

脊髄・脊椎手術における術中モニタリングで上肢の左右差を認めた一例

◎植田 晴美¹⁾、黒田 ゆかり¹⁾、片岡 清子¹⁾、藤中 早代¹⁾
兵庫県立加古川医療センター¹⁾

はじめに：術中神経生理学的モニタリングは、術後の神経学的脱落症状出現を予測・予防することを目的として、脳神経外科および整形外科領域において広く用いられている。それらのうち、運動誘発電位モニタリング（MEP）は術後の運動麻痺との関連において最も重要であると考えられる。今回我々は、術中 MEP 波形で上肢の明らかな左右差を認めた症例を経験したので報告する。症例：60 歳代男性、頰椎後縦靭帯骨化症で半年毎のフォローをされていたが、約 4 か月前から四肢の運動障害の増強で前医を受診、治療目的で当センターに紹介入院となった。画像所見:MRI 検査で C2-6 レベルの後縦靭帯の骨化、C3/4 での脊髄圧排、同部脊髄内に脊髄症を疑う T2W1 での淡い高信号域を認めた。CT 検査で C3-4 の占拠率は約 60%であった。理学的所見：上肢右/左 握力 18.5Kg/ 25.5Kg、MMT 5/5、10 秒テスト 25 回/28 回であった。手術：脊椎後縦靭帯骨化症に対し、後方除圧固定術（C2-6）が施行された。MEP には、日本光電社製 Neuromaster G1 を使用した。刺激電極は皿電極、記録電極はシール型ディスプレイ電極を使用し、左右の

三角筋（Deltoid）、短母指外転筋（APB）、前脛骨筋（TA）、母趾外転筋（AH）から誘発電位を導出した。MEP 所見：展開終了時から上下肢ともに、潜時の延長と振幅の低下が見られた。特に左 Deltoid の振幅は明瞭であったが、右 Deltoid、右 APB の波形は不明瞭であった。TA、AH の波形は左右とも時間的分散が見られた。椎弓切除途中で左右上下肢の振幅が展開終了時より低下したが、椎弓切除完了すると振幅は回復し、その後消失なく終了した。術後経過：術後 3 日目のリハビリで、上肢右/左握力 9.5Kg/27.9Kg、MMT 4/5、10 秒テスト 16 回/26 回と右の筋力の低下を認めた。8 日目のリハビリでは上肢右/左 握力 13.8Kg/31.0Kg と筋力の改善が見られた。考察：術前に神経生理学的検査や術前リハビリを実施していなかったため原因を特定することは困難であるが、握力差は術前から認められ、MEP の結果と一致していた。結語：術中 MEP の上肢の左右差を認めた脊椎後縦靭帯骨化症の一例を経験した。今後、リハビリを含め術前の評価が課題であると思われた。