運動器疾患診療の最前線（Ⅰ）

腰部脊柱管狭窄症の病態と治療

慶應義塾大学整形外科教授
松　本　守　雄
（聞き手　大西　真）

大西　松本先生、腰部脊柱管狭窄症についてうかがいたいと思います。

最近、脊柱管狭窄症の患者さんは多いのでしょうか。

松本　日本の高齢社会化とともに非常に増えていて、日本全国で240万人の方がいらっしゃるという推計もあります。

大西　けっこう増えてきているということですね。

松本　そうですね。

大西　その病態はどんなことが想定されていますか。

松本　読んで字のごとく、狭窄ということで、腰を通る神経の管、これを脊柱管といいますが、それが狭くなるということです。基本的には加齢による疾患ということがいえます。

大西　幾つか分類があるのでしょうか。

松本　脊柱管狭窄症の原因となる疾患がありまして、例えば先天的に脊柱管が狭い方、あるいは後天的に例えば骨がずれてしまう。これはすべり症といいます。あるいは、椎間板ヘルニアを伴った狭窄、いろいろな原因があります。

大西　次に診断のことをうかがいたいのですが、典型的にはどのような症状が出るのでしょうか。

松本　患者さんは、腰から足にかけての痺れ、痛み、あるいは力が入らない脱力、こういう症状を訴えます。これが立ったり歩いたりすると症状が強くなる。しばらく立ったり歩いたりすると症状が強くなって、休まなければいけない。こういう症状を間欠跛行といいまして、これが特徴的な症状です。

大西　それは神経が刺激されるということですね。

松本　そうですね。立っていると神経がよけいに圧迫され、さらに歩くと神経により多くの血流が必要になってきます。狭窄症で神経を締めつけられますと血流障害も起きて、歩くのが辛くなってくるのです。

大西　よく血管性の病気の場合もそういうことがありますね。何か違う点

があるのでしょうか。

松本　鑑別診断で血管性の病気が挙げられます。症状は似ているのですが、血管の場合は歩くのをやめればいいのですけれども、狭窄症の場合は歩くのをやめるだけではなくて、ちょっと腰を曲げたり、しゃがんだりすると、より楽になるので、そのあたりが少し違います。

大西　神経原性跛行以外の訴えというか、ほかの症状もあるのでしょうか。

松本　患者さんの中には、仰向けに寝るだけで神経が詰まって辛いと、仰向けに寝られないような方がいたり、満員電車でずっと立っているのが辛い、通勤が辛いという方もいらっしゃいます。症状がひどくなりますと、じっとしていても足が痺れたり、足の裏に何かが張りついたような感じがすると訴える方もいらっしゃいます。

大西　それはかなり辛いですね。

松本　けっこう辛い方もいらっしゃいます。

大西　何か診察所見で特徴のようなものはありますか。

松本　我々が診たなかでは、患者さんは歩くと症状が出るのですが、じっとしていると、わりと他覚的所見に乏しい方も少なくありません。ただ、時々足の筋力低下ですとか知覚障害、こういったものが所見される方もいらっしゃいます。

大西　血管性との違いは、先ほどのようなポイントですね。

松本　そういう症状で一つ鑑別。もう一つは、血管性の場合は足の脈が触れにくいとか、上肢と下肢の血圧の差があるとか、そういったことでも鑑別がつくと思います。

大西　さらに踏み込んで精査する場合は、どのような検査をやっていけばよろしいでしょうか。

松本　まず腰のMRI、これがスクリーニング検査としては非常に有用です。さらに、手術などを考える場合には腰の脊髄造影という造影検査、ミエログラフィ、これが非常に診断には役立ちます。

大西　次に治療のことをうかがいますが、まずは保存的治療をすると思うのですけれども、どのように行ったらよいでしょうか。

松本　保存的治療はいろいろあります。ただ、残念ながら非常にエビデンスがあるという治療が少ないのが現状です。患者さんには、まず日常生活の指導ということで、例えば歩くときに非常に辛い場合には杖をつくとか、押し車で腰をちょっと曲げて歩くとか、そういう指導をします。

あとは薬物治療として、いろいろな内服薬があるのですが、その中でもエビデンスがあるものとしてはプロスタグランジン製剤です。これが馬尾の血流をよくして神経の症状をとるということで、特に軽症例では有効であると

いわれています。あまりにも症状が強い場合は、今、神経障害性疼痛の治療薬がいろいろ出ていますので、そういったものが効果を上げる場合もあります。

大西　自然経過はどのようにたどるのでしょうか。保存的にいった場合ですが。

松本　腰の病気で椎間板ヘルニアというものがよく知られていますが、これと比べますと予後はあまりよくないということです。ざっと言いますと、よくなる方が1/3、変わらない方が1/3、悪くなる方が1/3といわれています。よくなる方というのは、もともと症状の軽い方、あるいは圧迫が神経のほんの一部で、症状が片足だけの方、そういう方は予後は比較的いいのですが、両方に症状がある、いわゆる馬尾型、馬尾神経全部がやられるようなパターンはあまり予後がよくないといわれています。

大西　保存的な治療でなかなか症状がとれない場合は手術も考えるのだと思うのですけれども、手術適応についてはどのように考えられているのでしょうか。

松本　手術適応は、まず保存療法をしっかり行って、それが無効である、これが前提になると思うのです。その中でも、まず手術適応として絶対的適応に近いものは膀胱障害、排尿障害などのある症例、あるいは非常に麻痺の強い方、筋力でいうとMMTで２とか、それ以下の場合は患者さんに強く手術をお勧めします。そういう場合、馬尾障害をきたしていることが多いので、神経が不可逆性に悪くなる前に手術ということになると思います。

それ以外は相対的適応ということで、患者さんがどのぐらい困っていらっしゃるかによって手術になります。目安としまして、我々は例えば間欠跛行、歩く距離が10分あるいは500m、そうなるとちょっと辛くて休みたい。そういう方は生活で非常に困りますので、その患者さんの希望に応じて、手術を希望されれば手術をする。そういう相対適応になると思います。

大西　具体的にはどのような手術が今行われているのでしょうか。

松本　この手術にはいろいろあるのですが、基本的には除圧術といいまして、腰のうしろから神経を押している椎弓を削る方法、これが一番ベーシックな手術になると思います。その除圧術にもいろいろありまして、昔からのオープンサージェリー、最近は内視鏡とか顕微鏡を使って、できるだけ低侵襲に、あるいは筋肉を温存して行う。そういう手術が主流になりつつありまして、ご高齢の方には非常にいい手術になると思います。

大西　この病気はお年寄りに多いということなので、かなりご高齢の方でも手術は積極的に行われるのでしょう

か。

松本　高齢の方でも、最近、非常にアクティブな方が増えています。75歳を超えていても、旅行に行きたいとか、ゴルフがしたいとか、そういった非常にモチベーションが高い方には、全身状態が許すかぎり手術となります。我々の慶應病院での椎弓切除術の手術時平均年齢は70歳ですから、かなりご高齢の方が手術を受けています。

大西　逆に、もう少し若い方でもこの病気というのはあるのでしょうか。

松本　あります。50代を超えるとだんだんなってきます。また、比較的若い人で活動性が高くて、かつ、すべり症、骨がずれているような方、あるいは少し側弯といって曲がっているような方、こういう方には、削るだけではなくて、インプラント、金属を用いた固定術という、少し負担の大きい手術を行うこともあります。

大西　手術中あるいは手術後のこの病気に対する問題点といいますか、気をつけたほうがいい点などはありますか。

松本　手術そのものは今非常に精度も高くできるようになっていまして、術後、間欠跛行も楽になって、非常に喜ばれる方が多いのですが、問題点も幾つかあります。術中、術後の合併症としては、血腫や感染、あるいは硬膜が破れる硬膜損傷、こういったものの頻度が高いです。

あとは、手術をして間欠跛行はよくなるのだけれども、一定の症状の遺残というものがあります。どうしても神経の圧迫が長い間続いていましたので、いくら神経の圧迫をとっても、足の痺れとか、ちょっと違和感とか、そういったものが残る方がけっこうおられます。あとは、こむらがえりに悩む方もいらっしゃいます。

大西　そういう場合はまたそういう対症療法をやって、場合によっては再手術という例もあるのでしょうか。

松本　なかなか症状がとれないような方には神経障害性疼痛の治療薬などを投与して症状をやわらげる、そういった保存療法をしますけれども、そういう中でまた症状が再燃する方もいらっしゃいます。再狭窄が起きたり、別の箇所が詰まってきたり、そういう場合には再手術もあります。再手術率は５～10年の間にだいたい10～20％といわれています。

大西　先ほど少しこの病気にかかりやすい体質の方の話が出ましたけれども、予防といいますか、普段どういうことを生活で気をつけていればいいのでしょうか。

松本　なかなか予防が難しいのがこの病気なのですが、少しでも腰を安定化させるために、普段から腹筋や背筋、あるいは骨盤の回りの筋肉などを落とさないように、そういった体操を行っていただくことが予防になるかと思い

ます。

大西　あとは、日本人と欧米人と症状が違うとか、そういうことはあるのでしょうか。

松本　大きな差はないかもしれません。ただ、日本人は脊柱管が比較的狭い方が多いのです。ですから、少し馬尾の症状が強い方が欧米人よりは多いと思われます。明らかな国際比較はないのですが、私の印象としてはそうです。

大西　日本人の場合、だいぶ長生きされている方が多いですからね。

松本　それもありますね。ご高齢の方が増えていますからね。

大西　これからこの疾患ももっと増えることが予想されますね。

松本　そうですね。日本人の高齢者はけっこう歩かれる方が多いのですけれども、アメリカは車社会なので、車の運転でしたらあまり生活に問題ないという方もいらっしゃいますので、日本ではより問題になるかもしれません。

大西　ありがとうございました。