

# 第 66 回 信州上肢外科研究会報告

## 参加者 63 名（会員 23 名）

日 時：平成 27 年 3 月 28 日（土）16:00～

場 所：ホテル ブエナビスタ 2 階「メディアール」

16:15～17:15 一般演題

座長 安曇総合病院 整形外科 部長 中村恒一

1) 岩浅 智哉（信州大学 整形外科）正中神経反回枝に生じた神経鞘腫の 1 例。

きわめてまれで文献では過去に 2 例のみ確認されているのみ。本症例では術前母指対立が可能であり、感覚神経伝導速度は正常、運動神経終末潜時は遅延、複合筋活動電位の低下、MRI では正中神経に連続した手根管遠位の腫瘤が認められた。手術では手根管を開放し正中神経を同定、反回枝からの腫瘍であることを確認し核出を試みた。その結果、神経の連続性は電気的には確認できず、肉眼的にも不明であったため、切除し縫合した。術後 2 か月の現在母指対立は不能である。

質疑応答など

出席者の中ではこのような症例を経験したかたはいなかった。

中土（丸の内病院）：術後の電気生理学的検索が必要。

松田（長野市民病院）：切除しないでそのまま様子を見てもよかったのではないのか。経験から膨らんでいる側に intact な神経は少ない。核出後は神経に損傷があるので、電気刺激に反応しないことも多い。どこでつながっているかわからないので、切除しない方がよいのでは。回答：その方法もありだが、神経縫合で良い結果が得られると考えた。

山崎（相澤病院）：target organ が近いということと、pure motor であるため回復が期待できる。従って、切除縫合でもよいと思う。切断した断面の神経線維を病理で確認しているか？ 回答 していない。すべきであった。

百瀬（諏訪日赤病院）：腱移行を行ってもよいかもしれない。回答：回復しなければそのときに計画する。

加藤（信大整形外科）：神経鞘腫では発生部位が末梢ほど、核出術を行っても、障害が残る印象がある。医源性の正中神経運動枝断裂の縫合を行った 1 例の経験があるが、術後 6 か月程度で MMT 4 に回復した。本症例でも回復が期待出来るのではないか。

2) 日野 雅仁（信州大学 整形外科）

腱鞘内ステロイド注射後に生じた深指屈筋腱浅指屈筋腱断裂に対して、滑膜内腱移植を行った 1 例。

腱断裂の原因はおそらくケナコルトだろう。第 2 足趾の屈筋腱を移植して早期自動運動して ROM は良好であったが、感染のため創が閉じなかった。

術後 3 週で手掌部の創を洗浄した。手掌部での腱縫合部は肉眼的には連続性があった。移植腱は周囲とまったく癒着がなかった。その後創は治癒し自動運動を継続した。術後 3 か月で中指が曲がらなくなり、断裂が疑われ、手術

となった。感染があり、手掌部の縫合部は変性していた。移植腱は今回も周囲との癒着はなかった。環指の FDS 腱を移行して現在術後 4 週程度で、自動屈曲はまずまず。

ケナコルトの副作用で腱断裂がある。

ケナコルト注射前には断裂の可能性をいっておいた方がよい。

ケナコルトの量や、頻度と断裂についてのエビデンスはないが、*in vitro* では容量依存性で細胞抑制や腱張力低下がおこる。

保坂（松本市立）：ステロイド腱鞘内注射回数について。1 回のステロイド注射の後で断裂したという報告もありますが、近隣の診療所から腱鞘切開を依頼される場合、2 回注射して症状が軽快しないか再発した場合に紹介するという方針で初期治療されていることが多いようです。Green's Operative Hand Surgery 6<sup>th</sup> ed.では、ステロイドにより創治癒が遅れると考えられることから、ステロイド注射後に手術を行う場合は 6 週間置いた方が賢明であると述べています（P：2072）。参考にしてよいと思います。今年の Journal of Hand Surgery に狭窄性腱鞘炎にステロイドを使用した長期成績が載っていて、多数回注射していることに驚きました（推奨しませんが参考までに J Hand Surg Am. Vol.40:121-126、2015）。

### 3. 松田 智（長野市民病院）

- 32 歳女性、右示指痛 非定型抗酸菌感染症（手指）疑いの患者で、滑膜切除を行った。
- 68 歳男性、透析患者の左肘骨病変
- 20 歳男性、左肘脱臼+血行不全（Dr へり）
- 17 歳男性、左足関節脱臼骨折+血行不全

保坂（松本市立）：先週非常によく似た症例を手術しました。中指の症例で、穿刺液培養は陰性でしたが腫脹が続き PIP 関節、DIP 関節の拘縮も出現したため慢性化膿性腱鞘炎の診断で、病巣そうはを行いました。滑膜性腱鞘の増殖（特に FDS）と屈筋腱、靭帯性腱鞘の癒着が著明でした。癒着の強い A3 を腱鞘滑膜とともに切除し腱剥離を行いました。一般培養、PCR 陰性で病理組織は慢性炎症の所見（肉芽腫の所見なし）でした。抗結核薬を使用する根拠に乏しく、しかし慢性化膿性炎症は否定できずクラリスロマイシン内服を続けています。2 週弱で創部の状態はよく、可動域も回復してきています。

植村（信大）：抗酸菌培養は陰性となることが多く、PCRは検出できる菌種に限られる。PCRは理論上は遺伝子が1つでもあれば検出できるはずだが、培養では陽性になってもPCRで陰性になることもあるので、絶対的なものではない。

当院の症例では、培養・PCRともに陰性で抗結核薬を投与しなかった症例で、再発後に非定型抗酸菌が検出されたこともある。臨床症状で慢性の感染が疑われ、病理検査で肉芽腫形成などみられれば、非定型抗酸菌が検出されなくても非定型抗酸菌感染と考えて抗結核薬を投与したほうがよいと考える。投与期間は文献では6か月年程度としているものが多い。

加藤（信大）：血管縫合で修復しているが、通常は移植を行うことが多いのではないかと。カラードップラーはリアルタイムに低侵襲に血流を測定出来るので手術室に持ち込み、術前直後に観察すると有用である。

## 17:15~18:15 教育研修講演

座長 信州大学医学部 運動機能学教室 准教授 内山 茂晴

### 『手の腱損傷治療の実際』

講師 聖隷浜松病院手外科・マイクロサージャリーセンター

センター長 大井 宏之

日本整形外科学会教育研修会として認定(1単位)されております。受講料：1,000円

専門医資格継続単位 必須分野 [02]外傷性疾患（スポーツ障害を含む）

[10]手関節・手疾患(外傷を含む)

日本手外科学会教育研修講演として認定(1単位)されております。受講料：1,000円

#### 講演内容

屈筋腱損傷の新鮮例と陳旧例の治療法および結果について。新鮮例では縫合法およびその注意点、術後の早期運動訓練の実際について。治療の基本は早期運動をしても再断裂しない縫合法、最近では様々な縫合法の縫合法があるが、複雑な縫合法より簡単な縫合法を選択すべきと考えている。Braded polyester4-0で縫合。やや糸の腱内での滑りがわるい。Lin & Tsai1996の方法による6 strands, peripheral sutureは6-0ナイロンで背側を先に縫合する。基本的にはrunning suture.早期運動も確実に縫合部の腱滑走を確保するために自動屈曲訓練もしくはFlexion holdの訓練は必須と考える。この方法でリハビリ中に再断裂した例はない。%TAMは94%。陳旧例では滑膜内腱移植の当院での方法および結果も提示。早期自動運動で結果はかなり良好。DRUJレベルでの伸筋腱損傷の治療について。

#### 質問

山崎（相澤病院）

1:指を握った状態と伸ばした状態では、腱鞘が損傷したレベルと腱が損傷したレベルが異なる。伸展時受傷なら腱損傷レベルは腱鞘より近位に、屈曲時損傷なら遠位になると思うが、損傷レベルをどのように決めているのか？

RE：腱が損傷したレベル

2：入院期間は？

RE：1~2週 患者の理解度を見て決めている。

3：術後にA1でばね指症状とその後のPIP屈曲拘縮が出ないか？

RE：出ることがあるが、そのせいでPIP屈曲拘縮になったことはない。

4：腱移植で足趾腱を縫合する場所（近位）は？腱鞘内では無く腱鞘外の血行が良いところで縫合した方が良いと思うが？

RE：A1レベル。long graftが出来る程の長い腱は採取できない。

加藤（信大）

Zone1 の屈筋腱損傷の方が成績が悪い印象がある。A4 pulley の処置はどうされているのか？ 回答；邪魔であれば切離

Flexion hold exercise では手関節伸展位の方が、安全ではないか？ 回答；手関節屈曲を軽度にしてある、装具をはずしたくない、という理由で、手関節やや屈曲位で装具をつけたまま行っている。

伸筋腱断裂の術後数日経過例は、端端縫合で緊張がきつい事はないか？ Yes

基節骨レベルでは伸筋腱の構造がすべて切れるということは少ない。もし伸展機構が残っていれば、手術せずにそのままにしておく。

講演会終了後、意見交換

写真









共 催：信州上肢外科研究会  
日本臓器製薬株式会社