

# 第52回 八事整形会のご案内

謹啓

さて、この度「第52回八事整形会」を下記の要領にて開催させていただきます。  
万障お繰り合わせの上ご出席賜りますようご案内申し上げます。

謹白

八事整形会代表幹事:佐藤 公治

記

日時:平成24年12月12日(水) 19:00~21:30

場所:Sir Winston Hotel (サーウィンストンホテル)

名古屋市昭和区八事本町100-36 TEL 052-861-7869

## 【プログラム】

☆情報提供:19:00~19:15

「転倒防止を目指した睡眠薬の使用について」 武田薬品工業 野中 啓太

☆症例検討:19:15~19:30

☆☆☆各施設からのご提示頂いた症例の検討☆☆☆

司会 :はちや整形外科病院 村田 英明 先生

☆特別講演:19:30~20:30

座長:陽明寺本クリニック 院長 寺本 隆 先生

『整形外科医が知っておくべき

関節リウマチの脊椎病変』

東京女子医科大学整形外科 主任教授 加藤 義治 先生

(取得可能単位)

- 日整会教育研修会1単位 申請中 受講料1000円
- ・日整会につきましては専門医同様に研修医の先生からも受講料をいただきます。
- ・研修手帳は忘れずに持参ください。
- 日本リハビリテーション医学会認定単位5単位申請中
- 医師会生涯教育2単位申請中

尚、当日会費といたしまして1000円徴収させていただきます。

また、各施設での症例を1~2例ご持参頂ければ幸いです。

八事整形会メーリングリスト: <http://groups.yahoo.co.jp/group/yagoto-ortho/>

八事整形会事務局 :ortho@nagoya2.jrc.or.jp

共催:八事整形会

NPO法人名古屋整形外科地域医療連携支援センター  
武田薬品工業株式会社

# 「整形外科医が知っておくべき関節リウマチの脊椎病変」抄録

東京女子医科大学整形外科 主任教授 加藤 義治

関節リウマチ(以下RA)による脊椎病変では、頸椎とくに上位頸椎に病変が好発し、その発生頻度は25~90%と報告されている。この頸椎病変としては、RA病変により環椎横靭帯が弛緩・断裂して起こる環軸関節前方亜脱臼(本亜脱臼が圧倒的に多い)、歯突起自体のびらん・骨折による環軸関節後方亜脱臼、さらに外側環軸関節、後頭環椎関節の破壊が加わって起こる軸椎垂直亜脱臼がある。一方、中下位頸椎では椎間関節のRA病変による軟骨・骨破壊による軸椎下亜脱臼が生じる。頸椎病変の症状としては、①関節破壊による後頭部・後頸部痛と耳介後痛と嚙音、②脊髄、神経根圧迫による上肢痛・シビレ感と知覚障害、手指巧緻運動・歩行・膀胱直腸障害および上下肢運動麻痺、深部腱反射の亢進、病的反射、myelopathy hand、③延髄、上位頸髄圧迫による呼吸障害、めまい、構音・嚥下障害、④椎骨動脈閉塞による激しいめまい、失神、悪心・嘔吐、耳鳴り、失神発作などがある。診断は反射、運動、知覚検査により障害神経根、脊髄の高位と横位(脊髄)を同定し、さらに延髄、上位頸髄(下位脳神経症状など)病変を診断する。ただしRA患者では上下肢ともに関節障害がひどい場合には、反射、筋力が十分に評価出来ない。そのため知覚を正確に調べ、さらにADL障害を加味して評価する。また呼吸機能検査も重要で間質性肺炎なども考慮に入れた拘束性障害(%VC)と閉塞性障害(一秒率)は必ず評価しておく。画像診断としては、単純X線所見では上位頸椎での亜脱臼、歯突起のびらん・骨折、下位頸椎での亜脱臼、椎体の圧潰、椎間関節および棘突起のびらん・萎縮などに注意する。環軸関節前方亜脱臼の評価法としては環椎前弓後縁-歯突起前縁の距離で4mm以上の不安定症、歯突起後縁-環椎後弓前縁の距離の13mm以下(脊髄症)、軸椎垂直亜脱臼—硬口蓋先端、後頭骨下縁と歯突起先端との関係で判定する。このうちMcGregor法は硬口蓋後縁の上面—頭蓋後頭骨の最下点を結ぶ線より歯突起の先端が4.5mm以上突出していれば陽性、Redlund Johnell法は軸椎椎体下縁中央からMcGregor線までの垂直線の距離で男性:34mm以下、女性:29mm以下が陽性である。軸椎下亜脱臼の評価としては、3.5mm以上のすべり、隣接する正常椎間より11度以上の不安定症があれば本亜脱臼と評価する。CT再構築画像による垂直亜脱臼の評価、MRIでの脊髄・延髄の圧迫の程度と状態(輝度変化)、脊柱管内パルスなどの軟部組織の同定なども有用な情報となる。

本症の予後は不良で、神経脱落症状の回復は望めないこと、さらには保存治療の有効性を証明した報告もないことから外科手術のタイミングを逸してはならない。本症の手術のタイミングとしては①カラー、ブロックなどに抵抗性の頑固な後頭・後頸部痛、②明瞭な脊髄・延髄圧迫症状の急速進行、③椎骨動脈不全症状の出現などである。実際の術式としては環軸関節亜脱臼には環軸椎後方固定術、軸椎垂直亜脱臼あるいは非整復性環軸関節亜脱臼には後頭骨-頸椎固定術、軸椎下亜脱臼には椎弓形成術(instrumentation使用も含む)が選択される。環軸椎後方固定術には外側関節screw固定術(Magerl法)+後方骨移植術(Brooks法)あるいは環椎・軸椎screw+rod固定が行われるようになり、手術成績は格段に向上した。しかし両術式ともにscrewによる椎骨動脈損傷の危険があるため、術前の評価、手術手技の工夫が必要である。後頭骨—頸椎(時に胸椎)固定術および下位頸椎固定術には椎弓根、外側塊および椎弓screwなどにrodを連結する固定が一般的に行われている。しかし何れの固定術においても固定隣接椎間の変形、破壊などの問題は未解決である。最近ではRA腰椎病変も多く経験する。不安定症による腰痛、下肢神経脱落症状が生じ手術を要する場合が多い。実際の術式としては除圧術+instrumentation使用下の後方固定術で対処しているが、合併する骨粗鬆症によるinstrumentation failure、また術後の固定隣接椎間の変形、破壊は解決できていない。周術期死亡も以前は3.6~11.4%と高かったが、最近では1%以下で手術は安全に行われるようになってきている。

また手術前・後の機能回復に果たすリハビリテーションも大切である。RA患者は貧血、呼吸機能の低下、易感染性そして四肢関節の痛み、筋力低下など様々な障害があるためきめ細かいリハビリプログラムを組む必要がある。

## 参考文献:

加藤義治: 関節リウマチの治療—専門的治療:外科;頸椎 第2版 日本臨床増刊号;486-490, 2010

加藤義治:リウマチ頸椎病変と外科治療のタイミング