

07-06

頸髄症に対する選択的鏡視下椎弓切除と従来式椎弓形成術

高松赤十字病院 整形外科

○三代 卓哉¹⁾、小坂 浩史²⁾、濱口 理沙、後藤 仁、西岡 孝、三橋 雅

はじめに 近年、手術器械の進歩により腰椎のみならず頸椎にも鏡視下手術が応用でき、低侵襲手術の良好な成績が報告されるようになった。一方日本人は、脊柱管前後径が狭い例も多く、神経障害の原因が短椎間による場合でも予防的除圧か選択的除圧の適応に悩むことが多い。今回我々は治療法選択に際し、鏡視下椎弓切除術 (ME法) と予防的椎弓形成術 (LP法) による術後成績の差異を把握する目的で調査を行ったので報告する。

対象と方法 当科で頸髄症に対して施行された選択的鏡視下頸椎椎弓切除術を施行された30例 (ME群) と棘突起縦割式頸椎椎弓形成術 (C3-6) を施行された30例 (LP群) において、平均手術時間、術中出血量、術後7日目CRP、術後在院日数、術後合併症、術後可動域減少率を比較検討した。内訳はME群: 男性20例、女性10例、手術時平均年齢54.2歳 (30-75歳)。LE群: 男性23例、女性7例、手術時平均年齢54.4歳 (26-69歳) であった。

結果 術前JOAスコアはME群12.4点、LE群11.8点。最終調査時JOAスコアはME群16.1点、LE群14.5点で平均改善率ME群82%、LP群55.6%であった。術後7日目平均CRPはME群0.2mg/dl、LP群1.2mg/dlであった。合併症率はME群3.3%、LP群25%で、術後頸椎可動域 (C2-7) 変化率はME群-5.5%、LP群-29.4%であった。

考察 ME群ではJOAスコア改善率は有意にLP群より優れていた。ME群では片側優位の症状を呈した症例に適応され、両側に症状を呈した症例にLP法が選択されたことが症例群間の差異であった。術後CRP、合併症率、可動域制限はいずれもME群が優位にすぐれ、ME法の低侵襲性は明らかであった。しかし、LP群でも翌日から歩行可能で、長期成績の報告も良いことは事実である。鏡視下手術では除圧範囲に限界もあるため、可能な範囲でME法を選択し、除圧困難が予測される場合はLP法を選択すべきと思われた。

07-08

腰椎変性疾患に合併した仙腸関節障害の治療経験

那須赤十字病院 整形外科

○吉田 祐文、鈴木 拓、橋田 祐樹、松丸 聡、武田 和樹、大久保寿樹

【緒言】 非特異的な下肢痛の中には仙腸関節障害に由来するものが少なくない。今回、腰椎変性疾患の保存療法の過程で出現し、ブロックで軽減した仙腸関節障害の治療経験を報告する。

【代表症例】 35歳、女性。X年5月中旬から腰痛が増悪し、下肢痛 (右) が出現したため近医を受診した。NSAIDsにより疼痛のコントロールは当初ついていたが、6月になると坐剤を使用する必要があるほど悪化した。6月12日から残尿感を自覚するようになり、2日後にはトイレから戻ったあとで下着を漏らしてしまい、翌日の6月15日には排尿が終了したと思ったのにまだ排尿が続いていた。同日、大学病院を受診し、紹介され当科を受診した。MRIで2椎間 (L3/4、L4/5) の椎間板ヘルニアで、進行性の排尿障害をきたしているため緊急手術の絶対的適応であったが、家庭の事情で帰宅した。翌日、歩行不能となり入院となったが、排尿障害には改善傾向を認めていたため手術は希望されず、6月17日と20日に右L5の神経根ブロックを行い、歩行可能となるほどの改善が得られた。6月27日、安静時での右坐骨神経痛はほぼ消失するに至ったが、右大腿前面の疼痛が出現し、再び歩行に苦痛を伴うようになっていた。初診時には認めなかったが仙腸関節障害と考え、同日透視下に右仙腸関節ブロックを施行したところ、数時間後には右大腿前面の疼痛はほぼ消失しており、6月29日に退院することが出来た。

【考察】 当科では日常の臨床で常に仙腸関節障害の存在を意識しているが、いわゆる著効例を経験することはできなかった。今回、代表症例に供覧したように初診時には症状と兆候を認めず、経過中に発症し治療できた症例などの報告を行った。

07-07

脊椎術後血腫による再手術を要した症例

高松赤十字病院 リハビリテーション科¹⁾、整形外科²⁾

○濱口 理沙¹⁾、三代 卓哉²⁾、小坂 浩史²⁾、後藤 仁²⁾、西岡 孝¹⁾、三橋 雅²⁾

【はじめに】 脊椎手術後の合併症の一つに、術後硬膜外血腫がある。過去8年間に、当院で脊椎術後血腫により再手術を要した9例について検討を行った。

【対象・方法】 2003年9月～2011年12月までに当科で施行した全脊椎手術2138例のうち、術後硬膜外血腫を生じて再手術を行った9例 (0.42%) を対象とした。男性8例 (0.37%)、女性1例 (0.05%) であり、手術時平均年齢は61歳 (45～77歳) であった。これらの症例に対し、1) 術前検査・既往 (凝固系/肝機能障害・抗凝固剤内服歴)、2) 手術 (部位・術式・術中出血量・手術時間)、3) 再手術に至った症状 (出現時期・症状の特徴・血腫除去の時期) について検討した。

【結果】 9例中、バイアスピリン内服例や腎透析例、HCV陽性患者が含まれていたが、術前検査は全例とも異常なかった。手術部位は頸椎2例・腰椎7例であり、術式は内視鏡手術4例・椎弓形成術2例・椎弓切除術2例・腰椎固定術1例であった。出血量は内視鏡は少量で、腰椎固定術と3椎間の椎弓切除術では特に出血量が多かった。発症時の症状は下肢痛・しびれ・筋力低下であり、術後6時間以内に発症した4例は当日血腫除去術を実施した。

【考察】 脊椎術後硬膜外血腫の原因は、出血性素因・多椎間の手術・術中止血操作不足・術後血圧上昇・ドレナージ不足等が挙げられ、それらに対する対策が必要である。また、発症時期は、急性期と亜急性期の2通りに大別される。症状出現の発見には、家族や医療スタッフの協力や啓蒙も必要不可欠である。

【まとめ】 直接的な原因は明らかでなかったが、急性期に発症した4例は早期に血腫除去することによって、麻痺は残存せず経過良好であった。亜急性期例の5例も、血腫除去により症状は軽快した。亜急性期例も、症状によっては積極的に血腫除去を検討すべきと思われた。

07-09

2stage operationで対処した骨粗鬆性椎体骨折後遅発性麻痺の2例

高知赤十字病院 整形外科

○十河 敏晴、内田 理、八木 啓輔、住友淳一郎、高井 通宏

1例は84歳女性 L1椎体骨折後圧潰し膀胱直腸障害、下肢不全麻痺を生じた症例。もう一例は、77歳女性Th8椎体圧潰に加えL2,3,4椎体骨折にて腰痛、下肢不全麻痺で座位、立位困難な症例であった。2例とも強い骨粗鬆があり、圧潰椎体で後弯変形し同部で脊髄圧迫がみられた。また圧潰椎体に全く可動性は無く、椎体骨切り術に順じた広範囲な徐圧固定術が必要と思われた。年齢、体力を考慮し2例とも2期的徐圧固定術をおこなった。現在2例共に麻痺は改善し、歩行訓練中である。