

交通事故損害賠償請求訴訟における 低髄液圧症候群について

弁護士 谷山 智光

1 低髄液圧症候群とは

低髄液圧症候群（なお、脳脊髄液減少症と呼称すべきであるとの見解もある。）とは、脳脊髄腔から髄液が漏出し、減少することにより、髄液圧が下降し、脳が下方に偏位することによって、頭蓋内の組織が下方に牽引されて頭痛等が生ずるという一連の病態をいう。臥位から立位に移行すると、頭の位置が漏出部位より相対的に高くなり、髄液漏出が増加するため、頭痛が出現ないし増悪し、逆に、臥位になると頭痛が改善する（起立性頭痛）。また、これ以外にも、項部硬直、耳鳴り、聴力低下等があるが、それらの症状が臥位の状態から座位又は立位になることで増悪するのが特徴である。

低髄液圧症候群の治療は、保存的療法、硬膜外に自家血を注入する方法（ブラッドパッチ療法）又は硬膜外に生理食塩水を注入する方法等により行われる。

交通事故によるむち打ち等でこのような症状を訴えられ、それに対し低髄液圧症候群と診断される場合もあるが、必ずしも確立した診断基準が存するとはいえないため、裁判においてその認定は容易ではない。

2 診断基準

低髄液圧症候群の診断基準として、①国際頭痛学会作成の国際頭痛分類第2版のうち、特発性低髄液圧性頭痛の診断基準（以下「国際頭痛分類基準」という。http://www.jhsnet.org/gakkaishi/jhs_gakkaishi_31-1-ICH2.pdf）、②日本脳神経外傷学会の「外傷に伴う低髄液圧症候群」の診断基準（以下「神経外傷学会基準」という。http://www.neurotraumatology.jp/pdf/10_Diagnosticnorm.pdf）、③脳脊髄液減少症研究会ガイドライン作成委員会の脳脊髄液減少症ガイドライン2007（以下「研究会ガイドライン」という。<http://engaru.jp/kenko-fukushi-ikui/06hokenhukusi/kenko-iryō/nousekizuiekigensyousyou/guideline2007.pdf>）、④平成22年度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班の脳脊髄液漏出症画像判定基

準・画像診断基準（以下「研究班画像基準」という。http://www.id.yamagata-u.ac.jp/NeuroSurge/nosekizui/pdf/kijun10_02.pdf）がある。

この点、③研究会ガイドラインに対しては、専門家の間で、多様な症状を含むがゆえに不定愁訴を訴えるほとんどの人が該当する基準となっていることや、診断手法等につき、否定的な見解や疑問もある。「国際頭痛分類基準及び脳神経外傷学会基準が、当該学会における診断基準として一定の承認を得たものということができないのに対し、研究会ガイドラインは、低髄液圧症候群に関する1つの研究の方向性を示すものといえることができるが、その成果については、医学界において、髄液漏れを伴う低髄液圧症候群の確定的診断基準としては、少なからぬ誤差を含むなどの問題点を指摘する意見があり、日本脳神経外傷学会においても、検討を重ねた結果、平成22年に脳神経外傷学会基準を発表するに至ったことに照らすと、研究会ガイドラインをもって、現時点の医療における一般的な診断基準として承認されたものと認めることはできない。」とした裁判例もある（仙台地裁平成24年7月18日判決自保ジャーナル1883号90頁）。

なお、④研究班画像基準は、②神経外傷学会基準を作成した日本脳神経外傷学会を含め、8つの学会が了承・承認しており、このことを理由にこれを重要な診断基準であるとした裁判例もある（横浜地判平成24年7月31日自保ジャーナル1878号1頁）。

3 裁判例における考慮要素

裁判例においては、おおむね以下の考慮要素によって、低髄液圧症候群の発症の有無を判断している（東京地判平成24年11月7日自保ジャーナル1888号53頁等）。

(1) 起立性頭痛及び体位による症状の変化が認められるか。

国際頭痛分類基準及び神経外傷学会基準のいずれも、起立性頭痛や体位による症状の変化を低髄液圧症候群診断の必須の要件として挙げており、研究会ガイドラインでも、立位又は座位による症状の悪化を低髄液圧症候群の徴表ととらえていることから、起立性頭痛及び体位による症状の変化が認められるかどうかを検討されている。

(2) 髄液漏出を示す画像所見があるか。

国際頭痛分類基準、神経外傷学会基準、研究会ガイドライン、研究班画像基準のいずれにおいても、髄液漏出を示す画像所見があることが診断基準とされ、画像診断の方法として、MRIのほか、RI脳槽

シンチグラフィー検査などが挙げられていることから、髄液漏出を示す画像所見があるかが検討されている。

- (3) ブラッドパッチ療法による症状の改善が認められるか。

低髄液圧症候群の治療の1つとしてブラッドパッチ療法が挙げられ、国際頭痛分類基準においてはブラッドパッチ療法施行後に頭痛が消失することが診断基準とされ、研究会ガイドラインにおいては硬膜外腔に生理食塩水を注入することによる症状の改善が脳脊髄液減少症の診断基準とされていることから、ブラッドパッチ療法による症状の改善が認められるかが検討されている。

- (4) 髄液圧

国際頭痛分類基準、神経外傷学会基準のいずれにおいても、髄液圧の低下(60ミリメートル水柱未満ないし以下)が診断基準とされ、研究班画像基準でも、脳脊髄液減少症と低髄液圧症とは密接に関係しており、低髄液圧症の診断は脳脊髄液漏出症診断の補助診断として有用であるとされているため(そこでは60ミリメートル水柱以下の髄液圧が基準とされている。)、髄液圧が検討されている。

4 最後に

低髄液圧症候群については、その発症を認定した裁判例は今のところ極めて少ない。今後、医学界において診断基準のさらなる研究が進めば、裁判例の考慮要素にも影響を与え、結論にも影響を与える可能性がある。裁判例とともに診断基準の動向にも注目する必要がある。