PC-374

アキレス腱断裂を合併した踵骨裂離骨折の１例

福岡赤十字病院　整形外科
○瀬尾（せお）　健一（けんいち）、泊　真二、伊藤　康正、由布　竜矢、
安原　隆寛、堀田　謙介、木村　敦

【症例】６５歳女性。既往歴：糖尿病。自宅でテレビ台の上に乗ってカーテンの取り付けをしていて転落。右踵～足部痛出現し、近医受診。X 線上、右踵骨裂離骨折および右足第５中足骨骨折を認め、当科紹介受診。X 線、CT で踵骨裂離骨折は、大きい裂離骨片とは別に、より上方に転位した粉砕骨片を認め、MRI を施行したが、アキレス腱がどこに付着しているのかは判断できなかった。受傷日より６日目に手術施行。第５中足骨骨折に対しては Acutrak screw で内固定。踵骨裂離骨折は、上方に転位した粉砕骨片にアキレス腱が付着しており、大きい骨片を整復して Acutrak screw で内固定した後、踵骨の母床に suture anchor を挿入してアキレス腱を修復した。術後４週間外固定の後、足関節可動域訓練および部分荷重歩行訓練開始。術後、若干、粉砕骨片の上方への転位を認めたが、術後６ヶ月の最終観察時に骨癒合を認め、足関節可動域は背屈 12°、底屈 55° と経過良好である。
【考察】踵骨裂離骨折と、アキレス腱の踵骨付着部骨折を伴った完全断裂との合併例は非常にまれである。踵骨裂離骨折は、糖尿病など骨脆弱性を有する合併症を持った例で比較的軽微な外傷で生じることが多く、治療においては、骨脆弱性による固定性の弱さや皮膚合併症の発生など、観血的治療に苦慮することも多い。今回、大きい骨片を headless screw ２本で、アキレス腱の付着した粉砕骨片は、suture anchor を用いて、縫合糸をアキレス腱にかけて引き下ろし、踵骨の母床に anchor を挿入して固定した。術後若干の転位を認めたが、比較的良好な成績を得られた。

PC-375

大腿骨転子部骨折術後に骨頭下骨折を来した２例

武蔵野赤十字病院　整形外科
○豊永（とよなが）　真人（まさと）、望月　義人、小久保　吉恭、山崎　隆志

【目的】大腿骨転子部骨折骨接合術後に生じる骨頭下骨折は比較的稀な合併症であり、その成因も未だ結論が出ていない。今回我々は大腿骨転子部骨折に対して髄内釘による骨接合術を施行し、骨癒合後に骨頭下骨折を認めた２例を経験したので報告する。
【症例】症例１：83 歳女性。2010 年９月に右大腿転子部骨折に対し Synthes 社 PFNA を用いて内固定術を施行した。術後３か月にて骨癒合を得、１本杖にて歩行していた。2012 年４月に転倒し右大腿骨骨頭下骨折を認めたため、PFNA 抜去及び人工骨頭置換術を施行した。骨頭の病理所見では骨梁が細く、骨梁同士の連続性も少なく骨粗鬆症性変化を認めた。症例２：61 歳女性。2011 年３月に左大腿骨転子部骨折に対して Synthes 社 PFNA を用いて内固定術を施行した。術後４か月で骨癒合を得て、独歩にて歩行していた。2011 年 12 月末より誘因無く徐々に左股関節痛が出現した。X 線にて大腿骨骨頭下骨折と、ラグスクリューの緩みを認めたため、PFNA 抜釘と人工骨頭置換術を施行した。病理所見はフィブリン析出と線維芽細胞の増生と、壊死に陥った骨片は散見されるものの、明らかな骨頭壊死の所見は認めなかった。また、骨梁は減少し骨粗鬆症性の変化を認めた。
【考察】大腿骨転子部骨折骨癒合後に生じた骨頭下骨折は、1973 年に Tronzo が報告して以来、国内外で症例報告が散見される。原因は内固定材先端が epiphyseal scar に一致することで骨頭下に stress が集中することで起こる stress fracture。内固定材の先端が骨頭内の近位あるいは後方に刺入される位置不良。内固定材を支持できない程度の骨粗鬆症により誘発された microfracture などが挙げられる。本症例の blade の先端位置は適切であり、stress fracture や位置不良ではないと考えられた。病理組織所見からも示されたように、高度の骨萎縮の存在が骨頭下骨折の誘因となったと考えられた。

PC-376

MRSA による感染性心内膜炎に脳膿瘍・脳出血を合併した１症例

足利赤十字病院　薬剤部
○久保田（くぼた）　克紀（かつとし）

【はじめに】感染性心内膜炎は様々な合併症をきたすが、中でも脳合併症は心臓手術をどのタイミングで行うかは症例ごとに考慮され、可能な限り抗菌薬治療を行うことが望ましいと考えられている。今回 MRSA による感染性心内膜炎に脳膿瘍、脳出血を合併したが、VCM を中心とした治療によって感染をコントロール後、弁置換術を施行し、その後も VCM により奏効した１症例を経験したので報告する。
【症例および結果】28 歳女性、身長 156.5cm、体重 47kg。38℃台の発熱を認め近医受診。その後、全身に多発する紫斑、筋肉痛、頭痛を認めたため当院搬送。入院時 Plt2.1 万 / μ g であり、ITP 等の可能性はあるものの、PCT 陽性のため重症感染症と考え CTRX+ABPC にて加療開始。血液培養からグラム陽性球菌が検出されたため、MRSA を疑い抗菌薬を VCM へ変更。その後、MRSA 検出。VCM 開始後解熱傾向みられたが、血小板低下状態は持続し、第５病日意識レベル低下を認め脳出血併発。また、MRI にて多発する脳膿瘍を認めた。感染性動脈瘤は認めず、またドレナージ適応では無いため VCM による治療継続。精査により先天性大動脈弁二尖弁であり、今回無冠尖に疣贅が付着した感染性心内膜炎に伴う脳膿瘍と診断。入院時から TDM 施行により VCM のトラフ値を 15 μ g/mL 前後に維持して投与継続していたが、第 36 病日より VCM の血中濃度上昇傾向認めたため用量調節し治療継続したところ、腎機能障害などの副作用症状なく経過し、血液培養より MRSA 陰性。感染は落ち着いてきたが、大動脈に疣贅が残存しているため、第 50 病日大動脈弁置換術施行。手術後も TDM に基づく VCM により脳膿瘍縮小を認め、第 88 病日 VCM 終了。
【考察】VCM の血中濃度が上昇する要因は多々あるが、TDM により用法・用量を調節することにより薬効および副作用を的確に把握することができるため、治療に応じた血中濃度コントロールが必要であることが示唆された。

PC-377

小脳性運動失調の悪化と軽快を繰り返した低力価抗 GAD 抗体陽性小脳失調症の一例

長岡赤十字病院　神経内科
○横川（よこかわ）　かおり、笠原　荘、小池　佑佳、今野　卓哉、
梅田　麻衣子、梅田　能生、小宅　睦郎、藤田　信也

症例は 80 歳男性．入院１ヶ月前より，一過性の構音障害と歩行時のふらつきを繰り返し，当科に入院した．神経学的には，眼球運動障害，構音障害，体幹・四肢失調，筋トーヌス低下を認め，純粋な小脳性運動失調症と考えられた．頭部 MRI では，両側大脳半球全体にびまん性の萎縮を認め，両側小脳半球，小脳虫部にも萎縮を認めた．入院後約１週間で症状は自然に改善した．傍腫瘍性症候群を示唆する所見は得られなかった．同胞にも類似の症状が疑われたため，本例の遺伝子検査を行ったが，脊髄小脳変性症 1，2，3，6，17 と歯状核赤核淡蒼球ルイ体萎縮症は否定された．一過性の小脳性運動失調の増悪と軽快を繰り返すことは変性疾患として非典型的であった．退院後３ヶ月で，再び構音障害と歩行時のふらつきが悪化したため再入院した．小脳性運動失調は誘因なく増悪と軽快を繰り返し，残存した．血中抗 GAD 抗体陽性（1.6 U/ML）であり，髄液検査では，蛋白増加（61 mg/dl）と髄液中抗 GAD 抗体陽性（1.8 U/ML）を認め，抗 GAD 抗体陽性小脳失調症と診断した．副腎皮質ステロイドパルス療法（メチルプレドニゾロン 1g/ 日 × 3 日間）と，後療法として経口プレドニゾロン（30mg/ 日）を投与したが，治療効果は明らかでなく，小脳性運動失調は変動しながら徐々に悪化傾向である．抗 GAD 抗体陽性小脳失調症には，高力価群と低力価群が存在し，低力価群の特徴として，家族歴を有することがあることや，免疫療法の効果が一時的であり，長期経過で治療効果が減弱することが知られている．成人発症の小脳性運動失調症で，症状の変動を認める場合には，抗 GAD 抗体陽性小脳失調症も考慮する必要がある．