誌上パネル Debate「胸椎OPLLに対する術式選択」: III. Discussion (2)

メタデータ	言語: jpn
	出版者:
	公開日: 2017-10-05
	キーワード (Ja):
	キーワード (En):
	作成者: 川原, 範夫, 富田, 勝郎
	メールアドレス:
	所属:
URL	http://hdl.handle.net/2297/3927

誌上パネル　Debate「胸椎 OPLL に対する術式選択」

Ⅲ．Discussion (2)

③川原　範夫，富田　勝郎　金沢大学医学部整形外科学教室

1．都築先生のご質問に対して

1．OPLL 切除時の脊髄の安全性確保に関する質問については前回のディスカッション(都築先生の硬膜の処置について)の中で詳細に述べたのでここでは割愛する．

2．術式の安全性につきインフォームドコンセントとしてどのように話しているかについて

まず脊髄全周除圧の手術の説明を行う．

第1ステップとして脊髄の後方，側方をまず除圧し，ついで切除すべき OPLL の範囲に正確に脊髄の両側に gutter を掘っておく．この gutter 作製は第2ステップの前処置であり，OPLL を前方からより安全に取り除くために行うものである．これは脊髄側方の除圧になると同時に第2ステップで前方からの OPLL に到達する際の頭尾・左右両方向の正確な目印となる．ついで第2ステップとして開胸による OPLL 切除もしくは floating を顕微鏡下に直視下に行う．

この脊髄全周除圧術はクリティカルな状態にある脊髄を愛護的に除圧するためには現時点で最も安全な術式であるとわれわれは考えていることを説明する．

もちろん，

1．手のすべりなどに伴う脊髄に対する機械的損傷の可能性，ドリル処置，OPLL 剥離に伴うマイクロトラウマ

2．上記に伴う脊髄浮腫，浮腫による神経症状の増悪

3．硬膜の骨化の可能性，術後硬膜欠損の可能性，髄液漏，胸腔内髄液貯留開胸に伴う合併症

4．その他，予期できない合併症

などについて述べる．

また本人の判断材料として当科における過去の症例の成績を述べる．これらのことを十分に家族をまじえて話し，大きな危険性を伴う手術であることを十分に理解・納得していることを確認したうえで手術するか否かを判断してもらう．患者・家族の理解・納得が不十分な場合やなかなか判断がつかない場合は間をおいて何度か面談する．また判断がつかない場合は経過を観察して症状の時間的経過をみてから判断してもよい．

2．藤村先生のご質問について

1）脊髄全周除圧について

①胸椎 OPLL と OLF の合併例で両靱帯骨化の発生高位が異なる場合の術式選択について

回答：OPLL と OLF のどちらか片方のみが責任病巣の場合は責任病巣のほうだけを除圧する．OPLL と OLF の両方が責任病巣の場合はそれぞれの高位の椎弓切除，前方除圧で対処する．

②OPLL のみの場合でも骨化巣が大きく脊髄造影，CT で脊髄後方のくも膜下腔が消失している場合は，前方除圧操作の際に脊柱管後壁との間に脊髄がはさまれ脊髄障害の危険性が高いと考える．このような症例ではその高位に明らかな OLF がない場合でも脊髄全周除圧術を応用している．

2）術前高位診断について

われわれは現在基本的に硬膜外腔刺激，硬膜外腔導出の脊髄誘発電位を行っている．とくに骨化病巣の頭側，病巣部位，尾側の誘発電位をマッピングできるとその電気診断の信頼性は高い．この場合，病巣の頭側刺激による脊髄誘発電位，および尾側刺激による脊髄誘発電位を併用して脊髄障害の範囲の同定を行う．しかし OPLL 単独の症例と違い，OPLL と OLF が同一高位で合併している場合では硬膜外電極が OLF 部の硬膜外腔を通り抜けないことがある．この場合は障害部位での正確な電気診断は不可能であるがその頭側，尾側の電位を測定し，障害病巣を推定する．また多発性に OLF が存在し，脊髄背側の硬膜外腔に電極が挿入できないことがあるのも事実である．この場合は硬膜外腔刺激，硬膜外腔導出の脊髄誘発電位による病巣診断は不可能である．