

高校バレーボール選手の棘下筋単独麻痺に対する1手術症例

松波総合病院 整形外科・関節外科センター

福田 雅 森 敦幸 田中 薫 白井剛志 竹内健太郎

症例は17歳，男性，バレーボール選手（ライトポジションのレギュラー）である。約1年前より右肩の違和感があり，スパイクが思い通り打てないことを自覚していた。近接骨院で棘下筋の異常を指摘されたが放置，当院受診2ヶ月ほど前からは起床時に右肩に鈍痛を自覚するもバレーボールはそのまま続けていた。なお運動時痛は自覚していない。コーチに棘下筋の萎縮を指摘されて当院を受診した。

画像診断において頸椎病変は無く，肩甲部に占拠病変や骨の形態異常は認めなかった。肩外旋筋力(1st:MMT2) および可動域(20度)の低下を認めた。以上より肩甲上神経麻痺による棘下筋単独麻痺で，棘上筋に筋力低下や萎縮を認めないことから肩甲棘基部での障害と考えた。少なくとも1年以上の症状経過であること，わずかでもパフォーマンスの改善が望めるのであればという期待が患者に強いことから手術を選択した。

手術は肩峰下から内側に向かい肩甲棘基部へ到達し，下肩甲横靭帯を切除して肩甲上神経を露出した。さらに神経を慎重に避けつつLaffosseのアプローチに準じて上方から骨の削除を行った。

術後2週間で鈍痛を含む自覚症状は消失した。術後6週より徐々にバレーの練習を開始し3ヶ月で完全復帰した。ただし外旋筋力および可動域低下は改善しているが，なお残存している(MMT3, 1st. 外旋ROM55度)。

2007年Plancherは投球動作においてWind upからFollow Throughまで肩甲棘基部において肩甲上神経への圧迫が増加すること，更にこの圧力は下肩甲横靭帯を切離することで無くなることを報告している。

棘下筋単独麻痺に対する関節鏡視下肩甲上神経除圧術は，神経周囲の操作に慎重な処置が必要ではあるが，スポーツへの早期復帰の選択肢となりうると考えられた。