

ご挨拶

大寒は過ぎましたが、2月の寒い時期に名古屋までお集まりいただき、ありがとうございます。無事に第2回の研究会を行うことが出来、非常に光栄であるとともに、皆様の協力の賜物であると、非常に感謝しております。

2024年はUBEにとって飛躍の年になりました。第一例を行いましたという非常に多くの報告から、各学会でのセッションなどそれまでになかった広がりを見せております。おそらく、2025年はUBE/BESSにとって更なる飛躍の年になると考えています。

前回に引き続き、本会では安全普及をテーマに進行させていただこうと思っています。この手技が内視鏡のスタンダードになるためには、安全で患者さんだけでなく、医師にとっても負担の少ない医療となることがメインになると考えています。また、ゲストとして、タイより Nantawat Uttamo 先生をお招きしました。みなさまのお役に立てる講演と思いますので、ぜひご参加ください。

本会に向けまして、バックアップをしていただきました協賛企業の皆様、簡単ではありますが、厚く御礼申し上げます。規模が大きくなるにつれ、いろいろな制限も出てくるのですが、本当にご協力のたまものでこの会が成り立っていることを常々感謝しております。また、こちらから無理なお願いにもかかわらず、お引き受けいただいたご講演者の先生方、ハンズオンの先生方、この場を借りまして、厚く御礼申し上げます。

また、本術式の普及に当たり、日本整形外科学会、脊椎脊髄病学会、脊髄外科学会、JASMISS、MIST など多大なご協力をいただいておりますので、深い感謝を申し上げます。

今回は、名古屋駅直結のゲートタワーカンファレンスで行います。同会場で症例検討を含む懇親会も用意しておりますので、ぜひご参加ください。

本会が、皆様の手技向上と安全普及に役に立つことを祈念して、挨拶とかえさせていただきます。

第2回日本 UBE BESS 研究会
当番世話人（会長）佐々木 寛二
（聖隷浜松病院 せぼね骨腫瘍科）

交通案内図

所在地 名古屋 JR ゲートタワー16階 JR ゲートタワーカンファレンス
〒450-6616 愛知県名古屋市中村区名駅 1-1-3



電車でお越しの方

JR 線

東海道新幹線 ▶ 「名古屋」 駅下車

JR 東海道本線、中央本線、関西本線 ▶ 「名古屋」 駅下車

私鉄

名鉄 ▶ 「名鉄名古屋」 駅下車

近鉄 ▶ 「近鉄名古屋」 駅下車

名古屋臨海高速鉄道

あおなみ線 ▶ 「名古屋」 駅下車

名古屋市営地下鉄

地下鉄東山線、地下鉄桜通線 ▶ 「名古屋」 駅下車

会場案内図



【施設内のアクセス】

- ①JR ゲートタワーシャトルエレベーターで 15F へ
- ②JR ゲートタワー15F のエスカレーターから 16F へ
- ③右手の前方にエントランスがあります

会場

口演会場=会議室 A1+A2

企業展示／ハンズオン／休憩=会議室 A3+A4

懇親会=会議室 B5+B6

講師控室=会議室 C7

大会本部=会議室 C8

ストックスペース=会議室 C9



お願い

参加受付

12:00 より受付を開始します。参加費 3,000 円（懇親会費込み）をお支払いください。

一般演題演者の方へ

- ・発表時間は 5 分、質疑応答は 3 分とさせていただきます。
- ・発表形式は PC のみです。PC 対応プロジェクター1 台をご用意いたします。
- ・ご発表データを研究会準備の PC に取り込ませて頂きますので、USB メモリーをご持参ください。
- ・作成するソフトはマイクロソフト社の Power Point で 2019 以降のバージョンに限ります。
- ・発表データに動画がある場合や Macintosh をご使用の場合は、ご自身の PC をご利用ください。
※AC アダプタは必ずご持参下さい。
- ・映像接続ケーブルは HDMI を準備しております。それ以外をご利用の場合は変換コネクタを忘れずにお持ちください。

症例検討会について

- ・検討症例をお持ちいただいた方は検討会前の休憩時間に司会者にお声がけください。

協賛企業一覧

オステオノバス株式会社
カールストルツ・エンドスコピー・ジャパン株式会社
昭和医科工業株式会社
ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社
ジンヴィ・ジャパン合同会社
スミス・アンド・ネフュー株式会社
帝人ナカシマメディカル株式会社
株式会社ナカニシ
株式会社日本エム・ディ・エム
日本メディカルオーダー株式会社
ニューベイシブジャパン株式会社／グローバスメディカル株式会社
ネクスメッドインターナショナル株式会社
バクスター・ジャパン株式会社
メダクタジャパン株式会社
メドトロニックソファモアダネック株式会社

(50 音順)

プログラム

(A会場)

開会挨拶

12:55～13:00

佐々木 寛二 (聖隷浜松病院 整形外科)

一般演題 A

13:00～14:00

座長: 山屋 誠司 (仙台西多賀病院 整形外科脊椎内視鏡センター)

発表 5分 + 質疑応答 3分

1. 「UBE/BESS 導入に向けた 1 年間の取り組み」

廣瀬 友彦

香川県立中央病院 整形外科

2. 「UBE 導入初期における合併症とその対策」

関屋 辰洋

春陽会中央病院 整形外科

3. 「脊椎内視鏡手術未経験医が UBE 習熟に要する症例数は？

～腰部脊柱管狭窄症に対する除圧術の初期ラーニングカーブの検討～」

松川 啓太郎

独立行政法人国立病院機構 村山医療センター 整形外科

4. 「Left-Handed UBE surgeon のすすめ」

三宅 央哲

聖隷浜松病院 セボね骨腫瘍科

5. 「UBE-ULBD(UBE 片側侵入両側除圧術)について」

森脇 崇

大阪暁明館病院 脳外科脊椎脊髄センター

6. 「UBE-TFA を用いた腰椎椎間板ヘルニアの術後 1 年成績」

瀬川 知秀

稲波脊椎・関節病院

7. 「UBE 継続するのに辛かったこと、その先にみえる景色」

梅林 猛

東京脊椎クリニック

休憩

14:00～14:15

座長：田上 敦士（長崎大学医学部 整形外科学教室）

発表 5 分 + 質疑応答 3 分

1. 「UBE と MEL の術後創部痛の比較」

平井 志馬

国立病院機構 相模原病院 整形外科

2. 「頸椎・腰椎それぞれの脊柱管狭窄症・椎間孔狭窄症・椎間板ヘルニアに対する MEL,UBE,FESS,PSLD 法の使い分け方は？」

伊藤 全哉

あいちせぼね病院

3. 「O-arm ナビ下での TF-MELIF は従来の内視鏡下椎体間固定術の概念を変えられるか？」

松森 裕昭

香芝旭ヶ丘病院 脊椎人工関節センター

4. 「UBE を用いた TF-LIF -ナビゲーションと intraLIF の 2 つのシステムがあれば安心安全-」

津田 圭一

福岡脊椎クリニック

5. 「UBE/BECS を用いた腰椎椎体間固定術 Double-cage technique」

伊藤 研悠

あいちせぼね病院

6. 「複数ポータル式灌流型脊椎内視鏡下腰椎椎体間固定術 (UBE-LIF)

：新 cage 挿入器 (Y スライダー) の開発と T 字型 Expandable cage 挿入の試み」

山屋 誠司

仙台西多賀病院 整形外科脊椎内視鏡センター

7. 「UBE-ELIF の有用性」

柳澤 和芳

岩井整形外科病院

座長：伊藤 全哉（あいちせぼね病院）

演題 「UBE surgery from take off to the moon: my experience, tips and tricks」

演者 Nantawat Uttamo

Department of Orthopedic Surgery, Veterans General Hospital, Bangkok, Thailand



PROFESSIONAL MEMBERSHIPS AND SOCIETIES

- 2010 - Thai Medical Council
- 2012 - AO Trauma membership
- 2015 - Royal College of Orthopedic Surgeons of Thailand (RCOST)
- 2016 - Spine Society of Thailand (SST)
- 2016 - Thai Society of Minimally Invasive Spinal Surgery and Techniques
- 2017 - ASEAN Minimally Invasive Spinal Surgery and Techniques
- 2017 - North American Spine Society (NASS)
- 2020 - AO Spine membership

INSTITUTIONAL/DEPARTMENTAL ADMINISTRATIVE RESPONSIBILITIES, COMMITTEE MEMBERSHIPS, AND OTHER ACTIVITIES

- Interesting case: Spinal infection, Spine News, Issue 5 January 2015
- ThaiSMISST and ASEANMISST committee
- General Secretary, Cadaveric Workshop Co-chairman and Speaker in 4th ASEANMISST in Collaboration with NASS and Cadaveric Workshop 2018, Chiang Mai, Thailand
- International medical coordinator for the Medical Sub-Committee of the Project “lumbar disc surgery for monks, priests of various religions and underprivileged patients”,
The 50th Anniversary Maha Vajiralongkorn Hospital Foundation
- General Secretary and Scientific program committee in 7th ASEANMISST and Cadaveric Workshop 2022, Chiang Mai, Thailand
- Reviewer of World Neurosurgery journal, BMC Musculoskeletal Disorders journal, Journal of Minimally Invasive Spine Surgery & Technique (JMISST)

16 : 30～18 : 20

症例検討会 (A 会場)

司会：

梅林 猛（東京脊椎クリニック）
吉水 隆貴（聖隷浜松病院 整形外科）

ハンズオン (B 会場)

講師：

瀬川 知秀（稲波脊椎・関節病院）
水野哲太郎（聖隷浜松病院 せぼね骨腫瘍科）
松川啓太郎（村山医療センター 整形外科）
石井 啓介（聖隷浜松病院 せぼね骨腫瘍科）

閉会挨拶 (A 会場)

佐々木 寛二（聖隷浜松病院 整形外科）

18 : 20～18 : 30

懇親会

18 : 30～20 : 00

「UBE/BESS 導入に向けた 1 年間の取り組み」

廣瀬 友彦、生熊 久敬

香川県立中央病院 整形外科

昨年、近年注目を集める UBE (Unilateral Biportal Endoscopy) /BESS (Biportal Endoscopic Spine Surgery) に初めて触れる機会を得ることができた。その後、第 1 回 UBE/BESS 研究会にも参加させてもらい、この手技の可能性を実感した。当院での導入を目指し、ランバースコープの申請を皮切りに、カダバートレーニングやハンズオンセミナーへの参加、手術見学、リアルスパインを用いたトレーニングなどを行ってきた。また、安全性と精度を確保するため、経験豊富な指導医を招聘し、共同で手術を行いながら体制を整備した。多くの先生方の協力を仰ぎ、当院における UBE/BESS の施行基盤を確立し、MED/MEL や FESS に続き、低侵襲治療の選択肢を広げることができるようになった。本発表では、この 1 年間における導入プロセスとその取り組みを報告する。

「UBE 導入初期における合併症とその対策」

関屋 辰洋、上園 茂仁、寺山 星、稲留 達郎

春陽会中央病院 整形外科

当科では症例により MED、FESS と使い分けながら、除圧術、ヘルニア摘出術を中心に UBE をおこなっている。UBE はその手技の特性から起きやすい合併症や特有の難しさがあると感じている。UBE 導入初期に起きやすい合併症とその対策、また特有の難しさについて MED、FESS と手技の特性を比較しながら検討する。導入初期に経験した主な合併症は硬膜損傷、術後血腫であった。硬膜損傷の対策は、全周性に骨切除し硬膜を浮上させたうえで、黄色靭帯と硬膜を剥離し摘出する。術後血腫は術中の十分な止血が重要であるが、骨蠟やフロアブル止血剤を使用し予防する。特有の難しさとしては、手が足りないことによる剥離操作やノミの使用があげられる。手が足りないことによる難しさには、それを補う工夫や器械の開発が望まれる。UBE の手技の特性を理解し、合併症を起こさないよう、対策を講じながら手術をおこなうことが肝要である。

「脊椎内視鏡手術未経験医が UBE 習熟に要する症例数は？

～腰部脊柱管狭窄症に対する除圧術の初期ラーニングカーブの検討～

松川 啓太朗、小林 喜臣、北川 剛裕、谷戸 祥之

独立行政法人国立病院機構 村山医療センター 整形外科

【目的】脊椎内視鏡手術未経験医の UBE 手技における初期ラーニングカーブを調査したので報告する。

【方法】UBE 導入以降の同一執刀医による連続した 100 例のうち、片側開窓両側除圧術(UBEL)を施行した 47 例を対象とした。手術時間について累積和(cumulative sum: CUSUM)解析を用いてラーニングカーブを作成し、習熟に必要な症例数を検討した。

【結果】手技の習熟のカットオフ値は 24 例であり、手術時間は、習熟前(1-24 例): 65.0 ± 22.2 分・習熟後(25-47 例): 46.5 ± 8.5 分と有意差を認めた。

【考察】UBE 手技のラーニングカーブについて、文献的には 12-58 例と報告されているが、執刀医のバックグラウンドにより大きく異なることが予想される。本研究では内視鏡手術未経験術者の症例を対象に調査した。UBEL の習熟には 24 例の執刀経験が必要なことが示唆された。

「Left-Handed UBE surgeon のすすめ」

三宅 央哲、斎藤 三四郎、吉水 隆貴、水野 哲太郎、野坂 潮、石井 啓介、渡邊 水樹、
佐々木 寛二

聖隷浜松病院 せばね骨腫瘍科

当院では 2019 年より UBE を導入しており、2025 年 1 月でおおよそ 1000 件の手術実績がある。多くの脊椎外科医が導入する際は基本的な脊椎外科手技もしくは MED,FESS といった内視鏡手術を習得した上で UBE を導入するのに対して、演者は基本的な脊椎手技の経験なく、はじめてのヘルニア摘出術は UBE で行なっている。さらに演者は左利きであり、右利きの上級医から指導を受けることはお互いに難しく、手術習得においては不利である。現在 6 人の右利き指導医に対して演者含め 2 人の左利き術者を指導するという珍しい状況にありながらも、安全かつ速やかに手術を習得できると感じている。左利き術者が UBE を行う上で生じる課題と感じたことを報告し、これから UBE を習得する左利き脊椎外科医のエールになれば幸いである。

「UBE-ULBD(UBE 片側侵入両側除圧術)について」

森脇 崇、藤原 翔、岩月 幸一

大阪暁明館病院 脳外科脊椎脊髄センター

【はじめに】UBE-ULBD(Unilateral Laminectomy for Bilateral Decompression)は高度な変性を伴う腰部脊柱管狭窄症(LSCS)を対象とすることから UBE Interlaminar Approach の中でも工夫を要する。

【方法】Dec.2024 から UBE Interlaminar Approach(25 症例、33 椎間)を実施し、そのうち LSCS に対する UBE-ULBD(13 症例、17 椎間、高位; L2/3:1, L3/4:4, L4/5:10, L5/S:2)について、手術方法、手術時間、lateral recess 部骨削除率 (pedicle から lateral recess 狭窄部の距離の減少率) について報告する。30d 斜視鏡を 3 時方向にセットし、侵入側椎弓下縁~正中棘突起基部~対側椎弓を上間接突起部まで黄色靭帯上を iBur にて骨削除し、30d 斜視鏡を 6 時へ回し、全体を俯瞰しながら尾側椎弓上縁を正中~両側まで削除する。RF で黄色靭帯肥厚部を減量し、30d 斜視鏡を 0 時~6 時へ適宜調整しながら両側 lateral recess 骨性狭窄部を骨削除し、黄色靭帯を Kerrison Rongeur で摘出する。iBur の曲がり方向を骨削除方向に向けて適宜手で回すことで骨壁の干渉を抑える。黄色靭帯削除後は神経根上を 30d 斜視鏡で追いながら除圧を iBur, Kerrison Rongeur で完遂する。

【結果】平均の手術時間 (1 椎間あたり) 114.4min, lateral recess 部骨削除率; 侵入側 43.8%/対側 39.4%, JOA スコア術前後; 14.7→22.3 であった。

【考察】CT 上の lateral recess 狭窄部の術前後骨削除率は 40%前後と高くはなかったが、黄色靭帯削除後は両側の神経根の位置関係を軸にして除圧することで症状の改善につながっている。

「UBE-TFA を用いた腰椎椎間板ヘルニアの術後 1 年成績」

瀬川 知秀

稲波脊椎・関節病院

脊柱管内ヘルニアに対する UBE による手術方法は一般的には後方からの IL 法である。

2023 年 1 月より当院では脊柱管内ヘルニアに対して TF 法による UBE-TFA を考案した。

内視鏡は 30° 斜視鏡(2.7mm 径)、外径 3.8mm を使用。手術方法は、一般的な FED-TF 法に準じるがダイレーションシステムを応用し triangulation の手間と PVM への侵襲を軽減させた。本研究会では 1 年以上経過観察が可能であった 1 椎間の脊柱管内腰椎椎間板ヘルニアの手術成績と手技を報告する。

「UBE 継続するのに辛かったこと、その先にみえる景色」

梅林 猛

東京脊椎クリニック

UBE は FESS と異なるラーニングカーブがあり、時にここもスコープも壊れる。

特にスコープのカメラレンズが割れると壊滅的な費用がかかりところがすさむ。まずレンズを壊さない心掛けが何より重要である。

次に UBE は FESS と比べて通常のドリルが使用できるメリットがあるため除圧に有効である。

合併症と機器損傷を乗り越え、ある程度の技術を身につけると、胸椎 OLF の除圧、頸椎椎間孔拡大術はオープン手術と比べて素晴らしいことこの上ない。

是非、皆さんとともに、この技術を身につけた先の景色を共有したいです。

「UBE と MEL の術後創部痛の比較」

平井 志馬、吉田 祐一

国立病院機構 相模原病院 整形外科

【方法】2024 年 4 月から 12 月までに同一施設、同一術者が腰部脊柱管狭窄症／腰椎椎間板ヘルニアに対し 1 椎間の脊椎内視鏡手術を行った 143 例を対象とした。UBE 全 60 例のうち対象となった UBE49 例を U 群、これに年齢と性別をマッチングさせた MEDL を行った 49 例を抽出し M 群とし、合計 98 例で両群間の術後創部痛 NRS (0～10) と手術時間の比較を行った。

【結果】両群 49 例 (女性 26 例、男性 23 例)、U 群は平均年齢 66.7 歳 (24 歳～87 歳)、M 群は平均年齢 66.8 歳 (19 歳～87 歳)。術後創部痛は U 群が 5.4、M 群は 3.6、手術時間は U 群 81.9 分、M 群 44.8 分であり、U 群が有意に創部痛が強く、手術時間が長い結果となった。

【考察】UBE は MED に比較し手術創は小さいが、術後創部痛が強かった。脊椎内視鏡手術後の創部痛は創部の大きさだけでなく、手術時間や、軟部組織などが影響すると考えられた。

「頸椎・腰椎それぞれの脊柱管狭窄症・椎間孔狭窄症・椎間板ヘルニアに対する MEL,UBE,FESS,PSLD 法の使い分け方は？」

伊藤 全哉

あいちせぼね病院

UBE は近年どの疾患にも汎用できうる手技として、国内外でも数多く用いられている。前回の本研究会において腰部脊柱管狭窄症に対する使い分けを報告したが、狭窄椎間数や高位に応じて MEL や PSLD の方が有用の場合もあると結論づけた。今回は頸椎・腰椎それぞれの他の疾患に対しての使い分けを報告する。

[腰椎椎間孔狭窄]

ほぼ全例局所麻酔下 FESS で行える。ただし L5/S の骨変性の強い症例は UBE が有用。

また脊柱管狭窄症を伴っている症例は、UBE で狭窄症除圧後に椎間孔を対側除圧にて行える。

[腰椎椎間板ヘルニア]

全例局所麻酔下 FESS で行える。

[頸髄症]

UBE が有用と考える。ただし 3 椎間以上の症例は還流圧による脊髄への影響を考慮し椎弓形成術もしくは MEL を行う。

[頸椎椎間孔狭窄]

全例 FESS で行える。

[頸椎椎間板ヘルニア]

正中型は前方アプローチからの FESS、側方型は後方アプローチからの FESS で行える。

「O-arm ナビ下での TF-MELIF は従来の内視鏡下椎体間固定術の概念を変えられるか？」

松森 裕昭

香芝旭ヶ丘病院 脊椎人工関節センター

内視鏡下椎体間固定術は一般的に Kambin triangle から椎間板に進入する。しかし exiting nerve が存在するためその安全領域は小さい。Khalifef らが 2020 年に報告した transfacet の進入路（以下 TF）は安全領域が広く有用な進入路である。我々は O-arm ナビ下での TF 侵入で内視鏡下椎体間固定術を施行しているので報告する。

【術式】

術前に安全領域を計測し進入路を計画。術中 O-arm ナビ下でガイドワイヤーを侵入経路に沿って椎間関節に挿入。円筒レトラクターを設置し内視鏡下に直線上に椎間関節外側を切除し椎間板に到達。ギャッジアップパッケージを使用して椎体間固定術を施行。本法を 15 症例に施行。平均手術時間は 1 時間 10 分。出血量は 40 ml。硬膜、神経根損傷等の合併症はなかった。本術式は従来の内視鏡下椎体間固定より内側に進入路をとることで exiting nerve 損傷等のリスクもない。またワーキングスペースが大きい大きなギャッジアップパッケージの挿入も容易で骨癒合や前弯形成にも有利と考える。

「UBE を用いた TF-LIF -ナビゲーションと intraLIF の 2 つのシステムがあれば安心安全-」

津田 圭一、隈元 真志
福岡脊椎クリニック

LLIF の登場以降、脊椎固定術が大きく進化した。椎間孔狭窄のみならず脊柱管狭窄に対しても間接除圧で対応が可能になってきている。この間接除圧を後方からのアプローチで解決する方法が Kambin 三角を經由して椎体間固定を行う手技として TF-LIF という呼称で呼ばれている。一方で脊椎内視鏡の進化もめざましく、近年脊椎固定術への応用が主流である。

我々は UBE を開院にあわせて 2024 年より導入し、これまで施行してきた PLIF/TLIF や LLIF の一部を、UBE を用いた TF-LIF に変更して行っている。まだ症例経験は多くないものの exiting nerve root の損傷などなく安全に施行できている。本発表では我々が使用している NextAR® (Medacta 社) と言われるナビゲーションシステムと intraLIF®システム (GLOBUS 社) について報告し、症例数がまだ少ない術者 (筆頭演者) でも Misorientation を防ぐ、できる限り大きい cage を 2 個設置する、exiting nerve root の損傷予防、などが達成できていることについて述べたい。

「UBE/BESS を用いた腰椎椎体間固定術 Double-cage technique」

伊藤 研悠
あいちせぼね病院

昨年の本研究会において UBE/BESS を用いた extraforaminal を經由した indirect-decompression の腰椎固定術(UBE-ELIF)を報告した。ナビゲーションを使用することで術者被爆を減量するだけでなく、ケージ挿入の方向も工夫した。症例(35 例)を重ねながら step by step でケージを 2 個入れることが安定してできるようになってきた。ケージ形状や腰椎アライメントを考慮し、前後方向にケージが 2 個入るようにした。手技の段階として、まずは L4/5 から 2 個入れるように始め、次に L5/S で細めのケージ 2 個入れることとした。それらができて最終的に十分なサイズで前弯開大できるケージを 2 個 L5/S に入れるようになった。このような試行錯誤を共有させていただきます。

「複数ポータル式灌流型脊椎内視鏡下腰椎椎体間固定術 (UBE-LIF) : 新 cage 挿入器 (Y スライダー) の開発と T 字型 Expandable cage 挿入の試み」

山屋 誠司、橋本 功、古泉 豊、矢部 裕、小城 繁明、須田 英明、川原 央、両角 直樹、
国分 正一、相澤 俊峰
仙台西多賀病院 整形外科脊椎内視鏡センター、仙台西多賀病院 整形外科、
東北大学 整形外科

我々は 2018 年から腰椎変性すべり症 80 例に対して PETLIF, FE-KLIF デバイスを用いて Kambin アプローチ全内視鏡下腰椎椎体間固定術を行った。術後 3 年の臨床成績、整復および椎体間骨癒合率 (93%) も良好であったが、間接除圧を破綻させるケージ沈下は、成績不良因子となることがわかった。この課題を克服するために、新しく開発した Y スライダー® (田中医科製) はケージ挿入時に、神経根と両側終板も保護でき、従来よりも接地面積が大きい cage の誘導と挿入が可能である。移植骨はボーンミルを利用せずに粗い状態での骨移植も可能である。MED, FESS, UBE 全ての内視鏡を用いた腰椎椎体間固定術に利用が可能である。Y スライダー®を用いてブーメラン型ケージを正中から対側へ挿入し、進入側にはストレートケージを挿入し、T 字型に 2 つのケージを挿入する事で設置面積を最大化し、沈下の予防が可能となった。更なる成績向上が期待できる。

「UBE-ELIF の有用性」

柳澤 和芳¹、岩井 宏樹¹、瀬川 知秀²
¹岩井整形外科病院、²稲波脊椎・関節病院

内視鏡下に経椎間孔アプローチで腰椎椎体間固定を行う術式は最近多く報告されているが、L5/S レベルでは仙骨翼、横突起、上関節突起が障害となることもあり必ずしも容易ではない。UBE ではこれらの骨性の障害物の切除が容易であり、上関節突起を部分切除することで脊柱管の近くから安全にケージを挿入することができる。また UBE の細く長いカメラの特徴を活かし far lateral approach で exiting nerve root を見ることなく操作が可能である。斜めに挿入したケージを打ち込み棒で回転させ椎体に対しできるだけ平行に向けることで長さ 36mm のケージを 2 個入れることも可能である。椎間関節を温存しケージを 2 個入れることができれば LIF ケージに近い foot print が獲得でき安定した椎間が得られる。動画を交え解説しながらこの術式の有用性を伝えたいと思う。