

的原臼位かつ double floor を掘削し、内方化した位置にソケットを設置し、大腿骨は海綿骨が残存するようにサイジングを行った(図7)。3次元術前計画ソフト Zed Hip® (LEXI 社) を用いて最適で正確なサイズとネック長を選択し、脚長およびオフセットの再現を目指した。

(4) 治療経過

9cm の皮膚切開で行い、手術時間：右 30 分、左 32 分、術中総出血量 99mL で終了。体位交換は 26 分であった。出血対策として術直前にトラネキサム酸 800mg (20mg/kg 体重) を静注し、筋膜を STRATAFIX® (Ethicon 社) にて密に修復後に 500

mg ずつ関節内に局所投与した。術後 X 線像では、寛骨臼ソケットの設置位置は軽度上方設置で外方開角・前方開角も至適である。ステムは中間位挿入で脚長差は補正されている(図8)。術後経過はきわめて良好で2日目には杖歩行で自立していた。

OCM の手術手技

(1) 手術器具の準備

本アプローチで使用するレトラクター(図9)は寛骨臼の展開には幅広の強弯・弱弯のレトラクターが有用で、大腿骨操作には中殿筋を後方によけるための先端が鋭のレトラクターが必須で、プ

ローチングにはダブルオフセットのハンドル(図10)が有用である。

(2) 体位・皮膚切開・筋膜切開

まず正確な体位をとることから始める。側臥位にしたときに、仰臥位の FPP を再現するように体軸が手術台に平行で骨盤が前傾・後傾していない位置に骨盤が後ろ倒れしないように強固に固定する。両上前腸骨棘に触れて床に対して垂直になるようにベッドをヘッドダウンさせて調整する。手術台の後方尾側を取り外し大腿骨操作のときに大腿を内転+伸展+外旋できるようにする(図11)。手術直前に骨盤の X 線像を重錘と一緒に撮影し、骨盤の側方傾斜を計測する(図12)。術直前にトラ

ネキサム酸 (20mg/体重) を静脈投与する。

次に皮膚切開のためのマーキングを行う。ランドマークとしては上前腸骨棘、大転子頂部、外側広筋結節を触知する。中殿筋の前縁ラインはだいたい上前腸骨棘の2横指後方くらいに向かっているため、中殿筋の大転子附着部を通り可能な限り伸展位にして大腿骨の骨軸に平行な約9~10cmの皮膚切開をデザインする。こうすることにより、大腿骨操作のときにラスプホルダーで皮膚を損傷することを避けられる。高度肥満の場合には躊躇せず近位方向に皮膚切開を延長することで大腿骨の挙上が十分に得られない場合にもステムの屈曲位挿入が避けられる。

図7 2次元術前計画

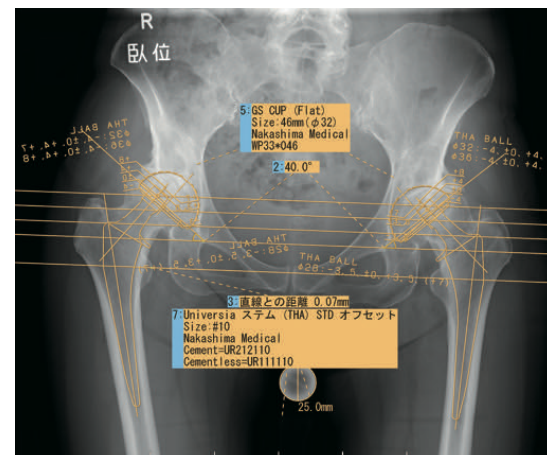
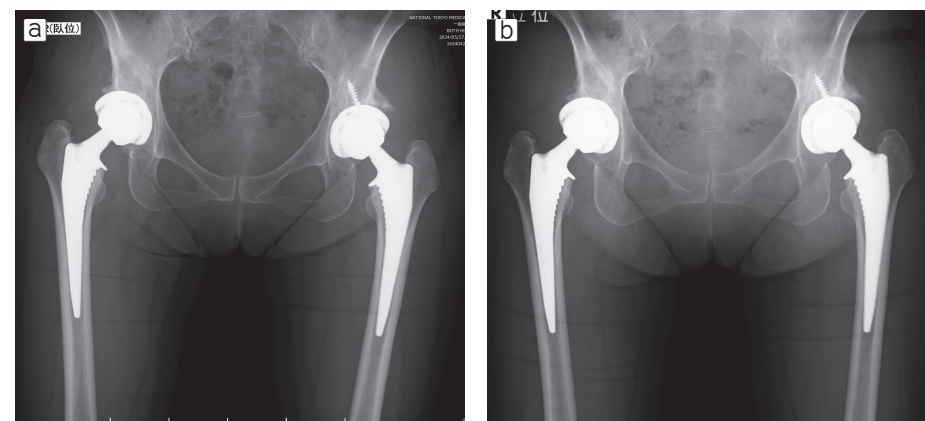
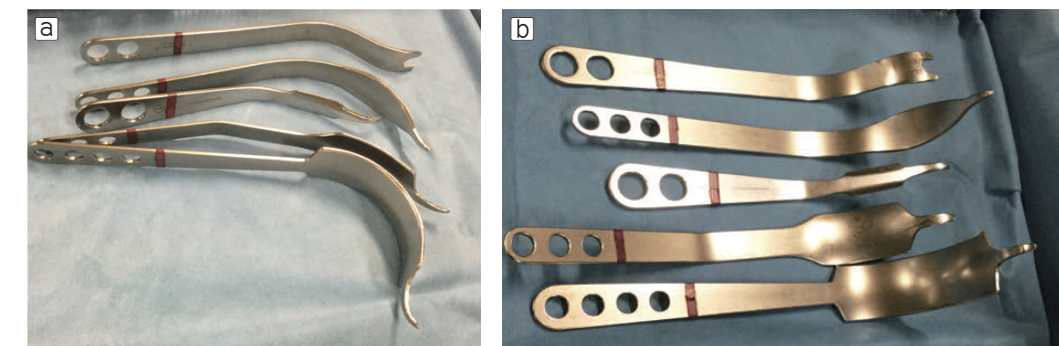


図8 術後単純X線像



a: 臥位
b: 立位

図9 レトラクター



a: 側方から見た図
b: 正面から見た図

図10 オフセットハンドル



右下: 側面図

図11 骨盤固定

