

整形外科での顕微鏡下腰部脊柱管拡大減圧術 ―私の現在の標準的手術―

盛岡友愛病院 脊椎末梢神経外科しびれ外来

乗上 啓 のりあげ あきら

演者の脊椎外科研修時代に日本整形外科領域では、木田浩による腰部脊柱管狭窄症に対する肉眼下開窓術の報告がされ、その後、佐藤哲朗の変性すべり症に対する開窓術、菊池臣一の選択的除圧術が報告された。1990年代に入り、馬場逸志の顕微鏡下半円周除圧 SCD 法が報告された。演者は 2000 年に変性すべり症に対する顕微鏡下片側進入両側除圧術を報告した。その後、八田陽一郎は顕微鏡下の筋肉温存型椎弓間除圧 MILD 法を、渡辺航太は棘突起縦割椎弓切除の報告をした。これは白石建の頸椎の筋肉温存型椎弓切除の影響と思われる。

術者を始めた 35 年前と比し、超高齢化が進み、狭窄の程度や変形の程度が高度な症例が増えている。例えば、黄色靱帯骨化症、椎間関節嚢腫、黄色靱帯嚢腫、重度馬尾型狭窄、Ⅱ° 前後の変性すべり、骨硬化が著しい男性、変性側弯に伴う狭窄、BMI30 以上の肥満などの除圧手技が難な例を含め、全ての例で比較的短時間で低侵襲、確実、安全に対応できる術式は筋肉温存型アプローチ MILD 法で椎間関節温存型 SCD 法での減圧術が安全性も担保した最も適した標準的手術と私は考える。

ヘッドライト付きルーペ下手術も標準的手術になり得るが、所見の共有、記録、保存に劣る。片側進入両側除圧は棘突起列温存には優位性があるが、皮下脂肪の厚い肥満例、アライメント不良例、高度な変形性変化例、棘突起が過形成で太い例では進入側椎間関節温存が極めて困難である。正中進入に比し、レベル誤認やディスオリエンテーションに陥りやすく、すべての患者に適した標準的手術とはなりにくい。また、演者の経験した術者の腰椎過伸展体位強要による腰痛や椎間孔部ヘルニア・狭窄の発症の可能性も高い。内視鏡下手術はラーニングカーブが大きい、二次元手術などにて標準的手術にはなりにくいと考ええる。

最後に近年、全国的に責任高位部位診断が軽視されるような傾向は否めない。画像の所見との整合性の詳細な検討により、脊椎固定術を要する症例は大幅減少すると考える。