

鏡視下肩鎖関節切除術（鏡視下 Mumford 手術）

1. あなたの病名・病態

病名は肩鎖関節障害といい、比較的稀な病態です。原因としては肩鎖関節に対する外傷後に疼痛が残存するもの、加齢に伴う肩鎖関節変形性関節症が挙げられる。

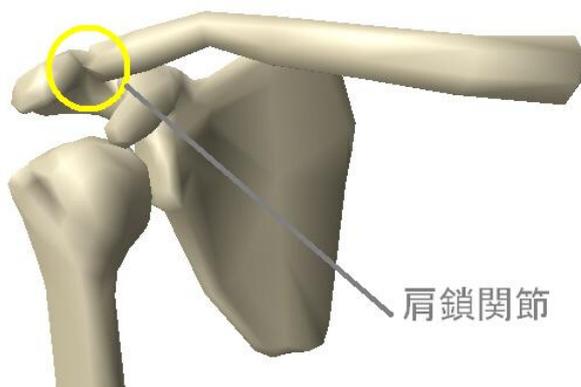


図 1 A：肩鎖関節

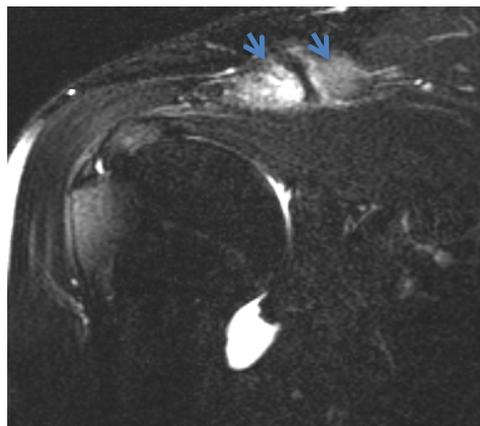


図 1 B：損傷した肩鎖関節の信号が高い（白く見える）

2. この手術の目的・必要性・有効性

保存治療が無効な場合は 1941 年 Mumford らによって報告された鎖骨遠位端切除術を行うことで比較的良好的な手術成績が得られます。ただし、肩鎖関節障害には関節唇損傷、腱板断裂などの合併損傷を伴うことが多く、従来の直視下の手術ではそれらの合併損傷に対する評価と処置が不可能でありました。しかし当院では関節鏡を用いることで、鎖骨遠位端切除術を含めその他の合併損傷の評価や処置が可能になりました。また、鏡視下手術は直視下手術と比較して術創による癒痕部痛、筋力低下、感染、肩鎖関節不安定症などの合併症のリスクが少ないと言われています。

3. この手術の内容など

関節鏡を用いて関節内のその他の合併損傷を評価、処置を行った後、肩鎖関節の処置を行います。まず、肩鎖関節の下面を削り平坦にしてから（図 2 A）鎖骨遠位を約 1 cm 程度切除していきます（図 2 B）。最後にレントゲンで鎖骨遠位端が十分に切除できたことを確認して手術終了とします（図 3 AB）。

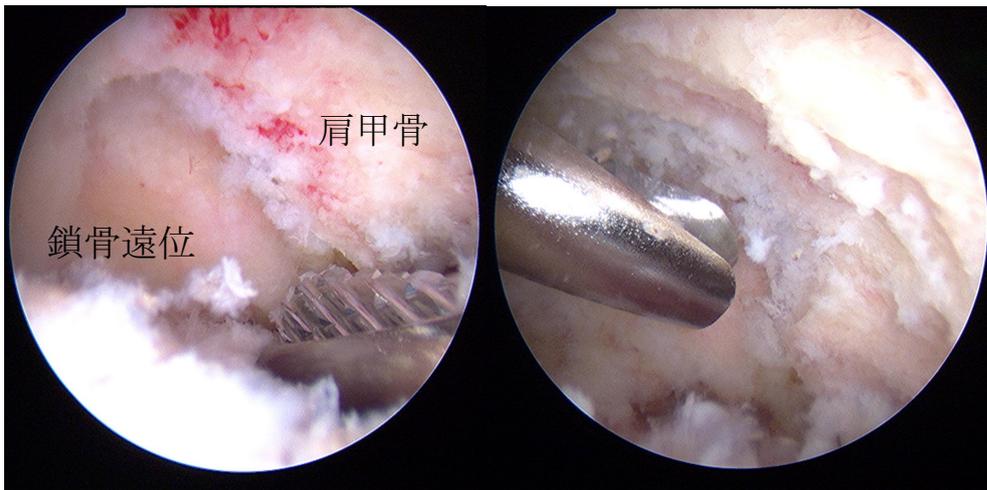


図 2 A : 肩鎖関節下面を平坦化 図 2 B : 鎖骨遠位端を切除

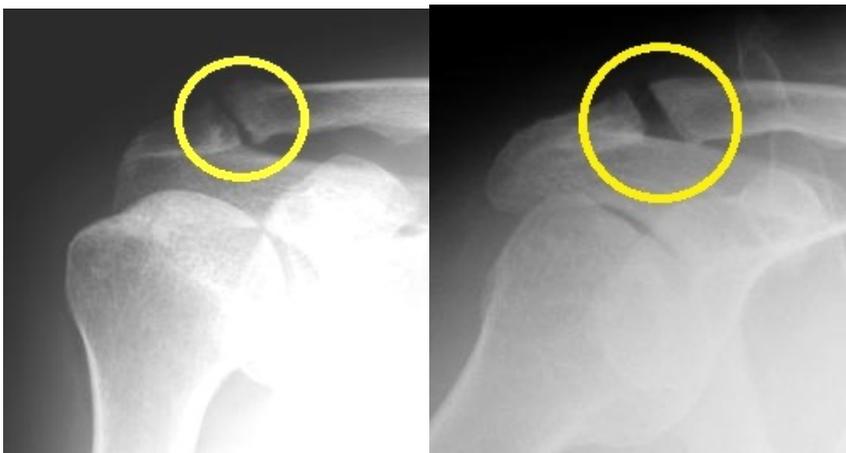


図 3 A : 術前

図 3 B : 鎖骨遠位端切除後

- 皮膚切開 通常は約 1 cm 程度の皮切が 5 箇所、合併損傷があれば必要に応じて追加します。
- 入院期間 あるある Q&A「入院期間はどのくらいですか?」参照
- 術後リハビリテーション 術後の肩関節機能改善のために関節可動域獲得、筋力回復が必須となります。以下に大まかな目安としての術後リハビリテーションのスケジュールを記載します。ただし、合併損傷があった場合はそちらのリハビリスケジュールに準じます。
術後 1 週間まで 三角巾固定
術翌日～ 自他動可動域訓練は疼痛に応じて開始する。

術後 3 週～ 腱板筋力強化訓練を開始

術後 6 週～ 日常生活動作レベルの軽作業

術後 3 ヶ月～ スポーツ、重量物取り扱い作業への復帰

あるある Q&A 「完治までどのくらいかかりますか?」 参照

4. この手術の合併症とその発生率

この手術は頭部や胸部など他部位の手術に比べて比較的安全に行える手術です。しかしながら創部感染など、手術を行わなければ絶対に起こりえない不利益な事象（合併症）が発生することがあります。従って医療従事者と患者は協力して合併症の発生を未然に防ぐ必要があります。そして仮に合併症が発生した場合は、その合併症に対する治療も一緒に頑張ってもらわなくてはなりません。以下に代表的な合併症を記載しておりますのでよくご理解された上で手術に臨むようお願いいたします。

手術による合併症

- 肺塞栓症（5000 人に 1 人）：手術時は体が動かさないで、血液の循環が悪くなり、特に下肢の静脈の中で血液が塊まり易くなります（下肢静脈血栓症）。この血栓が術後に回復した血流によって流され、肺につまり呼吸困難を生じ、生命に危険が及ぶことがあります。予防のために術中はフットポンプを装着して血流をアシストし、術後は早期離床、足関節や足指の自動運動を励行し、下腿に血液が停滞しないよう弾性ストッキングを装着して頂きます。
- 細菌感染（500 人に 1 人）：術後に創部が化膿することがあります。その場合、抗生剤の点滴や再手術（関節内の洗浄）が必要になります。
- 複合性局所疼痛症候群 **CRPS**：外傷や手術の後に、実際の損傷の程度とは不釣り合いな強い疼痛を生じることがあります。疼痛を感じるメカニズムが破綻することによって生じると考えられていますが、詳しい原因は分かっておらず対症療法以外の根本的な治療法は現時点では確立されていません。従って一度罹患すると長期にわたり治療が必要となるため予防が重要と考えています。術後の疼痛を極力低減させることで発生を抑制できると考えられており、術後の鎮痛を強力に行うようにしています。

- 術後拘縮：手術による侵襲に加え術後一定期間の安静を要するため、全症例で術後に関節の可動域が制限されます。術後リハビリを行うことで徐々に改善しますが、必要があれば麻酔下の関節授動術を行うことがあります。
- 神経麻痺（100人に2人）：術中は関節内を灌流液という液体で膨らませて手術を行うため術後は肩関節周囲が腫脹します。そのため、神経が圧迫されることによる一時的な上肢のしびれや運動障害がでることがあります。通常、時間経過とともに徐々に改善していきます。
- 症状の残存：術創部の癒痕によるもの、術後リハビリが不十分な場合に症状が残存することがあります。
- 創癒合不全：体質や栄養状態、縫合糸に対するアレルギーなどが原因で手術創が治りにくいことがあり、その場合追加で処置が必要になることがあります。
- ケロイド：体質により手術創がケロイド状に肥厚することがあります。美容的に困る場合は形成外科に専門的な治療を依頼します。
- 既往歴に対する合併症：内科疾患が併存している場合、術後にその内科疾患が増悪することがあるため、内科主治医との連携が必要になることがあります。
- 歯槽膿漏や虫歯を抱えている場合、術後の創部感染の原因となることがありますので早めの治療をお勧めします。

5. 合併症発生時の対応

医療者と患者は協力して上記合併症の予防を行います。手術中及び術後に合併症が生じた場合はそれに対する治療を行う必要があります。その場合、通常の保険診療による治療となります。

6. 代替可能な治療

保存治療（痛み止め、安静、局所注射）を行います。

7. 手術を行わなかった場合に予測される経過

外来にて保存療法を継続します。症状の大幅な改善は見込めない、または悪化する可能性があります。

8. セカンドオピニオンを希望される場合

他の医師の意見をお聞きになりたい場合は、遠慮なく主治医までご連絡ください。その際は、当院で行った検査や画像のコピーと診療情報提供書をご希望の医師宛に作成いたします。

9. 手術の同意を撤回する場合

一旦同意書を提出しても、手術が開始されるまでは手術を中止することができます。