

特集 脊椎内視鏡下手術の適応と限界

introduction

内視鏡下椎間板切除術(microendoscopic discectomy；MED)が臨床応用されて約20年を経過した現在，脊椎内視鏡下手術は約400施設で年間15,000件超が施行されるまでに普及成長してきている。大半が後方内視鏡下手術であるが，診断力，手術手技，デバイスに継続的な革新が行われ，適応は少しずつ拡大されてきている。すなわち腰椎椎間板ヘルニアから始まり，腰部脊椎管狭窄症，頸椎症性脊髄症，頸椎黄色靱帯石灰化症，頸椎症性神経根症，頸椎椎間板ヘルニアなどへチャレンジしている施設も多い。

脊椎内視鏡下手術ははたして低侵襲であろうか，そういう議論がある。何をもって低侵襲と定義するのかは難しい。手術時間はオープン手術に比べ明らかに長い。しかし，切開創は指先ほどに小さく，術後の疼痛は格段に少なく，頸椎でも術後軸性疼痛が少なく早期よりリハビリテーションが開始でき，在院期間の短縮がもたらされる。患者さんや医療経済への貢献が高い術式である。総合的にみて低侵襲手術といってよいであろう。鏡視下手術であっても，その手術適応としては同じ除圧術としてのオープン手術と大きく変わることはない。しかし後方筋肉へのダメージが圧倒的に少ない内視鏡下手術では術後に不安定感を加速させることは少ない。従って若干の不安定椎，変性すべり症，変性側弯症などに対して，固定を併用しない本法が今後適応拡大されるのかもしれない。

術野を直視下するオープン手術や顕微鏡下手術と比較しても本法では病変部位への距離が圧倒的に近い。しかも25°の斜視鏡であり，挿入部より拡大した視野が得られ，また若干の視野方向を変えることもでき，繊細な病変観察の下，丁寧な手術が可能となる。難点は局所の操作性に関節がなく，また触覚がないことであろう。腰椎椎間板ヘルニアへの本法による再発率は決して小さくはない。同側・同部位をはじめとして，同部位反対側，隣接高位にもみられる。また合併症としては硬膜損傷，術後血腫をはじめとして，関節突起骨折やレベル誤認，馬尾損傷がみられる。これらは術者技量に求められる努力課題であり，今後低減するに違いない。ナビゲーションとの併用もさらに進化していくであろう。

オープン手術がよい，顕微鏡下手術がよい，いや内視鏡下手術がよい，という優劣の議論ではなく，術者がすべてに対応できる技量を備え，個々の症例に適宜対応していただいたい。

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科整形外科学

小宮節郎