

治療成績からみた先天性内反足の観血術式選択

座長：木下光雄・和田郁雄

特発性先天性内反足(以下、内反足)に対して、どのような観血的術式を選択すればよいか。この最重要の課題については議論も多い。この点を中心に、関連する事項をも含めて討論した。時間的な制約もあり十分に議論が尽くせたとはいえ難いが、いくつかの事項については総意が確認できた。以下、討論内容について概説する。

1. 治療開始前の評価

内反足に対する様々な治療方法、特に術式の良否を比較しようとする場合、治療前後における共通の評価法が必要となる。治療開始前の評価と手術治療後できれば成長終了後の評価が理想であるが、これらの評価が共通していれば、各術式の長所短所を比較することも容易であり、術式の選択に大いに役立つことは想像に難くない。この点について、現時点では共通の認識があるとはいえ、このことが内反足治療についての議論を分かりにくいものになっているとも言えよう。

治療開始前の重症度の評価については意見が分かれた。軽い矯正手技の結果から重症度の評価をする(亀下の方法)ことが可能であるとの意見がある一方、治療開始前の重症度評価は困難であり治療経過のなかで判断するとの意見があった。治療開始前に重症度を評価しておけば、保存療法の評価も可能となる。重度症例であっても手術を回避することができれば、保存療法の仕方が良いとの評価が出来る訳である。後者の意見では、保存療法に対する反応の仕方(変形拘縮の残存の状態)で重症度を判断する訳であり、Piraniの評価法を用いて手術適応を決めるとの意見もあった。

画像診断については、X線評価の他に、MRIや超音波検査で病態を把握するとの意見があった。術前評価の方法としては有用であろう。

2. 保存療法について

内反足に対する手術治療は長い治療過程における一つのエピソードであり、後療法を含め保存療法についての議論を避けて通る訳にはいかない。そこで、用手矯正やギブス治療についての考え方、さらに昨今話題のPonseti法についても討論した。

これらについては時間的な制約もあり十分な意見を引き出せなかったが、Ponseti法の矯正理論については概ねこれを支持する考え方が示された。またPonseti法に組み込まれているアキレス腱(以下、ア腱)皮下切腱術の有用性については、これにより観血治療の頻度が減少したとの意見があった。皮下切腱の意義については今後議論が必要となろう。この他の意見としては、後足部の矯正に重点をおくとの考え方、保存的あるいは観血的治療のいずれにおいても手技の習熟が必要との意見があった。

なお、保存療法のみで対応可能な症例数は施設によって若干異なるものの35～45%程度であり、

過半数の症例が手術治療を必要としている現状が明らかになった。

3. 手術治療について

1) 手術の判断

保存療法から手術に移行する際の判断については、身体所見、歩容などの他に X 線検査、MRI や超音波での検査所見を参考にすると意見があった。具体的には足関節最大背屈位での足部側面 X 線で脛骨長軸と踵骨長軸とのなす角度が 70°, 75°あるいは 80°以上との意見があった。しかし、画像所見よりも身体所見、すなわち病態を重視するとの意見が多く、従来の議論から一歩進んだとの印象があった。

手術時期については 3~4 か月時に、ア腱を皮下切腱する、ア腱の延長に板てこ矯正を加えるといった Ponseti 法に似た方法もあったが、歩行開始前後あるいはもう少し年長になり歩容が安定した時期に施行するなどの意見もあった。

2) 手術術式の選択

内反足に対する主な軟部解離手術には、後方(以下, PR), 後内側(以下, PMR), 後内・外側(以下, PMLR)および距骨下全周解離術(以下, CSTR)がある。今回の討論では、これらの軟部解離術式の他に、板てこ矯正, Evans および Lichtblau 手術が含まれていた。

各術式の長所については、CSTR では術野を広く展開するため病態の把握が容易であり、解離が必要な組織を直視下に処理できることから必要十分な解離処置が可能であり、内反足手術の教育という観点からもメリットがあるとのことであった。骨間距踵靭帯の処置については、PR, PMR, PMLR や板てこ手術と同様に、できるだけ温存するとのことであり切離する場合にも部分切離に止めるとのことであった。亀下法については手技の習得が必要との意見があったが、どの方法についても同様のことが言えよう。

各術式の短所については、CSTR では前足外転や扁平足などの変形をきたすことや距骨滑車の栄養障害による変形が問題となった。逆に、板てこ法では距骨滑車の形態は良好でも可動域が若干制限される症例があった。距骨下関節の異常所見の有無を CT 検査によって調査した結果では、生後 2 週以降に治療を開始し PR や PMR を施行した症例には 2 週以内に治療を開始した症例より距骨下関節の異常所見が多く見られた。治療後の関節症性変化という重要な問題点が提議されたが、この点についても更なる検討が必要となろう。

この他に後療法、成績評価方法、成績不良例の内容・原因などについても議論したかったが、時間の都合もあり果たせなかった。またの機会を待ちたい。内反足の治療に対する考え方の変化、治療する側の世代も変わりつつあり、今後の成果が楽しみである。今回の討論が、今後の内反足治療に少しでも役立つものであって欲しいと願っている。