

第24回群馬整形外科研究会

日 時：2013年9月7日(土)
場 所：群馬大学医学部内「刀城会館」
代表世話人：高岸 憲二(群馬大院・医・整形外科学)

〈主題 I 一般演題〉

座長：久保田 仁(堀江病院 整形外科)

1. 圧壊を生じた特発性脛骨内顆骨壊死の1例

上野 哲, 柳澤 真也, 齋藤 健一
大澤 貴志, 高岸 憲二

(群馬大院・医・整形外科学)

【はじめに】特発性脛骨内側骨壊死は60歳以上の女性に多い、比較的稀な疾患であるが、近年その報告例は増加しつつある。今回我々は急激に壊死部に圧壊を生じ、人工膝関節置換術(TKA)を行った症例を経験したので報告する。【症例】73歳女性。既往歴、家族歴は特記なし。ステロイド使用歴なし。2012年7月、特に誘因なく右膝痛が出現し、近医整形外科を受診した。その後は通院にて関節内ヒアルロン酸注射を数回行って経過観察となっていた。同年10月より右膝痛が急激に悪化し、歩行困難となり近医を再受診。右膝の内反変形を認め、Xpにて右脛骨内顆の圧壊を認めたため当科紹介受診となった。血液検査等は異常なく、関節液培養も陰性だった。MRIにて軟骨下骨の圧壊像と軟骨下骨から骨幹端に達するT1で低信号域、T2で等～高信号域像を認めた。二次性変形性膝関節症のため同年11月TKAを施行。病理診断にて骨細胞の消失、骨梁間や壊死した骨組織から移行するように線維の増生像を認めた。臨床経過ならびに検査結果により特発性脛骨内顆骨壊死の診断に至った。【考察】今回、圧壊を生じた特発性脛骨内顆骨壊死の症例を経験した。発症後3か月以内に急激に圧壊を生じる症例は比較的稀であり、文献的考察を加えて報告する。

2. 寛骨臼骨折に内固定を施行し早期離床に有用であった1例

角田 陽平, 浅見 和義, 永野 賢一
反町 泰紀, 中島 飛志, 内田 徹

(前橋赤十字病院 整形外科)

【目的】寛骨臼骨折は通常高エネルギー外傷により生じ、複数部位に損傷を伴うことが多く、治療上、静脈血栓

肺塞栓症や無気肺の予防、看護ケア軽減のために早期離床が重要である。今回、寛骨臼骨折に対する手術療法を経験したため報告する。【症例】55歳、男性。平成25年7月22日バイク走行中に乗用車と衝突し受傷。当院救急搬送となり、左横隔膜損傷、左多発肋骨骨折、左血気胸、脾損傷、腎損傷、左大腿骨転子下骨折、左寛骨臼骨折を認めた。同日、緊急で横隔膜修復術、脾臓摘出術、左大腿骨観血的整復固定術(ORIF)を施行した。さらに後日、寛骨臼骨折に対してORIFを施行した。仰臥位、ilioinguinal approachで進入、整復操作にはSynthes社のpelvic system使用し、ORIF(腸骨稜CCS, Synthes社curved recon plate)を施行した。術後3日で端坐位、術後1週から車いす移乗を開始した。【考察】寛骨臼骨折では画像診断から、骨折型を判断し適した進入法を用いることが重要である。今回、寛骨臼周辺を展開しやすいilioinguinal approachを使用しORIFを施行した。保存加療では通常、長期臥床を要するが、寛骨臼骨折に対するORIFは長期臥床から生じる種々の合併症予防、早期ADL獲得に有用であると考えられた。

3. 膝半月板単独損傷に対する鏡視下手術後のスポーツ復帰

野仲 聡志, 木村 雅史, 山口 徹
恩田 啓, 関 隆致, 近藤 尚行
伊東美栄子, 生越 敦子, 鈴木 啓司
吉田 勝浩, 中川 智之, 山口 蔵人

(善衆会病院 群馬スポーツ医学研究所)

半月板損傷に対する縫合術の適応は拡大している。今回我々はスポーツ愛好者に対する半月板切除と縫合の術後成績およびスポーツ復帰について報告する。対象は年齢10～60歳で2011年4月～2012年3月に半月板単独損傷で鏡視下手術(切除術と縫合術)を施行した67例である。方法は直接検診とアンケート調査を基に、受傷前後のスポーツレベル、復帰までの期間、復帰率、Lysholm score, IKDC scoreを半月板切除群・縫合群で比較した。損傷半月の内訳は内側半月板25例(切除15例, 縫合10例), 外側半月板22例(切除10例, 縫合11例), 外側円板

状半月 23 例 (切除 14 例, 縫合 7 例) であった. スポーツ復帰までの期間は切除群で 18.9 週, 縫合群で 25.0 週であり, 術後の Lysholm score, IKDC score, 復帰率は有意差を認めなかった. スポーツレベルを維持するには半月板縫合が有利であると考えられる.

4. 左股関節部痛を主訴とした胸髄腫瘍の 1 例

小林 裕樹, 大谷 昇, 鈴木 涼子
片山 雅義, 斯波 俊祐

(桐生厚生総合病院 整形外科)

症例は 83 歳の女性で, 平成 24 年 10 月頃に左股関節付近の疼痛が出現し, 12 月頃から疼痛の増悪あり体動困難にて近医に入院加療となった. MRI にて, Th8 レベル硬膜内前方に腫瘍を認めたため, 12 月下旬に当院転院し, 脊髄造影を行った. 同時に胸腰椎に多発する圧迫骨折を認め, 固定術も検討したが, 腫瘍切除術を優先した. 平成 25 年 1 月に手術療法 (脊髄腫瘍切除術, Th7・Th8・Th9 椎弓切除, Th7/8 右椎間関節切除, Th8 右横突起切除) を行った. 病理診断は神経鞘腫であった. 術翌日より座位練習を開始し, 術後 6 カ月現在は股関節部痛が軽度残存しているが, 改善傾向でありシルバーカー歩行可能となっている.

5. 手指関節内の陥没型骨折に対して施行した治療成績

塩澤 裕行, 畑山 和久, 久保田 仁

(堀江病院 整形外科)

手指関節内の陥没型骨折に対して経皮経骨髄的に整復, 人工骨を補填して良好な成績を得られたので報告する. 【対象】 手指関節内の陥没骨折で靭帯損傷のない症例. 【症例 1】 32 歳男性. 指相撲でひねり受傷. 左中指 MP 関節内骨折. 受傷後 5 日, 手術施行. 術後 2 ヶ月にて MP 関節可動域制限なし. 【症例 2】 58 歳女性. 機械に巻き込まれ受傷. 左環指 PIP 関節内骨折. 受傷後 2 日, 手術施行. 術後 3 ヶ月にて PIP 関節可動域は 5/100°. 【手術方法】 骨折した骨の末梢部に Kirschner 鋼線にて骨孔を作り, その骨孔より経皮経骨髄的に関節面を整復する. 同骨孔より β -TCP 骨補填材を充填した. 【後療法】 2 週よりテーピング下に可動域訓練開始. 4 週よりテーピングを除去し, 可動域訓練とした. 今回手指関節内の陥没型骨折に対して施行した手術法は経皮的で整容的利点があり, 人工骨の補填により術後早期の可動域訓練が可能である. これにより有効な成績を得られたので有用な方法と考える.

6. 両側大腿骨非定形骨折の 1 例

武智 瑠美, 鈴木 秀喜, 有田 覚

(群馬県立心臓血管センター 整形外科)

両側大腿骨非定形骨折の 1 例に対し手術加療を行ったので報告する. 【症例】 78 歳 女性. 3 年前よりビスフォスホネート剤を内服していた. 2 か月前に布団につまづいて軽く膝をついた後より右大腿部痛が出現した. 近医でブロック注射などを受けるも症状が続き, 大腿骨 MRI にて右大腿骨骨折を認めたため, 当科を紹介され受診した. 初診時 Xp にて右大腿骨骨幹部の外側皮質肥厚と横走る骨折線を認めた. MRI にて同部位に横走る骨折線と骨髄変化を認め, 左大腿骨の同部位にも外側を中心に輝度変化を認めた. 両側とも Fulcrum test 陽性であり, 両側大腿骨非定形骨折の診断にて手術を施行した. 術後 2 日目より超音波骨折治療法を開始し, 術後 1 週より左のみ荷重許可. 術後 2 週より右下肢への部分荷重開始. 荷重時の疼痛は消失しており, リハビリを行って, 術後 5 週で退院した. 現在, 術後 3 カ月であるが, 右大腿骨の横走る骨折線は消失し骨癒合が得られていると考えている. 非定形骨折は骨癒合遷延が報告されており, 今後も慎重な経過観察が必要である.

7. 大腿骨骨折における骨代謝マーカーの検討 —骨代謝マーカーからみた大腿骨非定形骨折の病態—

飯塚 陽一,¹ 金子 哲也,² 飯塚 伯¹
三枝 徳栄,¹ 田鹿 毅,¹ 岡邨 興一¹
米本由木夫,¹ 割田 敏朗,¹ 柳澤 真也¹
大澤 貴志,¹ 設楽 仁,¹ 喜多川孝欽¹
大倉 千幸,¹ 下山 大輔,¹ 永井 彩子¹
群馬大学整形外科および群馬大学整形外科関連病院医師,^{1,3} 高岸 憲二¹

(1 群馬大院・医・整形外科)

(2 井上病院 整形外科)

(3 群馬大学整形外科関連病院)

超高齢社会に突入した本邦において, 大腿骨近位部骨折や椎体骨折などの脆弱性骨折の予防あるいは脆弱性骨折の原因となる骨粗鬆症に対する適切な診断・治療は極めて重要である. そのような状況の中で, ビスフォスフォネート製剤は骨粗鬆症治療薬の中心的存在として盛んに使用されてきたが, 近年, ビスフォスフォネート製剤治療により骨代謝回転の過剰抑制 (SSBT) が生じ, 非定形的な形状を示す大腿骨骨折 (非定形骨折) が発生する可能性が指摘されている. 平成 25 年度より群馬大学整形外科および群馬大学整形外科関連病院では, 大腿骨非定形骨折とビスフォスフォネート製剤による SSBT の関連を明らかにすることを目的として大腿骨骨折患者における骨代謝マーカーに関する研究を開始したので報告