

RB で整復不能な DDH

座長：扇 谷 浩 文・三 谷 茂

このセッションでは RB による整復の可否を山室の a 値と b 値で検討するという意見の他、超音波診断を使用して整復の可能性の検討がなされている。X 線と超音波検査の最も大きな違いは超音波では軟骨成分が観察できる点であり、超音波を利用すれば骨成分のみの検討にとどまらず、軟骨成分を加味した検討が出来る点で優位である。乳児は軟骨成分が特に多く存在すること、また整復の障害因子の多くが軟部組織にあることなどを考えると、今後ますます超音波検査を使用した検討がなされるものと思われる。超音波を利用した方法の中でも Graf 法を利用した検討が 2 施設から、前方法を使用した検討が 1 施設から報告された。各演題内容を簡単に記載する。

T2-1 リーメンビューゲル法で整復されない先天性股関節脱臼—整復前超音波診断の検討—

RB が適応とした症例で、90 股関節中 18 股関節において整復が不能であったとし、Type IV 7 症例中 6 症例、Type III 68 症例中 12 症例が整復されなかったとしている。そこで Type III 症例の中でどの様な症例が RB による整復が困難か見るために、超音波画像で関節唇の先端までが骨頭を被覆する率、すなわち関節唇先端まででみた US 白蓋被覆率(いわゆる AHI = Acetabular Head Index に相当する)を割り出した。その結果整復前の超音波検査で被覆率が 50% 未満の症例において整復不能症例が多いという結果を導き出している。またこれらの整復不能と考えられる症例に対しては RB による整復に固執することなく治療すべきであり、そのことがペ変の回避にもつながるとしている。

T2-2 Graf 分類 type IV DDH における観血的整復術にいたる割合

—治療的観点におけるトラクションテストの検討—

Graf 分類中 Type IV は従来脱臼の整復には手術が必要であるとされていた。しかしこれらの中にも RB にて整復される症例と整復が困難な症例がある。これを超音波検査にて鑑別が出来るか検討した。Graf 法に牽引を加えたテストによって Type IV をさらに Type IV-III (牽引により Type IV が Type III の形態に移行する症例)と Type IV-IV (牽引にても Type V が Type III の形態に移行しない症例)にわけて検討し、Type IV-III 症例の 75% が観血的整復することなく整復され、Type IV-IV を整復するには事前の十分な牽引が必要であり、手術を要する可能性が高いとしている。また Type IV 中の二つの形に関節弛緩や月齢による差があるかの検討もなされたが、二群間に明らかな差はなかった。

T2-3 リーメン・ビューゲル法で整復困難な先天性股関節脱臼の検討

1997 年から 2008 年までのリーメン・ビューゲル法施行症例 28 例 30 関節を対象にして整復困難であった要因について検討した。24 関節 80% の整復群と 6 関節 20% の非整復群の比較では、装着

開始時期には有意差無く山室の a 値 b 値で有意差が出た。白蓋角(α 角)OE 角においても有意差は出た。これらから OE 角はばらつきが大きいいため線引きが困難であるが、 α 角は 33° 以上の場合、a 値は 7 mm 以下・b 値が 12 mm 以上の場合リーメン・ビューゲル法にては整復されない可能性があるとしている。

T2-4 RB で整復可能/不可能は推測可能である

超音波検査の前方法による分類で鈴木 type B と type C について論じている。従来 type B は骨頭壊死の発生が懸念されまた type C は整復不可能として、RB の適応外としていた。しかるに適応外としていたものの type B は RB によって 78% の整復率を有するものの整復されたうちの 1/3 において骨頭壊死が発生するとしている。一方整復されない残り 22% の症例においては RB 装着後 type C に進展するリスクを負っているとしている。RB 装着後の type C は治療に難渋することが多いため、慎重な RB 装着の適応が望まれるとしている。(扇谷)

T2-5 当施設における難治性股関節脱臼に対する開排位持続牽引法の経験

T2-6 先天性股関節脱臼診断遅延例の治療成績

T2-7 Riemenbügel 法整復不能例に対する Ludloff 法の長期成績

T2-8 発育性股関節脱臼に対する広範囲展開法による観血的整復術の成績

Riemenbügel で整復不能な症例や歩行開始後に診断された症例に対する治療法はいまだ意見の統一をみない。骨頭壊死を起こさない安全な整復方法を選択することが最も重要である。整復後に白蓋形成不全が改善し、経過中に求心位不良も呈さない保存療法が理想である。各施設で様々な取り組みを行っており、その成績と問題点について報告がなされた。

大阪府立母子総合センターの田村太資先生は開排持続牽引法について発表された。この方法による骨頭壊死は発生しておらず、安全な方法といえる。歩行開始後においても整復率は良好であった。経過中亜脱臼を呈した症例が多いが、今後の経過に期待がもてる方法と考える。埼玉県立小児医療センターの根本菜穂先生は症例ごとに保存療法と観血療法を使い分けており、総合的な成績について発表された。整復後の白蓋成長が良好な症例が多く、併用手術の適応は慎重に判断することであった。小児は矯正能力が高く、経過観察を行うことの重要性を再認識する内容であった。長崎医療センターの岡野邦彦先生は Ludloff 法の成績について発表された。年齢的に高くなると成績不良例が多くなり、適応は限定されるとの報告であった。現在同施設では手術法を変更したとのことであった。昭和大学の中村正則先生は広範囲展開法の成績について発表された。良好群が 69% であり、補正手術は 1 例のみとのことであった。巨大骨頭や骨頭変形についての対策が必要との印象を受けた。

それぞれに特徴のある方法であるが、やはり理想を達成している治療はいまだないとの感想である。今後も研究を継続し、理想に近づけるよう努力していく必要がある。(三谷)