頸椎後縦靱帯骨化症に合併した頸髄腫瘍の1例

広島市立安佐市民病院整形外科

佐々木 正 修・馬 場 逸 志
石 田 了 久・住 田 忠 幸
大 田 修

Intraspinal Neoplasm with OPLL in the Cervical Spine — a Case Report —

by

Masanobu Sasaki, Itsushi Baba, Akihisa Ishida,
Tadayoshi Sumida and Syuu Ohta

Department of Orthopedics, Hiroshima City
Asa Municipal Hospital, Kabe, Hiroshima

The authors present a case of intraspinal neoplasm with OPLL in the cervical spine associated with myelopathy, which was identified by myelography, CTM and enhanced CT (axial and sagittal reconstruction). The intraspinal tumor was extirpated under the surgical microscope. The literature was reviewed and clinical aspects of these cases were discussed.

はじめに

頸椎後縦靱帯骨化症（以下頸椎 OPLL）に合併し、
脊髄症症状を呈した脊髄腫瘍の1例を経験したので、
若干の文献的考察を加えて報告する。

症 例

症例：69才 男性。

既往歴：前立腺肥大症，左膝内障。

現病歴：昭和58年秋頃より，特に誘因なく，右足底部
について左足底部にしびれ感を自覚し，徐々に歩行
困難となった。昭和59年3月には，しびれ感が足底部
より膝高位まで上行し，歩行で疲れ易く，走ることが
不能となった。5月には，両指にも，しびれ感が出現
し，握力の低下を認め，ゲートボールのスティックが
握れなくなった。この頃より，歩行に際して，杖を使
用するようになり，発症後約10ヵ月目に近医より紹介
され，頸椎 OPLL による脊髄症の診断のもとに8月
23日，当科に入院した。

入院時所見：四肢筋力の低下を認め，支持にて歩行
はなんとか可能であった。握力は右24kg，左22kg。神

経学的検査では，両指および，Th₁₀ レベル以下に知覚
鈍麻を認め，左右差はなく，末梢ほど障害の程度は強
かった。自覚的なしびれ感は，左側に強い傾向がみら
れた。両上腕二頭筋腱反射，腕橈骨筋腱反射はやや亢
進，両三頭筋腱反射は消失，両下肢腱反射は正常で，
病的反射は認めなかった（図1）。軽度，膀胱直腸障
害を認めた。

髄液所見：黄色調を呈し，Queckenstedt現象は，上
昇下降ともやや緩徐で，軽度蛋白上昇を認めたが，細
胞数はほぼ正常であった（表1）。

X線所見：頸椎には，Cervical Spondylosis著明で，
C_{5/6}椎間腔狭小，C₄，C₅，C₆の分節型 OPLL を認め，
有効椎管前後径は，8.5mm，骨化狭小率は，43%で
あった。腰椎穿刺による上行性ミエログラフィでは，
C_{5/6}椎間板レベルで不完全ブロック像を呈し，注意し
てみると，C₆椎体レベル右側に騎跨状陰影を認め脊髄
は左側に圧排されていた（図2）。後日行った，下行
性ミエログラフィでは，腹臥位で腫瘍は抽出されず，
仰臥位では，造影剤が頭蓋内へ流出したため，腫瘍上
界を判定することはできなかった。CT ミエログラフ
ィでは，右後外側に腫瘍を認め，enhanced CT およ

図1

表1 髄液所見

初 圧	240mmH ₂ O
終 圧	190mmH ₂ O
採液量	5 ml
Queckenstedt	緩徐
黄色調	(+)
蛋 白	60mg/dl
細 胞	12 / 3

C₄C₅C₆に後縦靱帯骨化を認る。

ミエログラフィ

C₆椎体レベルに騎跨状陰影を認めた。

図2

びsagittal reconstructionにて、より明確かつ立体的に腫瘍陰影を抽出することができた(図3)。

以上の臨床所見および検査所見より、硬膜内髄外の

図3 左 CTM

右後外側に腫瘍を認める。

中 enhanced CT

増強された腫瘍陰影を認める。

右 saggital reconstruction

神経鞘腫を疑い、9月5日、左側をhingeとした片開き式脊柱管拡大術をC₃からC₇まで施行し、腫瘍を摘出した。

手術所見：硬腰と椎弓との癒着は、ほとんどなく拍動も良好であった。C₅レベルで硬膜を切開すると、硬膜内髄外の脊髄右後外側に、第7頸神経後根より発生した腫瘍を認め、これを手術用顕微鏡下に困難なく摘出した(図4)。

図4 C₆椎体レベル右後外側に第7頸神経後根より発生した腫瘍を認めた。

術后、知覚障害は著明に改善し、一本杖にて軽快退院した。

病理組織学的診断：一部に Palisading pattern を示す神経鞘腫であった。

考 察

頸椎 OPLLは、圧迫性脊髓症を呈することによく認識されているが、潜在性無症候性の症例もかなりの頻

度で認められる。⁽²⁾⁽⁴⁾⁽⁶⁾今回、このような無症候性の頸椎 OPLL に神経鞘腫を合併した症例を呈示したが、同様な頸椎 OPLL を有しながら他の原因で発症した脊髄症症例の報告の中で、⁽³⁾栗原は、頸椎 OPLL と症状の関連性を追求するに当っては、おのずと限界があるとし、頸椎 OPLL を有する脊髄症症例の脊髄症の原因や、障害部位の決定には慎重でなくてはならないと忠告している。

一般に脊髄腫瘍の初発症状は、疼痛が多いが、⁽¹⁾⁽⁹⁾本症例では、下肢知覚障害、歩行障害等、脊髄症症状にて発症している。丸毛は、⁽⁵⁾胸椎黄色靱帯骨化症に合併した脊髄腫瘍を報告し、胸椎黄色靱帯骨化の存在が、脊髄症状の発現時期を早めたと述べているが、本症例も、頸椎 OPLL により、有効脊柱管面積の減少した状況下で腫瘍が成長し、神経根の牽引により疼痛を生じせしめる大きさに増大した時点で、すでに、脊髄を強く圧迫し脊髄症症状を呈したものと考えられる。また、発症から初診までの期間が約10ヶ月と比較的短いことも、同様に、頸椎 OPLL の存在が関与していると考えられる。

脊髄腫瘍の診断にあたり、ミエログラフィが有用であるが、ミエログラフィのみでは、腫瘍の局在を十分とらえることができず、CT ミエログラフィ、enhanced CT が補助診断として有用であり、さらに、sagittal reconstruction を行うことにより、立体的局在も把握可能となる。

しかし enhanced CT にて増強効果のみられる神経鞘腫、神経膠腫、血管腫、動静脈奇形なども、必ず

しも全例増強されるとは限らない。⁽⁸⁾

一方、NMR-CT は、形態学的情報を与えるだけでなく、生理学的情報をも与えるものとして期待されており、⁽⁷⁾今後、脊髄腫瘍の診断に、欠かせぬ検査法となることが予想される。

ま と め

頸椎後縦靱帯骨化を有しながら、頸髄神経鞘腫により脊髄症症状を呈した症例を報告した。

参 考 文 献

- 1) 平松恵一：当教室における脊髄腫瘍手術例の検討。整形外，25：660—666，1974。
- 2) 桐田良人：頸椎後縦靱帯骨化症の臨床と治療成績。臨整外，10：1077—1085，1975。
- 3) 栗原章：頸椎後縦靱帯骨化を有しながら他の原因で発症した脊髄症症例について，臨整外，13：935—941，1978。
- 4) 栗原章：頸椎後縦靱帯骨化症の病態に関する考察。臨整外，10：1077—1085，1975。
- 5) 丸毛啓史：腹痛を初発症状とし脊髄腫瘍と黄色靱帯骨化を合併した von Recklinghausen 病の1例。関東整災，14：226—230，1983。
- 6) 宮坂斉：頸椎後縦靱帯骨化症の病態に関する考察，臨整外，10：1077—1085，1975。
- 7) 水田博志：NMR の医学への応用—その臨床応用への期待—。整災外，26：1939—1944，1983。
- 8) 中村敬彦：脊髄血管腫の CT 上の増強効果について。整形外，33：1023—1027，1982。
- 9) 大島義彦：脊髄腫瘍症150例の症候学のおよび診断学的検討。整災外，24：885—896，1981。