裂の開大が認められることも多いです。

3徴のいずれかがあり、上述の画像所見が得られた場合、iNPHの可能性は高いです。このような患者には、タッピングテストを行うことが多いです。腰椎穿刺により髄液を30ml程度排出させ、その前後で歩行障害や認知障害、尿失禁の改善が得られるかどうかを調べます。timed up and go test (TUG) を評価し、歩行障害の改善の有無を、Mini-Mental State Examination (MMSE)、Frontal Assessment Battery (FAB) など評価し、認知機能面の改善の有無を調べます。タッピングテストでiNPHの症状の改善が認められると、外科的治療を考慮します。

外科的治療には、脳室腹腔短絡術 (VP shunt) と腰椎腹腔短絡術 (LP shunt) の2種類があります。VP shuntは側脳室にチューブを差し込み、LP shuntは腰椎の硬膜内にチューブを差し込み、圧可変バルブをつなぎ (圧可変バルブで排出する髄液の量を調節できます)、中継するチューブを皮下に埋め込んで、腹腔につなぎます。いずれも、過剰になった髄液を腹腔に持続的に排出させます。これによりiNPHの症状の持続的な改善を狙います。

iNPHは、超高齢社会の本邦において、決して珍しい病気ではありません。医療に携わる多くの方々にこの病気を認知していただきたいです。治療によりiNPHの症状は改善することも多く、生活の質の向上につながります。もし、先生方の診療で、iNPHを疑う患者がおられたら、脳神経外科にご相談いただけると幸いです。

Fig.1 iNPH患者のMRI画像

①左右の側脳室前角の拡大を認めます。②頭頂部では、脳溝が狭小化しています。③冠状断では、シルビウス裂が拡大しており、頭頂に向けて前頭葉、頭頂葉が押し上げられています。

