

示した症例, Paramedian disc protrusion を示した症例, Rotation にて対側の cord compression を示した症例等がみられた. 術後, 全例に症状の消失, 寛解を認めた.

2B-16) 頸部硬膜外前脊髄静脈拡張により MRI 上頸髄圧迫所見を呈した 1 例

村石 健治・府川 修 (いわき市立総合  
永山 徹・本橋 蔵 (磐城共立病院  
脳神経外科)  
木田 浩・高原 光明 (同 整形外科)

頸髄硬膜外静脈の拡張により頸部痛及び頸椎運動制限を来たしたと考えられる症例を経験したので報告する.

症例は34歳女性, 家族歴, 既往歴ともに特記事項なし. 平成3年12月17日より激しい頸部痛, 頸椎の前屈障害を主訴に当院整形外科通院. MRI により頸髄が両外側前方より圧迫されており, 1月27日当科紹介となった. 経大腿動脈法による椎骨動脈撮影, 経大腿静脈法による頸静脈撮影では頸髄硬膜外前脊髄静脈の拡張を認め, これが MRI における異常陰影と一致した. 頸静脈閉塞や硬膜動静脈奇形等は認められなかった. 保存的療法により症状は軽快, 自宅退院となった.

2B-17) 脊椎管伸展の著明な dumbbell 型脊髄神経鞘腫の 4 例

—MRI 所見と手術アプローチ—

長谷川 健・南出 尚人 (富山市民病院  
宮森 正太郎・山野 清俊 (脳神経外科)  
浜田 秀剛・沖 春海 (黒部市民病院  
脳神経外科)

脊髄神経鞘腫は, 頸椎, 胸椎レベルでしばしば dumbbell 型伸展を示す. 従来, 脊椎管外部分の腫瘍が大きい場合, 診断と外科的剔除に問題があった. MRI の進歩により, 管外腫瘍の伸展と周囲の解剖学的状況の詳細な把握が可能となり, 低侵襲で根治的な microsurgical approach を工夫し得る. 最近経験した dumbbell 型脊髄神経鞘腫 4 例を報告する.

症例 1: 17歳男子, 左 C2 腫瘍. lateral approach (①) で全別.

症例 2: 44歳男性, 右 C2 腫瘍. ①で全別.

症例 3: 66歳女性, 左 C8 腫瘍. posterior approach による管内腫瘍の剔除について, supraclavicular approach (②) で全別.

症例 4: 症例 1 に同じ, 右 Th1 腫瘍. ②で全別. 特に②では CUSA が有用であった. upper cervical spine で①は, 管内腫瘍にも対処しうる. cervico-thoracic

junctional spine で②は, 開胸や肋横関節の犠牲もなく侵襲は遙かに小さい. 管内腫瘍が硬膜内や大きい場合は posterior approach との併用になる.

2B-18) 頸椎椎体を用いた頸椎前方固定術の経験

齋藤 孝次・滝上 真良  
藤重 正人・坂本 靖男 (釧路脳神経外科)  
田之岡 篤・今泉 俊雄 (病院)

平成2年10月から頸椎椎体を移植骨として用いる前方固定術を16例経験した. 症例は34歳から70歳までの男性12人, 女性4人で対象となった疾患は頸椎症が12例, 頸椎後縦靭帯骨化症が4例である. 手術は, 1レベル8例, 2レベル7例, 3レベル1例で, C<sub>3-4</sub> 1例, C<sub>4-5</sub> 5例, C<sub>5-6</sub> 12例, C<sub>6-7</sub> 7例であった. この手術は井須(釧路労災病院)により紹介され採用しているが, William's spinal saw を用い, 椎体をブロックとして採取, これを前方固定に用いるものである. 手術の特徴として椎体をブロックとして採取するために osteo-phytectomy, OPLL の除去などの際 spreader を用いなくても十分な視野が得られることが第一にあげられます. 第二に腸骨を採取しなくてよいこと. セラミックなどに比較して骨化が早いような impresssion があげられます.

これらの特徴よりすぐれた手術方法であると考えられました.

2B-19) 頸椎後縦靭帯骨化症に対する前方除圧固定術

—頸椎椎体より採取した骨片を移植骨として用いた頸椎前方固定術—

井須 豊彦・鎌田 恭輔  
浅岡 克行・藤本 真 (釧路労災病院)  
板本 孝治・小林 延光 (脳神経外科)

頸椎後縦靭帯骨化症に対する前方除圧固定術は, 顕微鏡手術の普及により, 安全に行われる様になって来たが, 従来の手術法では, 腸骨採取部位に関する合併症は避けられない. 今回, 我々は, 頸椎椎体より骨片を採取したのち, 後縦靭帯骨化巣を摘出, その後, 採取された骨片を移植骨として用いた頸椎前方除圧固定術を行い, 良好な手術結果を得たので報告する.

対象: 対象は, 過去1年6ヶ月の間に, 本法が施行された13症例であり, 手術椎間数別では, 1椎間3例, 2椎間8例, 3椎間2例(2例共 without fusion 併用)である.

手術成績：術後2日以内に歩行を許可し、頸部カラーを3ヶ月間着用させた。術後経過観察期間は、2ヶ月～1年7ヶ月、平均1年であるが、術後経過は良好で、全例、神経症状の改善が得られた。

術後 x-p 所見：術後、移植骨の脱出、後弯形成、偽関節形成はみられず、再手術例は認められなかった。

## 2B-20) 環軸椎脱臼の手術治療

秋野 実・阿部 弘 (北海道大学)  
岩崎 喜信・飛驒 一利 (脳神経外科)

これまで当科において環軸椎脱臼症例で手術施行した総数は79例である。これら79例の術式の内訳は、後方到達法が55例、経口的到達法が23例、経口のおよび後方

到達法両者併用が1例であった。後方到達法では C1 の椎弓切除後、後頭骨 C2 間の後方固定を施行したものが14例で、残りの41例は C1 の椎弓切除施行せず後方固定を実施していた。手術術式の選択は、前方からの偏位歯突起により上位脊髄の圧迫がある場合は経口的到達法で除圧固定を行い、整復可能な場合は後方固定を行うことを原則としている。当科での後方固定は、まずステンレスワイヤーで環椎後弓と軸椎椎弓とを内固定したのち、腸骨から移植骨を採取し、一枚板移植法で固定を行っており、術後強固な固定が得られている。

当科での手術選択の基準を呈示し、さらについて手術術式上のポイントについてこれまでの臨床経験をふまえて解説する。