

麻痺性疾患 2

座長：朝 貝 芳 美

このセッションは脳性麻痺と二分脊椎他の麻痺性疾患に関する治療である。

脳性麻痺の痙縮に関しては、整形外科手術に加えて近年ボツリヌス毒素注射、選択的脊髄後根切断術(以下、SDR)、バクロフェン髄腔内持続注入など治療の選択肢が広がってきている一方、適応などがまだ確立されているとはいえない。特に下肢筋解離手術と SDR の適応は重なっており、どちらを優先するか議論のあるところである。SDR をまず行い、残存する筋短縮に対して筋解離術を実施するという考えと、脳性麻痺特に麻痺性股関節亜脱臼を生じている例ではまず筋解離手術で muscle imbalance を改善する必要があるという意見が対立している。脳性麻痺痙縮の治療は muscle imbalance を改善し、痙縮のために強化できなかった拮抗筋を機能訓練により強化し、運動機能を高めるための補助的手段とすることが重要と考えている。そのための方法は治療効果が可逆的な方法が最も安全で、術前の trial として実施し、効果を確認した上で手術療法に移ることが理想的と考える。下肢筋解離手術は不可逆的な治療に分類されているが、筋内切腱などは筋内延長部に腱は再生されるため必ずしも不可逆的な治療とはいえない。またどちらの手術が粗大運動を向上させるかについて、対象の年齢、障害程度をできるだけ揃えて、術後 1 年の GMFM の変化を文献的に比較したところ、明らかな差はみられなかった(朝貝芳美：脳性麻痺に対するリハビリテーションの新展開、リハビリテーション医学の新しい流れ 初版, p.311-315, 先端医療技術研究所, 東京, 2005)。筋解離手術の長期成績で変形拘縮の増悪や運動機能の低下がみられるが、重症例では不動による変形拘縮の増悪や加齢による運動機能の低下は避けて通れず、SDR の長期成績が目される。いずれにしても手術侵襲や子供への負担が少ない方法が望ましい、このことは脳性麻痺以外の麻痺性疾患の治療にも共通している。

最後に麻痺性疾患の足部変形は変形の宝庫といわれるほど、様々な変形を生じ成長と伴に変化することが多く、治療成績は長期成績によって評価される必要がある。