

説明文書

リスフラン関節損傷に対する手術

1. あなたの病名・病態

リスフラン関節損傷は第1楔状骨/第2中足骨基部間の靱帯損傷や剥離骨折のことを指し（図1A）、同関節の不安定性が原因で主に荷重時等に足背部の疼痛などの障害が生じます（図1B）。

典型的なリスフラン関節損傷は、ラグビーやアメリカンフットボールでタックルを受けて倒れこむ際に、足関節が底屈位で固定された状態で足部が外旋方向へ強制されて生じます。



図1A

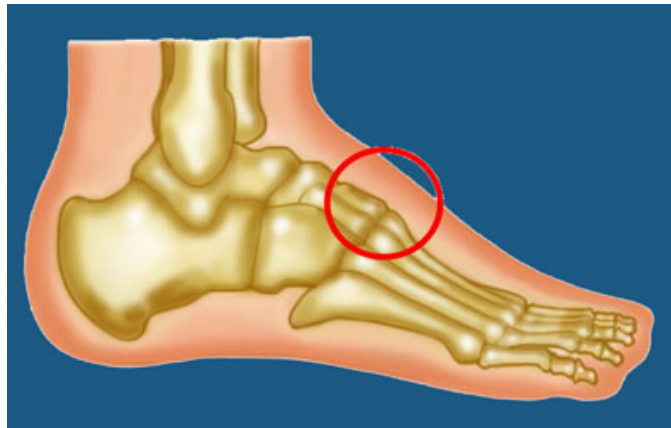


図1B

2. この手術の目的・必要性・有効性

程度により治療は異なりますが、軽度の靱帯損傷であれば保存療法で治療が可能です。リスフラン関節が離開している場合や骨折を伴っている場合には手術を行い、構造的な破綻を改善することで足部の機能異常の発生を妨げます。

3. この手術の内容など

麻酔下に離開したリスフラン関節の整復（元の位置に戻す）を試み、整復可能であれば人工靱帯付きのボタンを使用して固定します（図2）。整復不可能であれば約3～4cm程度皮膚を切開し、リスフラン関節内に介在する整復阻害因子を除去してから人工靱帯付きのボタンを使用して固定を行います。



図 2 A : 術前



図 2 B : 術後



図 2 C : 人工靱帯付きボタン

なお、腫脹が軽減したらインソールを作成し疼痛に応じて荷重を開始します。
基本的に固定に用いた人工靱帯やボタンの抜去を目的とする手術は行いません。

- 皮膚切開 約 1 cm 程度の皮膚切開が 1 ～ 2 箇所必要です。整復不可能であれば 3 ～ 4 cm 程度の皮膚切開の追加が必要です。その他、必要に応じて皮膚切開は追加されます。
- 入院期間 あるある Q&A 参照
- 術後リハビリテーション 術後の足部機能改善のためにリハビリが必須となります。スポーツ復帰を目指す場合には特に正しい体の使い方を覚える必要があり、リハビリで課されるハードルは高くなります。以下に目安となる術後リハビリテーションの目標を記載しますが、リハビリが進まない場合は

目標とするレベルへの到達は遅くなります。

術後 3 ヶ月～ ジョグ

術後 4 ヶ月～ ダッシュ

術後 5 ヶ月～ コンタクトスポーツへの復帰

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）：手術時は体が動かせないので、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止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、日常生活動作やスポーツ活動に制限を来す方が約3%程度とされています。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：皮切周囲の知覚を司る神経障害は1/3~1/2程度でみられますが経過観察で通常改善します。
- 再損傷：術後早期や足部の機能回復が不十分うちに過剰な負荷がかかると容易に再損傷します。
- 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ます、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が、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

保存治療として、リハビリ、装具による治療などがあります。

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られたい場合は、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。