

PC-280

頭蓋内硬膜動脈瘤 (Cognard type V) による脊髄症の2例

成田赤十字病院 整形外科

○板橋 孝、喜多 恒次、林 浩一、中村 道夫、宮崎 格

流出静脈が脊髄管内に下降する頭蓋内硬膜動脈瘤 (ICDAVF Cognard type V) の2例を経験した。症例1) 60歳男性。腹痛、排尿障害で初発し、その後急速な対麻痺進行を来たして立位不能となったが、下肢筋力は徐々に回復し歩行可能となった。MRI T2強調画像では延髄から頸髄髓内の高輝度変化と、頸髄腹側クモ膜下腔の血管性信号消失を認めた。右内・外頸動脈を feeder とする ICDAVF の診断で血管内治療を予定したが、発症から1カ月の治療待機中に突然の心臓停止にて死亡した。剖検はご家族の同意が得られなかった。症例2) 77歳男性。1年半の経過で緩徐に進行する脊髄性間歇跛行で上肢症状、排尿障害はない。MRI T2強調画像では延髄から頸髄の髓内高輝度と上位頸髄部クモ膜下腔に血管性信号消失を認めた。右椎骨動脈一後下小脳動脈を feeder とする ICDAVF の診断で直達手術によるシャント焼灼、流出静脈切離を行なった。術後経過は良好である。考察) Cognard type V は脊髄硬膜動脈瘤 (SDAVF) と同様に硬膜内逆流したシャント流出静脈により鬱血性脊髄障害を来すとされる。しかし ICDAVF では病変が延髄まで及ぶこともあり、これに起因する多彩な症状を呈することがある。また早期から強い排尿障害を呈することがあること。SDAVF が階段状の緩徐進行を呈するのに対して急速進行例が多いなど臨床像には違いが見られる。MRI では、病態からは本質的所見と思われる血管性信号消失像を認めないことも多いとされ、早期診断が困難な理由として指摘されている。また治療後の死亡、症状悪化などの成績不良例も散見される。本発表では自験例を踏まえて診断・治療における留意点を考察する。

PC-282

ステム折損を合併した人工股関節術後感染の治療経験

さいたま赤十字病院 整形外科

○鈴木 聡、石井 研史、小林 雅文、長東 由里、代田 雅彦、白川 健

【症例】79歳女性。50歳時、他院にて右股関節固定術、左人工股関節全置換術を受けた。シルバーカーでの歩行が可能であったが、2013年7月20日、熱発と左股関節痛にて他院受診。左人工股関節感染の診断で抗菌薬の投与を受けた。左股痛、熱発は軽快したため9月2日退院。10月15日、左股痛が再発したため再診、ステムの折損を認めたため当院へ紹介された。

【来院時所見】DM、慢性C型肝炎の既往、WBC5740、CRP4.1、ESR54であった。MRI画像では人工股関節周囲の炎症を認めた。

【治療経過】インプラントを抜き、洗浄、セメントスパーサーを留置する方針で手術を行った。白蓋側を展開し、セメントレスカップを抜去した。ステムは近位部分は容易に抜去可能であったが、折損部以遠は骨幹部に埋没していたため開窓して抜去したが、手術操作で骨折が生じた。3mm Kirschner 鋼線を軸として径10mm長さ15cmの円柱状のVCMを混入骨セメントを大腿骨髄腔内に挿入して骨折した開窓部にはワイヤリングを追加した。白蓋側には球状の骨セメントを留置した。手術中の組織培養結果は黄色ブドウ球菌であった。手術後2週間CEZを点滴投与し、炎症反応が消退したのでその後抗菌薬の投与を中止した。抜去手術後4.5ヶ月後、炎症反応の消退および骨折部の仮骨を確認し、再置換術を行った。3ヶ月の理学療法にて、骨折部の骨癒合を確認、全荷重を許可し受診前のADL回復に至った。

【考察】円柱状のセメントスパーサーは市販のビニールチューブを滅菌したものを型として作成した。これは感染の制圧ばかりでなく骨折した大腿骨が前弯、外弯を矯正して骨癒合することに寄与した。再置換術ではストレート・ロングステムの選択が可能となった。使用したLima社MODULUS stemは完全な骨癒合が得られていない大腿骨への再置換手術にも有用であると考えられた。

PC-281

両膝に高度関節可動域制限をきたした関節リウマチの一例

大津赤十字病院 整形外科¹⁾、リハビリテーション部²⁾

○伊勢 健太郎¹⁾、田中 慶尚¹⁾、奥田 鉄也²⁾

【目的】両膝に高度関節可動域制限をきたした関節リウマチの一例を経験したので治療経過を報告したい。

【症例】28歳、男性

【既往歴】アトピー性皮膚炎

【治療経過】24歳時に右膝化膿性関節炎の疑いで関節鏡視下手術を施行した。起炎菌は同定されなかった。その後、外来で経過を見ていたが来院しなくなった。26歳時に起立困難とのことで搬送された。「手術後良好に経過していたがひきこもりとなり、徐々に膝の可動域制限が生じ立てなくなった」とのことであった。膝可動域は右-80~100度、左-60~130度であった。化膿性関節炎の既往、ひきこもりで寡動状態であり、他に病変を指摘しなかったことから、それらによる拘縮と判断し観血的授動術を行った。大腿膝蓋関節が癒合しており、これを鋭的に二分して可動域を改善させた。術後、リハビリテーションを行ったが、モチベーションの低下もあり一時的に改善した可動域は元に戻った。経過中、手のこわばり等の症状が出現し関節リウマチと診断できた。抗リウマチ剤を使用しながら病勢をコントロールし、メンタルケアを行い治療への意欲が得られた28歳時に、再度、観血的授動術を行った。早期からリハビリテーションや麻酔下授動術を行った。筋力低下が著しく課題はなお多いが、松葉杖歩行が可能となった。

【考察】化膿性関節炎の既往、ひきこもりといった先入観が、診断に与えた影響は否定できず反省すべきであった。また、関節炎等で可動域の減少を認めた際に受診することはあたりまえで、重症となつてから初診ということは稀であろうが、ひきこもりの場合はこのような高度な拘縮となってしまうことはあり得ると思われた。このような高度な拘縮膝を治療する機会はありません。手術方法についても議論の余地があると考えられる。

PC-283

橈骨頭骨折に対する人工橈骨頭置換術の治療経験 2例報告

横浜市立みなと赤十字病院 整形外科

○品田 春生、能瀬 宏行、浅野 浩司、若林 良明

【はじめに】橈骨頭の手術治療は観血的整復固定術は第一選択となることが多いが、橈骨頭粉砕骨折や保存加療後変形癒合した橈骨頭骨折に対し、止むを得ず橈骨頭置換術を選択することがある。今回1例の橈骨頭粉砕骨折と1例の保存加療後変形癒合を来した橈骨頭骨折に対し人工橈骨頭置換術を施行した2例について治療成績を報告する。

【症例1】67歳、女性。自宅前の段差で転倒、左肘をついて受傷し、Mason分類3型の骨折と診断した。受傷後3日に人工橈骨頭置換術(WRIGHT社製EVOLVE Modular Radial Head System)を施行した。術後2週間外固定の後に可動域訓練を開始した。最終観察時(術後2年)疼痛の訴えなく、可動域は伸展-20、屈曲140、回内90、回外90、日常生活動作に支障はなかった。

【症例2】34歳、男性。転倒、受傷し近医にて保存的治療を施行されたが、肘痛及び可動域制限のため、受傷後8か月当院に紹介受診した。受診時伸展-30、屈曲100、回内60、回外45だった。可動域制限及び疼痛のため事務の仕事に支障が生じた。受診時単純X線とCTにて橈骨頭の変形癒合を認め、人工橈骨頭置換術(WRIGHT社製EVOLVE Modular Radial Head System)を施行した。最終観察時(術後1年)疼痛の訴えなく、可動域は伸展-10、屈曲135、回内90、回外90、日常生活動作及び仕事に支障はなかった。

【考察】橈骨頭粉砕骨折の手術療法は良好な整復や強固な固定に難渋することが多い。術後長期の外固定による可動域制限が危惧される。変形した橈骨頭を切除する手術療法もあるが、術後肘の不安定性や遠位橈尺関節障害、肘関節筋力低下を生じることがある。今回我々の症例において良好な成績が得られ、人工骨頭置換術は橈骨頭粉砕骨折や変形癒合した橈骨頭骨折の有効な治療法の一つだと考えている。