

脊椎内視鏡手術について

脊椎の病気とは

腰や脚の痛み・しびれは、歩行や日常生活動作を障害し、さらに精神的苦痛を伴い、生活の質を著しく低下させます。満足に歩けない、買い物やお出かけに行けない、仕事やスポーツに打ち込めないなど、その人にしか分からないつらさがあります。

脊椎は、頸椎が7個、胸椎が12個、腰椎が5個あり、それぞれが椎間板でつながって、列車のように動きます。脊椎の中には「脊柱管」と呼ばれるトンネルがあり、脊髄神経を大切に守っています。ところが、椎間板が脊柱管内にはみ出したり、加齢による変化で脊椎をつなげている靭帯が肥厚したり、脊椎の骨が前後にずれたりすると、脊髄神経を圧迫して、手足がしびれたり痛んだりします。

- 椎間板ヘルニア（頸椎・腰椎）

突出した椎間板が神経を圧迫して痛みやしびれをおこす。安静時も痛い。



図1 椎間板が後ろに飛び出して、神経を圧迫している

- 腰部脊柱管狭窄症

椎間板ヘルニア、椎体のずれ、靭帯の肥厚などで脊柱管が狭くなり、神経を圧迫することで脚に痛みやしびれをおこす。座っていると痛くないが、立ってしばらくすると痛くなるなどが典型的な症状。

治療法について

まず、薬やリハビリテーションなどの保存療法を行います。しかし、十分な保存療法を行っても改善が得られない場合には、手術が検討されます。

手術には、背中や脇腹を切開して脊椎を直接触れながら操作を行うオープンの手術と、内視鏡下で操作を行う内視鏡下手術の2種類があります。それぞれ適応となる病状が異なり、両方とも必要な手術です。

	オープンの手術	内視鏡下手術
長所	<ul style="list-style-type: none"> ● 病変部を確実に治療 ● 腰曲がりなど変形を矯正できる ● ずれた骨を固定できる 	<ul style="list-style-type: none"> ● 身体への負担が少ない ● 入院が短い
短所	<ul style="list-style-type: none"> ● 身体への負担が大きい 	<ul style="list-style-type: none"> ● 変形の矯正ができない ● 病変部が多いと時間がかかる ● 特殊な技術を要する
適応となる疾患	<ul style="list-style-type: none"> ● 脊椎の変形（側弯、腰曲がり、姿勢異常） ● 強い腰痛や脊椎のズレを伴う脊柱管狭窄症 ● 多椎間病変 	<ul style="list-style-type: none"> ● 椎間板ヘルニア ● 腰部脊柱管狭窄症（下肢症状が主）

	<ul style="list-style-type: none">● 圧迫骨折後の変形● 頸部脊髄の広範囲圧迫	
--	---	--

当院では、オープン手術は、「Oアームナビゲーション」と呼ばれるコンピュータナビゲーション装置を使いながら、安全で確実な手術を行っています。

(詳しくはこちら)

脊椎内視鏡手術は、椎間板ヘルニアや腰部脊柱管狭窄症に対して、従来法よりも患者さんへの身体的負担が低減されました。そのため、心臓病等患者さんの併存症が理由で全身麻酔が制限され、従来のオープン手術が困難と判断されていた患者さんにも、対応できる可能性があります。病状によっては、より負担の少ない局所麻酔下に行うことも可能です。

脊椎内視鏡手術について

内視鏡下手術手技は進歩しており、正確で安全な手術操作が可能になりました。一方、神経という非常にデリケートな組織を扱う手術ゆえ、その施行には専門的な技量が要求されます。日本整形外科学会では、脊椎内視鏡下手術技術認定制度があり、当院には技術認定医が在籍しています。

吉兼医師は脊椎内視鏡下手術技術認定医であり、これまでに約 3000 例の脊椎内視鏡下手術を行ってきました。MED,MEL という第一世代の内視鏡下手術を 1000 例、さらに侵襲の少なくなった FESS という第二世代の内視鏡下手術を 2300 例行ってきました。FESS では図 1 に示すような 8mm 径の内視鏡を 1 本使用し、手術部位を大きなモニターに映し出して行います。



図 2

手術療法：約 1cm の皮膚切開 1 か所から内視鏡を挿入し、局所麻酔あるいは全身麻酔で FESS によるヘルニア切除術を行っています。椎間板ヘルニア摘出術では、手術後 3 時間で歩行再開可能です。

頚椎疾患でも頚椎症性神経根症や頚椎椎間板ヘルニアでは FESS による神経除圧術が適応され、手術当日から起き上がり、歩行が可能です。

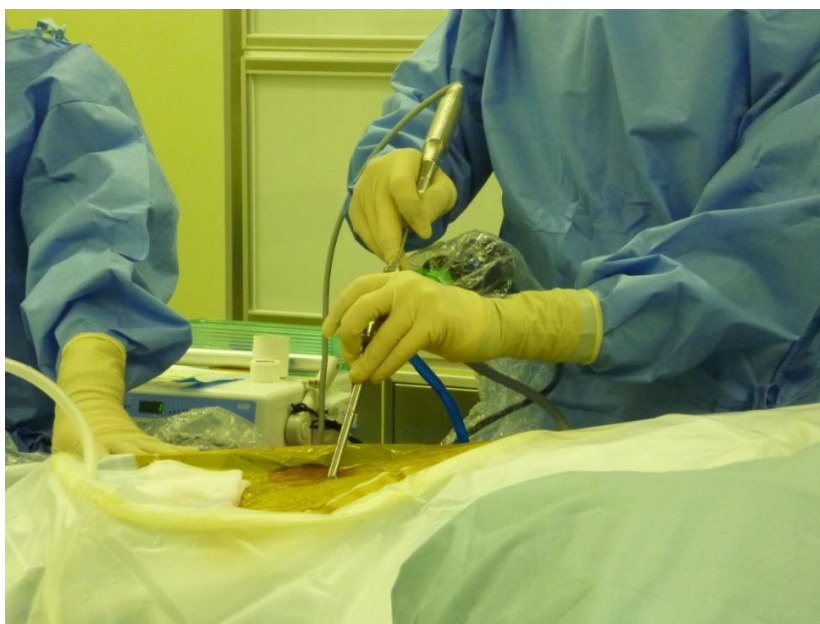


図3 左手に直径 8 ミリの内視鏡、右手には内視鏡の中に入る細い手術道具をもって、患者さんの腰の中を操作しています。椎間板ヘルニアの摘出や、狭くなった脊柱管を広げる手術ができます。出血はほとんどありません。

脊椎内視鏡手術についての相談

専門医が患者さんの病状をよく診察し、脊椎内視鏡手術が適応になるか判断します。病状によっては、オープン手術や手術以外の方法が相応しいこともあります。その際には、適切な治療を紹介します。手術の利点とリスクについて、よく説明し、お互いに納得して手術を計画していきます。まだ迷っておられる方の相談も承ります。

ご紹介・お問い合わせ

電話：03-3353-8112（内線 37552）

e-mail: twmu.mis.spine@gmail.com

専門医の紹介

吉兼浩一（よしかねこういち）



福岡県出身

1993年 九州大学医学部卒 九州大学整形外科入局

2004年 北九州市立医療センター整形外科

日本整形外科学会専門医

脊椎脊髄外科指導医

脊椎内視鏡下手術・技術認定医（2種・後方手技）

脊椎内視鏡下手術・技術認定医（3種・経皮的内視鏡下脊椎手技）

日本整形外科学会認定脊椎脊髄病医

執刀症例数：脊椎内視鏡手術 3000例以上

論文

- 1) Yoshikane K, Kikuchi K, Okazaki K. Lumbar endoscopic unilateral laminotomy for bilateral decompression for lumbar spinal stenosis provides comparable clinical outcomes in patients with and without degenerative spondylolisthesis *World Neurosurg.* 2021 Mar 12:S1878-8750(21)00386-7.
- 2) Yoshikane K, Kikuchi K, Okazaki K. Posterolateral Transforaminal Full-Endoscopic Lumbar Discectomy for Foraminal or Extraforaminal Lumbar Disc Herniations. *World Neurosurg.* 2021 Feb;146:e1278-e1286.
- 3) Yoshikane K, Kikuchi K, Izumi T, Okazaki K. Full-Endoscopic Lumbar Discectomy for Recurrent Lumbar Disc Herniation: A Retrospective Study with Patient-Reported Outcome Measures. *Spine Surg Rel Res* November 20, 2020