



<抄録>自家筋力による股関節脱臼骨折の一例(第71回岐阜県整形外科集談会)

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2008-07-15 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 村田, 秀樹, 鈴木, 康, 横井, 連夫, 飯沼, 宣樹, 笹野, 三郎, 川口, 敬司, 中村, 俊之, 寺林, 伸夫 メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/20.500.12099/12101

第71回 岐阜県整形外科集談会

日 時：平成14年6月22日(土) 午後2時30分より (口演開始)

場 所：長良川国際会議場4F大会議室

第2回 整形外科長良リバーサイドフォーラム 午後6時15分より

会 場：岐阜ルネッサンスホテル「ボールルーム」

1. 上腕骨小頭骨折の1例

岐阜赤十字病院・整形外科

篠崎昌人, 高見秀一郎, 馬場岳氏

上腕骨小頭骨折の1例を、C-wire と Herbert-screw を用い固定した。外側アプローチにて進入、骨折型は小頭の冠状面骨折に一部の滑車骨折を合併しており、Grantham 分類では type II-B であった。骨片の転位および無腐性壊死は認めず、肘関節可動域は屈曲125°、伸展-10°であり、画像上は10°の外反動揺性認め、ADL 上の支障はない。治療成績は、Grantham の機能評価では Good であった。上腕骨小頭骨折は、肘関節周辺の骨折1%以下とも報告され、比較的まれな骨折である。治療法は、保存的治療、骨片の摘出、内固定による観血整復がある。以前には、骨片摘出が術式が支持されたが、Herbert-screw などの固定材料の進歩に従い、転位のない type I 以外は、内固定の報告が多くなった。一方、滑車面の骨折の有無が術式において重要で、CT を含め、術前の画像による十分な検討が重要である。

2. 距骨脱臼骨折治療後の遊離骨片により外果下部の疼痛が出現した1例

岐阜大・医・運動器外科

田中 領, 中村正生, 糸数万正, 大西量一郎,
福田 雅, 伊藤芳毅, 清水克時

同・リハビリテーション部

平尾純子

key word: ankle joint talus free body

症例は34歳、男性。職業は航空機整備士。平成11年5月にバイク事故により Hawkins 分類III型の右距骨頸部脱臼骨折を受傷し、観血的整復固定術を施行後 PTB 装具による免荷歩行を約2年間継続。平成12年5月に当科にて抜釘術を施行した後、平成13年6月より装具装着下に荷重歩行を開始した。9月頃より長時間作業時に右外果前下方部に疼痛を自覚し始めた。理学所見として右外果前下方部に圧痛を認めたが、同部へのキシロカイン局注にて圧痛の消失を認めた。また、単純X線では距骨体部に骨折後の骨壊死像と考えられる骨硬化像を認めたが、関節面は保たれており右外果下方に異所性骨化を認め、CT では同部に距骨体部と整合性のある遊離骨片を認めた。遊離骨片摘出の後疼痛の消失を認めたため、骨

折後骨壊死に伴う変形性関節症による疼痛ではなく遊離骨片によるものであると考えられ、足関節の疼痛を誘発する原因として念頭におく必要があると考えられた。

3. 痙攣発作により両側上腕骨近位部骨折を生じた一例

国保関ヶ原病院・整形外科

辻 耕二, 楊 中仁

症例は75歳の女性で、数年前より重度の痴呆状態では寝たきりの状態であった。平成14年3月14日早朝、突然、全身性强直性痙攣発作が20秒ほど持続した。直ちに当院へ救急搬送されて入院となったが、入院後より両上肢の自動運動が弱く、両肩から前胸部にかけて皮下出血と腫脹を認めた。単純レントゲンでは右上腕骨近位部3 part 骨折と左上腕骨近位部2 part 骨折を認め、近位骨片の後方転位を認めた。全身状態不良であったために保存的に経過観察したが、両上腕骨近位骨片の転位増大するものの良好な仮骨形成を認めた。退院時、両肩自動屈曲30度と運動制限認めるものの、他動的には屈曲90度まで疼痛なく可能であり、在宅での介助には支障がなかった。痙攣時は一般的に上肢を内転、内旋、軽度屈曲位にすることが多く、この際、筋収縮により上腕骨頭に後上方と肩甲関節窩へ向かう内側方向への2方向への力が加わるとされる。本症例では骨粗鬆症ともなう骨脆弱性もあるため、痙攣性の筋収縮にて骨折したと考えられた。

4. 自家筋力による股関節脱臼骨折の一例

県立岐阜病院・整形外科

村田秀樹, 鈴木 康, 横井連夫, 飯沼宣樹,
笹野三郎, 川口敬司, 中村俊之, 寺林伸夫

外傷性股関節脱臼の受傷原因としては交通事故などの大きな外力が股関節にかかることにより発生するものが多いとされるが、今回我々は、サッカーのキーパーで他人と接触することなく発生した股関節脱臼骨折の症例を経験したので報告する。

症例27歳男性。平成13年4月14日サッカーのキーパー中、急に体を右に捻った時に股関節部の軋轢音と強い痛みを感じ、折れ込む形で受傷した。直ちに救急車で近医に搬送され、整復を試みるも行えず、当院に搬送、緊急手術となる。

受傷時単純レントゲンでは左大腿骨は後上方に脱臼

し、Thompson & Epstein 分類のV型でPipkin 分類のIV型であった。平成13年4月4日手術施行。骨頭を中空蝶子で固定し、白蓋の後上縁の骨片はK-wireを用いて固定した。

術後、半年より部分荷量を開始し、現在杖歩行しており、MRI上、明らかな骨頭のcollapseなどは認めていないが、今後も大腿骨頭壊死、変形性股関節症の発生について注意深く経過観察する必要がある。

5. イリザロフ創外固定を用いた Blount 病の治療経験

朝日大学附属村上記念病院・整形外科

小見山洋人, 日下義章, 大友克之, 塚原隆司,
今泉佳宣, 藤原靖大, 杉之下武彦, 福井康人,
平田哲朗

京都府立医科大学・整形外科

金郁 結

【目的】術後内反変形が再発した Blount 病に対して、イリザロフ創外固定を用いておおむね良好な変形矯正が得られたので報告する。

【症例】患者は8歳女児で、2歳時に左膝の内反変形を主訴に近医を受診し、6歳時に手術を施行された。その後内反変形が進行したため当科を初診した。単純X線上左膝の著明な内反変形と約1.1cmの下肢短縮を認めたため、Blount 病と診断し、イリザロフ創外固定を用いた変形矯正術を行った。

【結果】術前の mechanical axis deviation は105mm, mechanical tibio-femoral angle は40°, medial proximal tibial angle は45°であったが、それぞれ12mm, 3°, 80°と改善が得られ、下肢長差も改善した。しかし、下腿軸の軽度内方偏位が残存した。

【考察】正確な矯正を行うためにはイリザロフ創外固定の正確な装着が必要であり、また今後再び内反変形と下肢の短縮が進行する可能性があり注意を要する。

6. TNK 人工足関節の使用経験

養老中央病院・整形外科

平松 哲, 西本虎正, 伊達和人

公立小浜病院・整形外科

鈴木直樹

岐阜大・医・運動器外科

喜久生健太, 福田章二, 井上俊之

人工足関節置換術(以下TAA)は、人工股、膝関節のように、長期の安定した成績が得られていないことから敬遠されてきた。しかしプロステーシス、手術手技の改善により近年の術後成績は向上してきている。今回我々は、高度の足関節症に対し、京セラ TNKankle を用いたTAAを行った4症例について問題点、注意点を含め報告した。

手術手技においては、ガイドどおりにカッティングすると脛骨遠位前方の変形のため前開き角が10°以上にな

りやすく、また、距骨を厚くカットしてしまう傾向にあった。距骨を厚く切らず、脛骨内果、後果をしっかりと残すためには精密な術前計測が必要であり、慣れないうちはイメージ、サージトームも有用である。可動域が得られ、除痛効果は良好な人工足関節は、短期成績は悪いものではなく、活動性の高くない高齢者であれば適応があると考えている。

7. THA を施行したアルカプトン尿症性関節症の1例

岐阜県立多治見病院・整形外科

丸山浩司, 伊藤茂彦, 水野直門, 高津哲郎,

森下俊哉, 白井秀樹, 小林信仁

同・病理診断部

水島睦枝

症例は59歳女性。誘因無く両股関節痛が出現。急速に増悪し、歩行困難となりTHAを施行した。術中に骨頭軟骨への黒色の色素沈着を認め、放置尿の黒色化、アルカリ添加尿の黒色化、Benedict 反応陽性でありアルカプトン尿症性関節症と診断した。アルカプトン尿症は比較的まれなアミノ酸代謝異常で、ホモゲンチジン酸酸化酵素欠損のためホモゲンチジン酸が尿中に排泄される疾患である。遺伝形式は常染色体劣性遺伝で、主要症状はホモゲンチジン酸尿、オクロノーシス、および関節炎である。オクロノーシスは組織黒化症のことであり、通常20~30歳代に出現する。最初に気付かれるのは眼と耳の灰色の色素沈着である。関節炎はオクロノーシス出現後かなりの年月を経て、40~50歳代に発症する。股関節・膝関節・肩関節など全身の大関節や椎間板が侵される。関節炎となってしまった場合には通常の変形性関節症に準じた対症療法を行うとされている。

8. 手関節屈側に生じたサルコイドーシス性腱鞘炎の一例

高山赤十字病院・整形外科

溝口隆司

今回我々は手関節屈側に生じたサルコイドーシス性腱鞘炎の1例を経験したので報告した。症例は73歳、女性で平成8年肺サルコイドーシスの診断を受けている。平成14年2月頃から左手関節部の腫瘍、左手指のしびれを自覚するようになったため、同年3月26日当科初診となった。初診時左前腕掌側末梢部に5×3cmの境界不明瞭、弾性軟の腫瘍を認め、腫瘍は可動性、波動を有していた。左母~中指に痺れを認め、左母指球萎縮(+), Tinel sign (+), Pharen test (+)といった手根管症候群の所見を認めた。血液血清学検査にて特に異常は認めなかった。胸部X-pにて両側肺門部リンパ節腫脹(BHL)を認めた。手関節X-pでは、特に異常認めなかったが、MRIにて左手関節掌側にT1 low, T2 highの限局性病変を認めた。腫瘍切除施行したところ、黄褐色半透明で薄い皮膜の中に液状物の入った腫瘍が屈筋筋間を巻き込