脊 髄 ヘ ル ニ ア の 2 例

山口大学整形外科

國 司 善 彦・河 合 伸 也
土 井 一 輝・松 岡 彰
斉 鹿 稔・富 永 俊 克
山 縣 茂 樹・大 谷 武
岸 本 哲 朗

Two Cases of the Spinal cord herniation

by

Yoshihiko Kunishi, Shinya Kawai, Kazuteru Doi,
Akira Matuoka, Minoru Saika, Toshikatu Tominaga,
Sigeki Yamagata, Takeshi Ohtani and Taturo Kishimoto

Department of orthopaedic Surgery, Yamaguchi University

We report two cases of thoracic spinal cord herniation.

Case I: A 45-year-old male complained of increasing gait disturbance. CTM and MRI showed displacement of the spinal cord to the abdominal side at the T5 vertebral level. He was treated with surgical correction of the spinal cord which had herniated into a defect of dura mater. Postoperatively, he gave almost complete healing.

Case II: A 43-year-old female developed Brown-Sequard Syndrome. Myelography, CTM and MRI showed shift of the spinal cord to the right side at T5-6 vertebral level. She was treated with correction of the spinal cord which incarcerated into a cavity due to arachnoiditis. Postoperatively, her neurological status became stable.

脊髄の1部が硬膜の欠損部を越えて突出嵌頓し、脊髄症状を呈する脊髄ヘルニアについての報告例は少ない。私達は胸髄部の脊髄ヘルニアを2例経験する機会を得たので若干の文献的考察を加えて報告する。

症例1 45才 男性 主訴：歩行困難

現病歴：昭和60年頃より誘因なく背部の鈍痛を自覚するも放置していた。昭和62年頃より下肢の脱力感、シビレ感を自覚し歩行困難が出現し、昭和63年頃より排尿障害を認め当科を初診した。

入院時所見：第7胸髄以下に強い痙性麻痺、軽度知覚障害を認めた。ADLでは支持なしで平地歩行は何とか可能であり、JOA scoreは11点中5点であった。

検査所見：CTM, MRI像にて脊髄は第5胸髄レベルで腹側に偏位しており、それ以下では萎縮像を呈して

いた。背側のクモ膜下腔はむしろ拡大していた。

手術所見：T₃-T₅椎弓切除後、硬膜を正中切開し、左側の第6神経根と歯状靱帯を切離し脊髄の腹側を観察すると、第5胸髄の腹側に0.5×1.0cm大の硬膜欠損部を認め、これをヘルニア門として脊髄の背側1/3程度が嵌頓していた。ヘルニア脊髄を還納し(図1)硬膜欠損部を修復した。術後3カ月目には、下肢筋力、知覚の改善をみている。

症例2 43才 女性 主訴：歩行障害

現病歴：昭和59年頃より誘因なく右下肢脱力感を伴って歩行困難が出現し、昭和61年当科初診した。全経過を通じて上肢症状、背部痛、膀胱直腸障害は自覚していなかった。

入院時所見：右下肢の痙性麻痺、第10胸髄以下の温痛覚障害を認めるBrown Sequard型の脊髄麻痺で

図1 第5胸椎部腹側に0.5×1.0 cmの硬膜欠損を認め脊髄の腹側1/3がヘルニア嵌頓していた。

図2 脊髄は右側方に偏位し、T6神経根の直下に直径15 mmの半球状の突出を認めた。

JOA scoreは11点中5点であった。

検査所見：ミエロ、CTM、MRIにて第5胸髄レベルで脊髄の右側方への偏位を認めた。脊髄実質には出血

巣、脊髄腫瘍などの所見は認められなかった。

手術所見：椎弓切除を行い、炎症性に癒着した硬膜、クモ膜、軟膜を剥離すると、右腹側において直径15 mmの半球状に突出した脊髄ヘルニアを認めた(図2)。脊髄の突出部から軟膜を一部切除しヘルニア脊髄を還納した。術後4カ月ではADL上の支障をほとんど覚えなくなった。

考 察

これまでに報告されている脊髄ヘルニアは自験例を含めても11例であり、その原因は、先天性¹⁾³⁾、外傷性⁴⁾、術後性²⁾、および炎症性に分類できる。先天性は上位胸髄部の腹側に発生し、硬膜外クモ膜嚢胞の合併が多く、術後性はそのほとんどが頸髄部に発生するという特徴をもつ。ヘルニア脱出の機序は明らかでないが、何らかの原因で硬膜の一部に脆弱性を生じ、脊柱の可動や腹圧などにより、脊髄がヘルニア状になると考えられている。

過去の報告例においても、その多くは術中所見においてはじめて確定診断に至っているように、脊髄ヘルニアを証明することは容易ではない。しかし、外傷や、椎弓切除の既往、CTMやMRIで脊髄偏位の所見がみられれば、本症を念頭に置く必要がある。

ま と め

胸髄部脊髄ヘルニアの2例を報告した。症例Iは先天性硬膜欠損に起因するヘルニアであり、症例IIは癒着性クモ膜炎に続発したと考えられるヘルニアであった。

参 考 文 献

- 1) Masuzawa, H. et al.: Spinal cord herniation into a congenital extradural arachnoid cyst causing Brown-sequard syndrome. J. Neurosurg. 55: 983-986, 1981.
- 2) 水野順一・他: 術後性 spinal cord herniation の1例—メトリザマイドCTによる診断. 脳外, 14: 681-685, 1986.
- 3) 得能永夫・他: Spinal cord herniation の1例. 大阪市医会誌, 33: 451, 1984.
- 4) Wortzman, G. et al.: Spontaneous incarcerated herniation of the spinal cord into a vertebral body: a unique cause of paraplegia. J. Neurosurg. 41: 631-635, 1974.