

整形外科手術アトラス

肩関節編

第7回 リウマチ肩に対する 肩関節鏡視下滑膜切除術



かんべ かつあき*
神戸 克明

'91年群馬大学卒業、整形外科入局。'00～'02年米国ペンシルバニア州立大学整形外科留学。'06年より現職。日本リウマチ学会評議員。

はじめに

日本全国に60万人以上の患者がいるといわれる関節リウマチ(rheumatoid arthritis；以下、RA)の病態は、主に関節変形が進行することが重要であり、これを抑制あるいは改善する治療が望まれている。

正常な関節内には滑膜が存在し、ここから関節液が分泌される。この関節液が、関節軟骨を栄養するタンパク質や摩擦抵抗を少なくする物質を分泌している。ところがRAではこの滑膜が異常に増殖し、その形態も変化して、骨軟骨を破壊する。薬物療法によってこの滑膜増殖はある程度抑制できるが、どうしても関節腫脹が治まらないことが多い。こうした関節、特に肩、膝、肘、足、手関節などに滑膜切除を行っている。現在では、最小侵襲手術で創が小さく、感染の危険性も少なく、入院も4～5日で可能な関節鏡視下滑膜切除術を行っている¹⁾。

*東京女子医科大学東医療センター整形外科准教授
(〒116-8567 東京都荒川区西尾久2-1-10)

特に肩関節に対する治療は上肢の機能を改善させて日常生活動作、たとえば結髪、結帯、食事、排泄の機能向上に非常に重要である。ここではRAに対する肩関節鏡視下滑膜切除術の手術適応、方法、術後のリハビリテーション(以下、リハビリ)と患者のケアについて述べる。さらに、近年RAに対して使用される生物学的製剤(抗サイトカイン療法：インフリキシマブ、エタネルセプト)と併用する肩関節鏡視下滑膜切除術の効果と将来の展望についても言及する。

適応

RAは手指の腫脹、圧痛、朝のこわばり、X線上の骨萎縮や骨びらん(骨が部分的に薄くなったり、さらに進行すると関節の間が狭くなり、骨関節破壊がみられること)で診断される。しかし早期のRAではまだ手指の変形がなく体の炎症も低く、主に手指の腫脹や疼痛で来院する患者もいる。現在のRAの診断基準ではすでに進行しはじめたRAへの治療開始となるため、薬物療法でもなかなか進行が止められない。これらに対するRA治療の補助手段