

Advance [PED]

3. 頸椎神経根症に対する PED のポイント

あいち腰痛オペクニック理事長

伊藤 不二夫

あいち腰痛オペクニック手術部長

中村 周

▶はじめに

頸椎椎間孔狭窄症 (cervical foraminal stenosis : CFS) や外側頸椎椎間板ヘルニア (lateral cervical disc herniation : LCDH) による頸部神経根症 (cervical radiculopathy : CR)¹⁾で、症状が強くと、長く持続すれば手術を選択する。

従来より前方除圧固定術、内視鏡下椎間孔拡大術 (microendoscopic foraminotomy : MEF)²⁾、経椎体椎間孔拡大術などが行われてきた。

今回紹介する経皮的内視鏡下頸椎椎間孔拡大術 (percutaneous endoscopic cervical foraminotomy : PECF) は、7mm の切開と 1 泊入院での低侵襲手術である。椎間関節内側半分をドリルやノミで切削し、椎間孔の後壁を key hole 様に開窓して神経根を除圧する。

1 手術適応

CFS と LCDH が対象となる^{3,4)}。

CFS では CT 横断面像で椎間孔の狭小化と神経根症状が一致し、もしほかの椎間孔にも狭小化がある場合には、神経根ブロックを施行し、ブロック効果が明確な部位を手術対象とする。

また、LCDH は MRI 横断面像で脊髄外縁より外側にあり、CT 横断面像では鉤状突起より外側に存在するヘルニアをいう。それより内側にある中心性、傍中心性のヘルニアは前方よりの経皮的内視鏡下頸椎椎間板ヘルニア摘出術 (percutaneous endoscopic cervical discectomy : PECD) の適応とする。

症状は CR による上肢痛、筋力低下、深部腱反射低下、感覚鈍麻などが主であるが、頸部痛、背部

痛、頭痛など (discogenic axial pain, cervico-cephalus syndrome) も多くの例で伴っている。

いずれも 12 週以上の保存療法が無効の例を PECF の対象とする。

2 手術体位

腹臥位とし、前胸部に薄い枕を敷き、頭頸部は軽度屈曲位とする。

両上腕を軽く抑制帯で尾側に牽引し、X 線透視装置で頸椎前後像・側面像が透視できるようにポジショニングする。手術位置のガイダンス・確認が必要である。

表面筋電図モニターを使用し、上肢当該筋 (僧帽筋、三角筋、上腕二頭筋、上腕三頭筋、手根屈筋群などから選択) からのアラームシグナルで神経障害の発生を予知・回避する。

3 手技の実際

▶ポータル

全身麻酔下で患側の反対側に術者は位置する。透視下にてフェルトペンで刺入点を皮膚上にマークする。0.5% エピネフリン入りリドカイン約 3ml を刺入路に浸潤させ、7mm の切開を加える (図 1-G)。

X 線側面透視像にて 6mm のダイレーターを筋内に通し、椎間関節内側後面に到達させ (図 1-D)、7mm 径の外筒管を被せる (図 1-A~C, E)。

X 線前後透視像で目的位置との適合性を確認したら (図 1-F)、残りの作業中は X 線透視装置を側面撮像ポジションにて頭側に待機しておく。