

脊椎内視鏡下手術(MED法)

～腰椎椎間板ヘルニアと腰部脊柱管狭窄症～

腰痛や下肢痛(脚や足の痛み)でお困りの方は多いと思います。しかし、「脊椎脊髄の手術は危険でできれば避けるべき」、「手術に行ってもあまりよくなかった」などの話を時々聞きます。整形外科医がかかわる脊椎疾患は主に神経の圧迫病変であり、その手術はその圧迫を取り除くこと(除圧)が主となります。

そのためには、筋肉を骨からはずして背骨の屋根の骨を削ったり、厚くなった靭帯を取り除き、場合によっては、神経をよけて椎間板を切除することもあります。その際、あまり切除範囲が大きいと背骨が不安定(背骨がグラグラすること)となるため(もともと不安定な場合もそうですが)、金属や自分の骨盤の骨で固定(背骨をくっつけること)する必要があります。そのための手術方法としては、除圧のみ、固定のみ、除圧+固定の3つが考えられることとなります。

脊椎手術の問題点をあげると、圧迫を取り除けば、良くなるというわけではないことにあります。神経そのものが悪くなっていて回復する能力が弱くなっている場合もあります。

また、多くの方が腰のMRIの検査をすると年齢の変化で何か所も圧迫がある場合がよくあります。圧迫があっても症状と無関係な部位もあるため、全てを手術することは広範囲の固定が必要になる(腰が曲げにくくなる)こととなります。できれば、悪い部分のみを除圧し、固定も不要であれば体の負担も少なくて済みます。そのため、いろいろな検査をして症状の原因となる部位をつきとめますが、100%診断することは困難です。術前の診断が非常に重要ではありますが、全てを明確に判断できない場合もあり、手術をしても良くならない時もあります。

診断のための検査は、造影剤を背骨に注射するものが主です。脊髄の通り道を調べる脊髄造影、椎間板の状態を調べる椎間板造影、神経の枝に針をさして造影剤を注入する神経根造影などを行っています。これはかなり痛い検査です

が、いつもと同じ痛みができれば、その後、麻酔薬を追加します。症状が軽くなれば、この神経が悪いと判断しています。

腰の圧迫の病気は腰椎椎間板ヘルニアと腰部脊柱管狭窄症が多くを占めています。いずれも腰痛や下肢痛、しびれが主症状です。最近では出来る限り負担の少ない手術を行うべきという考えがあり、その1つとして内視鏡を用いた手術が開発され、当院でも昨年9月から内視鏡手術(MED法)を導入し、当初は、ヘルニアに対して行ってきました。その方法は、腰椎の周囲の筋肉に16mmの管をいれ、筋肉をはがすことなく背骨の屋根の骨の一部と靭帯をその筒のなかで取り除き、神経を確認してヘルニアを摘出する方法です。

メリットは、傷口がわずか16mmで出血が少なく、筋肉などを骨から剥離しないため回復が早く、術後の痛みが少ない。ピンポイントに圧迫を取り除くため、手術翌日には歩行が可能となり、早期の退院や社会復帰にもつながるといわれています(従来法では1週間程度ベッド上で寝てもらっていました)。しかし、内視鏡手術にも欠点があります。内視鏡手術は、術者に高度な技術が求められ、習熟にはかなりの経験が必要となり、時間が従来法よりかかることがあげられます。神経の癒着が強いと16mmの管のなかでは操作が困難なため、従来手術に切り替える場合もあります。最近では腰部脊柱管狭窄症などの固定する必要のない手術にも適応をひろげています。手術をピンポイントに行うことは身体への負担は少ない反面、診断がより重要であり、徹底的な検査を行ったうえで選択すべきと考えます。

脊椎内視鏡の分野の進歩はめざましく、腰椎椎間板ヘルニアは当院でもおこなっているMED法のほかPELD法という方法があります。MED法は全身麻酔で行いますが、PELD法は局所麻酔で行うことができるため、今後、普及する可能性があります。現在行っている施設は限られ、保険適応外で行っている施設もあるようです。

しかし、今後は、内視鏡手術が普及し、持病のため手術をあきらめ、腰痛や下肢痛を我慢されてみえる方に少しでも道が開ければと思っています。

整形外科部長 室 秀紀

No.62 2009.10.1 発行 編集：教育・広報活動委員会