

第69回東日本整形災害外科学会 ランチョンセミナー 10

2020年9月25日(金)
14:00~15:00 WEB開催

脊柱側弯症の診断と治療



演者

高相 晶士 先生

北里大学医学部 整形外科 主任教授

脊柱側弯症は思春期においては100人に1人存在するcommon diseaseである。早期発見が重要であり、整形外科医のみならず、内科健診で発見しなければならない。脊柱側弯症は学校検診、運動器健診に組み込まれているが、家庭での発見も重要とである。しかし、発見は困難であったり、医師の経験不足による見逃しなどの問題も少なくない。見逃しによるドロップアウト患者は時に変形が高度となり、大病院に受診後直後に手術を薦められ、トラブルに発展することがある。結果、高額な訴訟案件となる場合もあり、医師にとり注意が必要である。健診における脊柱側弯症の発見のポイントは、肩の高さ、肩甲骨の左右差、ウエストラインの高さ、前屈時のハンプ、などであるが発見しきれないこともある。地域によってはモアレ検査により健診を行っている地域もある。しかし、モアレ検査装置生産中止により、近年、こういった健診制度が困難な状況になっている。現在、モアレ検査装置に替わって様々な新しい機器が研究、開発され、これらの機器による脊柱側弯症の早期発見も期待されている。コブ角が25度から30度に達した場合は装具治療が薦められる。コブ角40度程度を超えると装具治療の効果が無い。適切な時期での装具治療のみがエビデンスのある唯一の保存治療法である。胸椎カーブはコブ角45度を超えると、成人後も進行性と言われている。また、腰椎カーブにおいてはコブ角35度を超えると成人後も進行性であるとされつつある。手術は前方法、後方法が存在するが、インプラントの進歩により後方法で十分な矯正と維持が可能となっている。術者は様々なインプラントの使用にも熟達しなければならない。手術方法は術者の好みや経験で行われることが多いのが現状であるが、いずれの手術方法を選択したとしても、合併症なく安全に行われるのが重要である。本講演では脊柱側弯症の基礎的な診断法から手術法の基本について述べる。

認定単位：日整会専門単位 (N) 1単位 または 脊椎脊髄病単位(SS) 1単位
必須分野：7. 脊椎・脊髄疾患