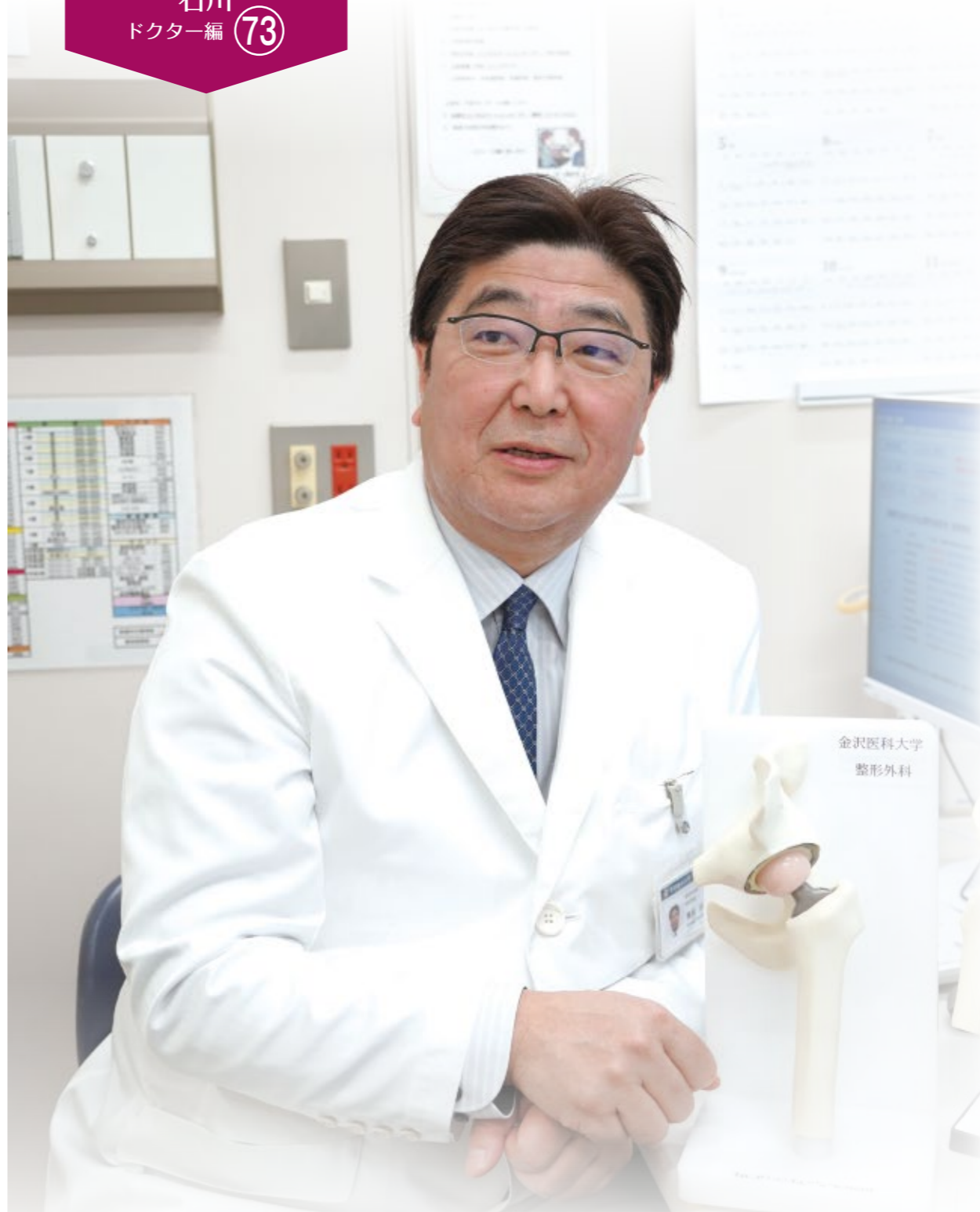


最先端の外科手術で 変形性股関節症の治療に臨む



金沢医科大学
整形外科学講座 特任教授
医学博士
かねうじ 兼氏 あゆみ 歩氏

1991年 金沢大学医学部医学科卒業
2000年 金沢大学にて博士(医学)取得
2001年 米国トーマス・ジェファーソン大学留学
2009年 金沢医科大学准教授

2014年 金沢医科大学臨床教授
2016年 金沢医科大学特任教授
2019年 日本股関節学会 理事
2023年 日本人工関節学会 理事

脚の付け根に痛みが生じる変形性股関節症は、日常生活に支障をきたすようになると外科手術が不可欠です。兼氏歩教授は股関節を温存する低侵襲の手術をいち早く導入。また、人工股関節置換術は年間200件以上と、北陸でトップクラスの件数となっています。

**女性に多い変形性股関節症
脚の付け根の痛みから進行**

股関節は、骨盤にある椀状のくぼみ(寛骨臼)に大腿骨の球形の先端(骨頭)がはまり、その間に軟骨によって、スムーズな動きができる構造になっています。この部分に変形し、痛みを生じるのが変形性股関節症で、患者の9割が女性です。

そして原因の8割は、骨頭を覆う寛骨臼の成長が浅い状態で止まる「寛骨臼形成不全」。股関節にかかる負荷が一部分に集中し、変形を起してしまうのです。ただ、寛骨臼形成不全の人が全て変形性股関節症になるわけではありません。「立ち上がりや歩き始めるときに脚の付け根が痛む」「長時間立つ

ていると痛みがある」といった症状があれば受診をすすめます。

**自身の股関節を温存し
低侵襲の手術で早期の回復**

外科治療は、股関節を温存する手術と人工股関節に置き換える手術があります。50代までの方で、軟骨が残っている場合は、股関節を温存する「寛骨臼骨切り術」を検討します。寛骨臼をくり抜くように切り、骨頭を覆うように回転させ、正常に近い位置に移動させる手術です。従来は、太ももの外側を3cmほど切開して股関節を処置しました。その際、筋肉を剥がしたり、縫合したりするので、筋肉にダメージが加わり、筋力回復に時間がかかったんです。

そこで2014年から全国に先

駆けて低侵襲の術式を取り入れました。これは、おへその下を約7cm切開し、筋肉を剥がすことなく、処置するので、傷は小さく、回復も早くなります。手術前に3次元CTを活用して患者さんに合わせた手術の設計図を作成し、さらにレントゲンで透視しながらの手術ができるようになったことで、低侵襲が可能になりました。全国から多くの股関節外科医が見学にいられていますし、私も各地でセミナーや手術指導を行い、人材育成に努めています。

**人工股関節は日進月歩
QOLは格段に向上**

関節を人工関節に取り替える人工股関節置換術は、50代以上で軟骨がなくなった状態の方に行います。かつて人工股関節の一部である人工軟骨の摩耗と、合併症の脱臼が大きな問題でしたが、人工軟骨は加工技術が進化して、2000年に摩耗しにくい素材が開発されました。20年以上経ちますが、摩耗はほとんどなく、当科では99%の

患者さんが交換を必要としていません。多くの患者さんで30年以上の耐久性が期待できます。

また、デュアルモビリティという可動域が広い人工股関節を採用したことで脱臼を防ぐ効果が上がりました。さらに近年開発されたARR技術によるナビゲーションシステムで、より精度の高い手術を行っています。今後の課題は、もっと生体に近い素材で、身体と同じ動きを可能にする人工股関節の実現。私もさらなる研究開発をすすめていきたいと思っています。



上半身を支えながら、下肢の動きに対応するという複雑で重要な機能を持った股関節。痛みは放置せず早めに受診を

診療科統合と腸内細菌叢の研究で 腎臓・リウマチ膠原病に より有効な治療を探求



金沢大学附属病院
腎臓・リウマチ膠原病内科学 教授
感染制御部 部長
いわた やすのり
岩田 恭宜氏

1997年 鳥取大学医学部医学科卒業
1997年 金沢大学大学院医学系研究科(博士課程)
2006年 金沢大学保健管理センター 助教
2008年 Harvard大学 Brigham and Women's病院
腎臓分野 博士研究員
2013年 金沢大学附属病院 感染制御部 特任助教
2018年 Harvard大学 Brigham and Women's病院
腎臓分野 客員助教併任
2020年 金沢大学附属病院 感染制御部 特任准教授
2021年 同 特任教授
2022年 金沢大学 腎臓・リウマチ膠原病内科学 教授

金沢大学附属病院診療科の臓器別再編が完了し、昨年2023年9月には「腎臓内科」と「リウマチ・膠原病内科」が統合して、「腎臓・リウマチ膠原病内科」が誕生しました。その診療科長に就任された岩田恭宜先生に、統合の意義や最新の研究についてお聞きします。

2つの科の統合が 新たな治療を生み出す力に

腎臓内科とリウマチ・膠原病内科が統合されると聞いても、一般の方には、腎臓病とリウマチ・膠原病との関連がピンと来ないかもしれません。腎臓は全身の臓器と密接にリンクして、他の臓器と連携しながら全身のバランスを取る臓器です。そして、リウマチ・膠原病は身体のごまごまなところが障害を受け、特に大きな標的とされるのが腎臓なんです。ですから、腎臓内科はリウマチ・膠原病を診ますし、リウマチ・膠原病内科は腎臓病も診ます。全身を診ないと成り立たないのが我々の分野で、ともに同じ症例をそれぞれの観点から診ているんです。

両科が統合された意義は、お互いが独自に積み重ねてきたリソースを組み合わせることで、新しい検査手法や治療手段を生み出すことにあります。例えば、リウマチ・膠原病内科学が推進しているIgG4関連疾患の研究に、腎臓内科学が培ってきた炎症や腸内細菌叢などの研究を融合させて、治療のための新たな視点が得られれば、と考えています。

注目される腸内細菌叢 D-アミノ酸での臨床実験

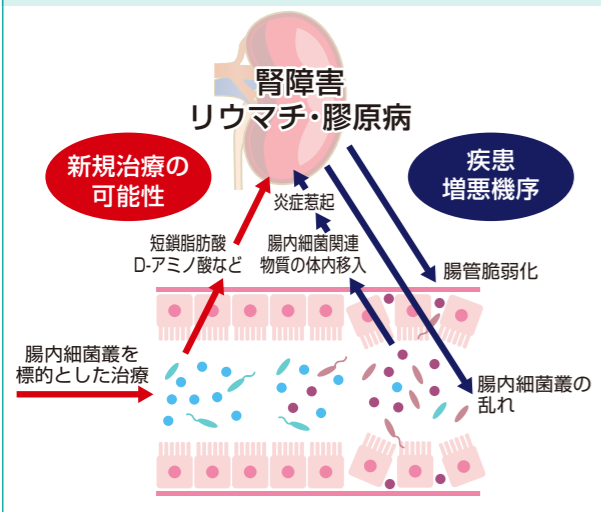
統合前の私の所属は腎臓内科です。腎臓内科は、透析や膠原病診療など、慢性期の患者さんを10年、20年と診ていく必要のある内科です。患者さんのお付き合いも長くあります。病気の研究においても、患者さんとの関わりでも、長くじっくり取り組めるのが自分に合っていて、それが腎臓内科を志したきっかけでした。

糸球体腎炎の研究で学位を取

り、炎症の研究から、その起点となる腸内細菌叢の研究に取り組み始めたのが10年ほど前です。腸内細菌叢のバランスは、全身の臓器や病気と関わっており、近年、とても重要視されています。腎臓に関しては、腸内細菌叢の代謝産物であるD-アミノ酸のD-アラニンが保護作用を持つことが分かりました。D-アミノ酸は、もともと体内に分布しているのですが、毒性も比較的少ないことが予測されます。この服用が治療につながるのではないかとということで、慢性腎臓病の患者さんへの投与で臨床実験を行っています。

腸内細菌叢はさまざまな病気に関わっていますから、腸内環境を良くするのは消化器官だけでなく、身体全体にとっても重要です。我々は、発酵食品に着目しています。納豆やヨーグルト、味噌、そして酒粕。特に酒粕はD-アミノ酸が多いんです。さらに、腎臓病は塩分やタンパク質の摂取を制限しなくてはいけないのですが、酒粕は塩分が極めて少なく、低タンパク。腎臓にとってベストな発酵食品といえます。現在、栄養管理部の徳丸季聡先生が、慢性腎臓病の患者さんに酒粕を摂ってもらって、D-アミノ酸の変化を調べ、酒粕摂取による腎保護効果についての研究をされています。今回の統合や他の研究科との連携で、よりよい治療方法の確立につなげていきたいですね。

腸管環境を基とした病態と 新規治療手段の開発



腸内細菌叢のバランスが崩れると病状の悪化をもたらすことから、腸内細菌叢に働きかける新規治療を探索