報告書（順大　山内班の２）

新生児開放性脊髄と膜瘤の早期閉鎖術

――V－Pシャントの短期成績について――

静岡県立こども病院
整形外科　岩谷　力
脳神経外科　山崎　駿

昭和５２年６月より５５年３月までに静岡県立こども病院にて治療した、新生児開放性脊髄髄膜瘤は１４例である。われわれは新生児科、脳外科、泌尿器科、神経内科とチームを編成し、一貫した治療にあたって来た。今回１４例中、死亡５例と、１才半を越えた６例の計１１例の短期治療結果を報告する。

症例は男３、女８で、脊髄髄膜瘤９、髄膜瘤１、脊髄膜１である。われわれの治療方針は、1. 早期のシャント術と脊髄髄膜瘤閉鎖術、2. 合併症の多い場合には積極的治療はさし控える。3. 長期の一貫した療育体制、においている。

術前にLorber の基準などによる選択は行っていない。入院に当っては、整形外科医が主治医となり、上記チームで治療に当った。表１は、分娩歴、入院日、麻痺レベル、手術施行日、術前合併症、転帰などを示したものであり、表２は、術前・後の合併症を記したものである。

表１

		性	出生順位	妊娠歴	分娩歴					初診日生後	マヒレベル	手術施行日		術前合併症	転帰
					在胎週	胎位	生下時体重	頭囲	分娩異常			瘤閉鎖術	V－Pシャント術		
1	M.H.	女	3	妊娠中毒症	40	頭	2,710g	33.5		0日	L_5	生后２日	4カ月		
2	Y.Y.	女	1	異常なし	38	〃	2,730	32.5	羊水過多混濁	0	S_1	1	19日		
3	F.M.	女	1	〃	40	骨盤	2,600	34.0	臍帯巻絡	0	L_5	2	7日		
4	M.N.	女	1	〃	40	〃	2,900	41.0	帝切	2	L_5	3	3日	中枢神経系症状	死亡
5	T.K.	男	1	切迫流産	?	頭	2,630	30.5		0	L_1	0	4カ月	鎖肛、仙骨欠損	死亡
6	O.R.	女	2	頸管縫縮	38	〃	2,620	31.0		1	S_1	4			
7	H.S.	男	1	異常なし	40	〃	3,180	32.0	羊水過多	1	L_5	1	1日		死亡
8	T.K.	女	3	X－P撮影	38	〃	3,100	34.0	チアノーゼ⊕	0	L_5	5	5日	無呼吸発作	
9	K.I.	男	2	異常なし	37	〃	3,100	32.5		0	S_1	5	5日	髄膜瘤	
10	I.K.	女	3	服薬	41	〃	3,000	32.5	仮死	4	L_5	6	6日	黄疸 無呼吸発作	死亡
11	N.C.	女	3	風邪	41	〃	3,250	34.5		0	L_5	1	1日		

水頭症の合併は９例にみられ、水頭症の程度が重症であるほど、無呼吸発作、哺乳時チアノーゼなどの呼吸不全の症状が強く、脳室炎、肺炎などの致命的重症感染症に罹患しやすいことがわかった。なお水頭症の重症度判定は、出生時ＣＴ検査上の脳室容積を、プランメータで計測し、脳室容積が１０cc以下を正常、１０～２０ccを軽度拡大、２０～５０ccを中等度拡大、５０cc以上を高度拡大とした（山崎による）。生存６例の発達歴は表３のごとくで、合併症も少く、初回入院日数は平

表2

		術前合併症		手術時間	出血量	術后合併症						初回入院日数	転帰
		出生時脳室拡大				無呼吸発作	哺乳状態	シャント不全	創離開	脳室炎	その他		
1	M.H.	(+)		2° 32′ 50′	100cc 20cc		良好					39日	
2	Y.Y.	(+)		2° 40′ 2° 00	90 20		〃	1回				43	
3	F.M.	(+)		2° 02′ 35′	50 4		〃	6回			髄液漏	44	
4	M.N.	高度	中枢神経症状 (#) 無呼吸発作	2° 27′	55	(#)	チアノーゼ (+)	4回		(+)	家族拒否	81	死亡
5	I.K.	中等度	鎖肛、仙骨欠損	4° 05′ 1° 05′	200 15		良好		(+)		〃	129	死亡
6	O.R.	(#) (−)		1° 55′	75		〃		(+)			24	
7	H.S.	中等度	創汚染	3° 55′	60	(#)	チアノーゼ (+)	1回	(+)	(+)	敗血症	59	死亡
8	T.K.	高度	無呼吸発作	2° 08′	100		哺乳が下手					31	
9	K.I.	軽度		1° 35′	20		良好					27	
10	I.K.	高度	無呼吸発作 創汚染、黄疸、肺炎	3° 20′	100	(+)	チアノーゼ (+)		(+)	(+)		29	死亡
11	N.C.	高度		3° 35′	70	(+)	チアノーゼ (+)				テタニー	42	死亡

水頭症治療は症例6を除き全例に施行
瘤閉鎖術とシャント術同時施行例は症例④⑦⑧⑨⑩⑪
症例①②③⑤の手術時間欄で上段は瘤閉　術、下段はU－Pシャント術、出血量欄も同じ
症例5は初回に瘤閉鎖術と鎖肛手術を同時施行

表3

		性別年令	入院回数	発達歴				装具		足変形	水頭症			泌尿器科的問題	
				首すわり	つかまり立ち	つたい歩き	独歩	A.F.O. 処方時期	歩行時使用状況		術前脳室拡大	シャント不全	現在のシャント機能	尿失禁	V.u.R.
1	M.H.	2−9 女	3	3月	1才1月	1才4月	1才7月	1才2月	外出時のみ	踵足	(+)		良好	(+)	(#)
2	Y.Y.	2−9 女	2	3	1才2月	1−4	1−7	1−4	〃	凹足 claw	(+)	1回	〃	(+)	(#) (−)
3	F.M.	2−4 女	11	3	1才2月	1−5	1−9	1−3	〃	〃	(+) (−)	6回	〃	(+)	(+)
6	O.R.	9−11 女	2	3	7月	9	11		補装具なし	変形なし	(#)		〃	(+)	(#) (−)
8	T.K.	1−9 女	1	4	1才3月	1−5	未	1−5	常時	踵足	(#)		〃	(+)	(#) (−)
9	K.I.	1−9 男	2	4	7才0月	1−3	1−8	1−3	〃	凹足 claw	(+)		〃	(+)	(#) (−)

均３４.７日であった。首すわりは３～４ケ月で全例可能となったが、つかまり立ちはやゝ遅れた。つかまり立ちが可能となった頃に、A.F.O.を処方したところ、４例で、１才７～９ケ月時に独歩可能となった。

水頭症を伴わない１例は１１ケ月で独歩可能となっている一方、高度水頭症を伴う１例では、１才９ケ月でも歩行不能である。しかし、現在の下肢麻痺の程度に生下時の変形に比し、数段良好な状態である。知能発達遅延は見られていない。

死亡例５例の死因は、脳室炎３、肺炎１、高度水頭症による呼吸不全１であった。これら５例では、無呼吸発作、哺乳時チアノーゼなどによる呼吸不全症状が予後を左右していることは明らかで、これらに高度水頭症に多く、剖検でもArnold－Chiari 奇形や、脳幹部形成不全などがみられた点から、中枢性のものと考える。

本症治療には、積極論と、Lorber らの選択基準に代表される、無選択的治療の疑問を根底とした慎重論とがある。われわれは術前には選択を行っていないが、死亡例は結果的には、ほぼこれらの選択基準に合致するものであった。したがって、現在のところでは、われわれは、術前に選択を行うことなく、手術を拒否されない限り、行うことを原則とするが、重度奇形例、重度分娩損傷例では、早期手術を控える方針である。今後は、本症発生率の調査なども行い、巾広い療育体制を確立して行きたいと考えている。

検索用テキスト OCR(光学的文字認識)ソフト使用
論文の一部ですが、認識率の関係で誤字が含まれる場合があります

昭和52年6月より55年3月までに静岡県立こども底院にて治療した、新生児開放性脊髄髄膜瘤は14例である。われわれは新生児科、脳外科、泌尿器科、神経内科とチームを編成し、一貫した治療にあたって来た。今回14例中、死亡5例と、1才半を越えた6例の計11例の短期治療結果を報告する。