

AMCoR

Asahikawa Medical College Repository <http://amcor.asahikawa-med.ac.jp/>

ペインクリニック (1999.09) 20巻6号:921～922.

硬膜外ブロック後に発見された脊髄腫瘍性病変の2例

峯田昌之、高橋康二、赤間保之、竹田尚功、的場光昭、高田稔

硬膜外ブロック後に発見された 脊髄腫瘍性病変の2例

峯田昌之 高橋康二
旭川医科大学放射線医学講座
赤間保之
竹田尚功 的場光昭
旭川ペインクリニック病院
高田 稔
神居ペインクリニック

軀幹部の疼痛に対して、硬膜外ブロックは有効な手段の1つであり、ペインクリニック外来ではfirst choiceとして選択されることが多い。患者が疼痛緩和を希望して来院するという診療内容の特殊性により初診時からブロックを行うことが多く、原因検索は再診時以降となりがちであることは否めない事実である。今回、われわれは上肢痛、胸背部痛患者で硬膜外ブロック後に脊髄の腫瘍性病変を発見された2例を経験したので報告する。

症例

症例1：35歳，男性。

主訴：右肩部痛

総胆管拡張症のために30歳時に手術の既往歴がある。その際の血液検査で血清梅毒反応陽性を指摘された。2カ月前より右上肢、肩部痛を自覚し外来初診となった。疼痛は右肩、上腕に限局し、初診時に行われた頸部、胸部X線検査上特別な所見を認めず、星状神経節ブロックを繰り返すこととなった。数回星状神経節ブロックを繰り返すも、症状に改善傾向を認めなかったために、C7/Th1間より0.5%メピバカイン8mlにメチルプレドニゾン懸濁液を混合した溶液を用い、頸部硬膜外ブロックを施行した。ブロック後、疼痛は緩和したが、数日後に37~38度台の発熱および左上肢の温痛覚障害が出現し再来院となり、診察の結果、左手部の温痛覚の欠落が認められ



図1 症例1：造影後T₁強調像
延髄、脊髄中に造影される8-10mm程度大の多
発する腫瘍性病変を認める

た。発熱を伴っていたことより、硬膜外膿瘍の可能性を疑いMRI検査を施行し、頸髄に腫瘍性病変が発見された。

本人の希望により某大学病院脳神経外科を紹介し、精査の結果、神経梅毒による脊髄病変であることが判明した。中枢神経病変のMRI所見を図1に示した。

症例2：45歳，男性。

主訴：左胸背部痛

2年前に左胸背部痛のために通院し胸部硬膜外ブロックを1度受けた既往がある。その後しばらく疼痛は出現していなかったが、数週間前より同様の症

Two cases of spinal tumorous lesion that was found after epidural block

Masayuki Mineta, et al.

Department of Radiology, Asahikawa medical college

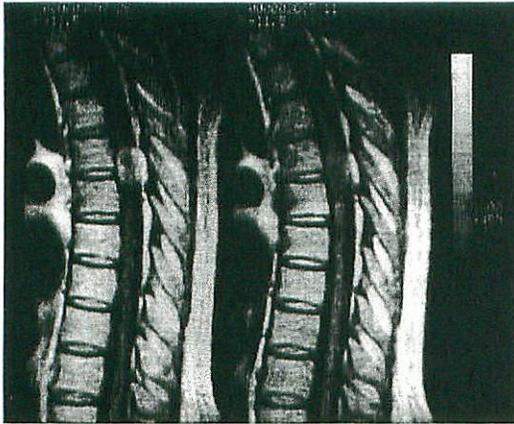


図2 症例2：造影T₁強調像およびT₂強調像
Th7椎体後部の脊柱管内にT₁強調にて脊髄と同等の信号を有する腫瘍性病変が認められる。造影にて周辺のエンハンスメントが認められた

状が出現したために来院となった。疼痛は左Th6、7レベルに存在し、胸部、胸椎X線検査で、明らかな異常所見は指摘できなかったため、中位胸椎レベルより0.5%メピバカイン8m/lにメチルプレドニゾロン懸濁液を混合した溶液を用い、胸部硬膜外ブロックを施行した。翌日には疼痛は軽減したが、4日後より電撃痛となったために、緊急MRI検査を受け胸髄腫瘍が発見された。市中病院脳神経外科を紹介し、腫瘍摘出術が施行され病理診断の結果、神経鞘腫であることが判明した。MRI所見を図2に示した。

考 察

脊髄は腫瘍、炎症、変性、脱髄、代謝障害、血管障害など様々の原因で障害される。その解剖学的関係から早期より脊髄、神経根圧迫と脊髄循環障害をきたし、初発自覚症状としては知覚障害、疼痛が多い¹⁾。疼痛は神経分節に沿った分布であり、頸髄なら頸肩腕痛、胸髄なら肋間神経痛、腰髄なら坐骨神経痛としてあらわれ、ペインクリニック外来で日常遭遇する椎間板ヘルニアや変形性脊椎症などの退行性変性疾患の症状と比較しても特異的ではない²⁾。

腫瘍性病変の多くは組織学的に良性のものが多く、良性腫瘍の占める割合は90%とされている³⁾が、圧排などにより脊髄は不可逆性変化に陥るため、早期診断、早期治療が必要である。診断法として、従来はX線単純写真による、椎体、椎弓、椎弓根部の異常像発見、ミエログラフィなどによる腫瘍陰影の描出が施行されていたが、最近では画像診断技術の進歩に伴いMRI検査が普及するようになった。しかし、MRI検査は機器が高価であり、施設によっては無かったり、また、よもやあったとしても検査までの待ち時間が長いことから初診時には行いきにくい検査である。今回のわれわれの症例では、初診時いずれもX線検査は行われていたが異常所見は指摘困難であり、MRI検査は前述した理由により行えなかったことが反省点として考えられた。

ペインクリニック外来は、患者が疼痛緩和を希望して来院するという診療内容の特殊性により初診時からブロックを行うことが多く、原因検索は再診時以降となりがちであることは否めない事実である。しかし、希とは思われるが、今回遭遇したように、硬膜外ブロックが禁忌となる脊髄腫瘍性病変が紛れ込んでいることは十分にありうることである。2例とも幸運なことに腫瘍部位は穿刺されず、腫瘍穿刺による合併症は回避できた。

硬膜外ブロックは四肢、軀幹の疼痛に対して比較的容易に外来で出来るブロック手技であるが、時には本症例のような脊髄腫瘍性病変も混在しうることも念頭に置く必要がある。ペインクリニック外来における硬膜外ブロック施行の際には事前のMRI検査の必要性が認識され、ペインクリニック外来に警鐘を与えられれば幸いである。

参考文献

- 1) 木本誠二監修：現代外科学体系、第26巻B、東京、中山書店、1971、461-494
- 2) 村田英之、井上哲郎：高齢者の腰痛一症候論一、整形外科Mook No57、東京、金原出版、1989、141-158
- 3) 高倉公明監修：脊椎、脊髄の手術、東京、現代医療社、1993、151-166

※ ※ ※