

〔症例〕 術後嚥下障害を発症した強直性脊椎骨増殖症の1例

鈴木宗貴 新 昶 正 明¹⁾ 政 木 豊¹⁾
腰 塚 周 平¹⁾ 高 澤 誠²⁾ 高 橋 和 久

(2006年4月7日受付, 2006年4月12日受理)

要 旨

頸椎前方巨大骨化巢のため気管カニューレ抜去不能と他科にて判断された51歳男性に対しC2～C5高位に前方切除術を施行した。術翌日に嚥下障害が発症し、喉頭鏡及び嚥下造影検査の所見から喉頭感覚を司る上喉頭神経内枝麻痺と診断した。嚥下障害は保存治療にて術後3ヶ月で軽快した。麻痺の原因として喉頭過牽引による損傷が考えられた。上位頸椎前方手術では本症の可能性を念頭におくべきと考えられた。

Key words: 頸椎前方手術後嚥下障害, 上喉頭神経内枝, 感覚障害

I. はじめに

頸椎前方手術における術後合併症において嚥下障害は注意すべき合併症の一つである。症状の多くは一過性であり保存療法が基本であるが、残存する場合もある[1]。今回、我々は術後嚥下障害を発症した強直性脊椎骨増殖症の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。

II. 症 例

患者: 51歳男性

主訴: 特になし

既往歴: 糖尿病, 肝硬変

現病歴: 生来, 嚥下障害は認めなかった。平成16年3月, 発熱および意識障害が出現し,

敗血症の診断にて緊急入院となった。9日後, 全身管理のため, 内科にて気管切開を施行した。平成16年6月, 全身状態改善し, 気管カニューレ抜去を検討するも頸椎前方骨化巢のため抜去不能と耳鼻科にて判断され, 当科を紹介受診した。

単純X線: 頸椎側面像にてC2以下に連続する椎体前方の骨化巢を認めた(図1a)。

CT: C2以下に連続する椎体前方の骨化巢を認め, 気管の圧迫を認めた(図1b)。

本症例に対し平成17年7月, 頸椎前方より骨化巢切除術を施行した。左側からの頸椎前方アプローチにて進入し, 喉頭を右側に圧排し, C2からC5までの骨化巢を切除した。術後のX線像にて骨化巢の切除を確認した(図1c)。術翌日, 経口摂取を開始したが, むせこみのため嚥下不能と

千葉大学大学院医学研究院整形外科

¹⁾ 国保成東病院整形外科

²⁾ 成田赤十字病院整形外科

Munetaka Suzuki, Masaaki Aramomi¹⁾, Yutaka Masaki¹⁾, Syuhei Koshizuka¹⁾, Makoto Takazawa²⁾ and Kazuhisa Takahashi: Postoperative dysphagia in a patient with ankylosing spinal hyperostosis. A case report.

Department of Orthopedic Surgery, Graduate School of Medicine, Chiba University, Chiba 260-8670.

¹⁾ Department of Orthopedic Surgery, Naruto General Hospital, Sammu 289-1326.

²⁾ Department of Orthopedic Surgery, Narita Red Cross Hospital, Narita 286-8523.

Tel. 043-226-2117. Fax. 043-226-2116.

Received April 7, 2006, Accepted April 12, 2006.

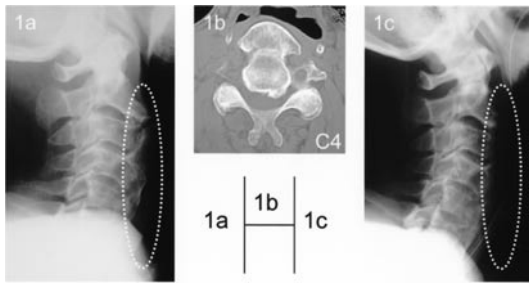


図 1a, b 術前頸椎 X 線側面像および C4 レベル CT 頸椎前方に連続した大きな骨化巣を認める。
図 1c 術後頸椎 X 線側面像 骨化巣は十分に切除されている。

なり、その後も嚥下障害改善せず、経管栄養管理となった。術後 2 ヶ月時に喉頭鏡検査を施行したが、両側声帯、舌・軟口蓋、喉頭などの運動は正常であった。嚥下造影検査では左側声門部に造影剤の梨状窩へ貯留を認め、気管内への誤嚥を認めたことより喉頭内壁の感覚障害が示唆された。以上より、左上喉頭神経内枝麻痺による嚥下障害と診断した。絶飲食、経管栄養による保存療法を継続し、術後 3 ヶ月の時点で 2 回目の嚥下造影検査を施行した。梨状窩への造影剤の貯留が減少し、気管内への誤嚥も認めず、明らかな改善を認めたため、経口摂取を開始した。術後 1 年 9 ヶ月の現在に至るまで良好な嚥下を維持している。

Ⅲ. 考 察

頸椎前方手術後の嚥下障害は、物理的原因として浮腫・血腫・膿瘍・移植骨片などによる圧迫と、神経障害として舌下神経・上喉頭神経・反回神経損傷があるとされている。舌下神経は上位頸椎手術にて損傷の可能性があるが、舌の運動麻痺による嚥下障害を引き起こすとされる[2,3]。上喉頭神経内枝も上位頸椎手術で損傷の可能性があるが、咽喉頭粘膜の感覚麻痺によって嚥下反射の欠如をきたす[4,5]。反回神経は中位および下位頸椎手術で損傷しやすく、声帯の運動麻痺から誤嚥をきたす。本症例は舌運動が正常であり舌下神経麻痺は否定。両側声帯の運動が正常であり反回神経麻痺も否定された。左側声帯への造影剤の付着より喉頭の感覚麻痺が示唆され、上喉頭神経麻痺と診断した。我々が涉猟し得た範囲で頸椎前方

手術後の上喉頭神経内枝麻痺の報告例は 3 例のみであった[6]。上位頸椎前方アプローチにおいて、喉頭上端と頸動脈鞘間の剥離操作や、喉頭を強く圧排する際に上喉頭神経内枝に過牽引が加わりこれを損傷する可能性がある。本症例では C2 前方の巨大骨化巣切除の際に喉頭を強く圧排したために麻痺を生じたと思われる。上喉頭神経内枝麻痺の治療は中心静脈栄養、経鼻胃管管理、嚥下訓練等の保存治療を行うが遷延する場合は喉頭気管分離術、喉頭摘出術などが必要となる。本症例では保存治療のみで術後 3 ヶ月目に自然軽快した。本合併症は稀ではあるが、上位頸椎前方手術の際はインフォームドコンセントを含め本症を念頭におくべきものと考ええる。

Ⅳ. ま と め

1. 頸椎前方手術後に上喉頭神経内枝麻痺による嚥下障害を発症した一例を経験した。
2. 上喉頭神経内枝麻痺の原因として喉頭過牽引による損傷が考えられた。
3. 上位頸椎の前方手術では本症の可能性を念頭におくべきと考えられた。

謝 辞

御校閲を賜りました千葉大学整形外科教室守屋秀繁教授に深謝いたします。

SUMMARY

A 51-year-old man underwent resection of a large bone mass located at the anterior cervical spine. He developed swallowing difficulty after surgery. Laryngoscopy and laryngography revealed paresis of the internal ramus of superior laryngeal nerve. We have to take into account the present complication when we operate on a patient with upper cervical lesion.

文 献

- 1) Stewart M, Johnston RA, Stewart I, Wilson JA. Swallowing performance following anterior cervical spine surgery. Br J Neurosurg 1995; 9: 605-9.
- 2) Sengupta DK, Grevitt MP, Mehdian SMH. Hypoglossal nerve injury as a complication of anterior surgery to upper cervical spine. Eur Spine J 1999; 8: 78-80.

- 3) 金子芳洋. 摂食・嚥下のしくみとその障害を理解するための基礎知識 DENTAL OUTLOOK Extra issue Oral Health Care 2003; 42-54.
 - 4) 進 武幹. 嚥下障害の病態と分類. ENTONI 2002; 9: 1-6.
 - 5) 進 武幹. 神経機序からみた嚥下とその病態 音声言語医学 2000; 41: 320-9.
 - 6) Martin RE, Neary MA, Diamant NE. Dysphagia following anterior cervical surgery. 1997; 12: 2-8.
-