

E3-1

肘関節周囲の腫瘍から診断できた悪性リンパ腫の1例

清田 康弘^{1,2}、中山 政憲^{1,2}、石井 賢^{1,2,3}

¹国際医療福祉大学医学部整形外科、²国際医療福祉大学成田病院整形外科、³国際医療福祉大学三田病院整形外科

A case of lymphoma diagnosed from a tumor around the elbow

Yasuhiro Kiyota^{1,2}, Masanori Nakayama^{1,2}, Ken Ishii^{1,2,3}

¹Department of Orthopaedic Surgery, School of Medicine, International University of Health and Welfare (IUHW),

²Department of Orthopaedic Surgery, International University of Health and Welfare (IUHW) Narita Hospital,

³Department of Orthopaedic Surgery, International University of Health and Welfare (IUHW) Mita Hospital

【目的】肘関節周囲に発生した腫瘍から診断できた悪性リンパ腫の1例を経験したので報告する。

【症例】57歳、男性。左肘関節内側に腫瘍を自覚し、精査目的に当院を紹介受診した。初診時、左肘関節内側に3cm大の弾性・硬、可動性が良好な腫瘍を認めた。手指および手関節の運動障害は認めなかったが、前腕尺側に感覚鈍麻を認めた。また腫瘍に一致して、Tinel様徴候を認めた。単純MRI像では左肘関節内側の皮下組織内にT1強調画像で等信号、T2強調画像で高信号の3×3×5cm大で境界明瞭な充実性腫瘍を認め、読影では神経鞘腫が疑われた。血液検査では明らかな異常は認めなかった。軟部腫瘍摘出術または核出術を予定したところ、術前外来受診時に両鼠径部にも腫瘍を自覚したとの訴えがあり、全身を詳細に診察したところ、同部に加え、両腋窩部にも多発する腫瘍を認めた。リンパ節腫大が多発していることを疑い、リンパ腫の可能性を考え血液内科に相談した結果、診断目的に切開生検術を行う方針となった。生検部位として肘関節内側の腫瘍を選択した。左肘関節内側に長軸方向に3cmの皮膚切開を加え、検体を採取し迅速病理検査に提出したところ、悪性リンパ腫と診断されたため、最終病理検査のための追加検体のみを採取し、手術を終了した。最終病理検査ではびまん性大細胞型B細胞リンパ腫と診断されたため、血液内科で化学療法を施行した。治療開始後20か月現在のPET-CT像では肘関節内側の腫瘍は嚢胞と化してわずかに残存しているが、他の腫瘍は消失し、悪性リンパ腫については寛解を得た。前腕尺側のしびれは腫瘍の縮小とともに改善した。

【考察】軟部腫瘍の治療においては、リンパ腫も鑑別に置き、合併する腫瘍がないかを問診や全身の身体診察を通して確認する必要があると考える。

E3-2

肘部管症候群との鑑別を要した神経周膜腫の一例

山賀 崇、栗本 秀、建部 将広、山本 美知郎、岩月 克之、米田 英正、佐伯 将臣、徳武 克浩、
村山 敦彦、平田 仁
名古屋大学手の外科

A case of Intraneural Perineurioma which Needed Differentiation with the Cubital Tunnel Syndrome

Takashi Yamaga, Shigeru Kurimoto, Masahiro Tatebe, Michiro Yamamoto, Katsuyuki Iwatsuki, Hidemasa Yoneda, Masaomi Saeki, Katsuhiko Tokutake, Atsuhiko Murayama, Hitoshi Hirata
Department of Hand Surgery, Faculty and Graduate School of Medicine, Nagoya University

【はじめに】

神経周膜腫は稀な神経原性腫瘍である。今回、尺骨神経に発生し、肘部管症候群との鑑別を要した症例を経験したので報告する。

【症例】

17歳男性。2年ほど前から握力低下、環指小指の痺れを自覚、徐々に手の変形も進行を認め、前医を受診した。前医初診時の身体所見は、手内筋の著明な萎縮と、軽度の鷲手変形、肘部管部にtinel様徴候を認めた。神経伝導速度は、尺骨神経の肘部管での伝導障害を認めた。肘部管症候群と診断し、神経剥離、皮下前方移行術を施行するも神経所見の回復が乏しかった。術後2年経過時、上腕骨内側上顆近位レベルで尺骨神経に索状物を触れた。MRIを撮影し、T1強調像で等信号、T2強調像で等信号の尺骨神経の腫大を認めたため、神経原性腫瘍を疑い当院に紹介された。

当院で腫大した尺骨神経を切除し、腓腹神経を神経移植した。病理所見は、EMA陽性、S-100蛋白陰性の神経周膜細胞の増殖を認め、神経内神経周膜腫と診断した。

筋力は徐々に回復し、術後6年経過時点で、骨間筋の萎縮は残存するも、鷲手変形は認めず、小指は感覚鈍麻が残存するも感覚障害も回復傾向を示した。

【考察】

神経周膜腫は神経周膜細胞からなる稀な良性腫瘍である。神経内神経周膜腫の治療は腫瘍切除と神経移植が最も多く施行されている。本症例は尺骨神経内に腫瘍を認め、神経切除長は7cmにも及んだが、患者が若年であったことも幸いし、術後6年で腫瘍切除術前よりも麻痺は改善傾向を認め、良好な治療成績であった。

E-poster 3 「腫瘍・炎症」

2月3日(金) 14:25~14:55
第4会場 (山形テルサ 3F 交流室A)

Japanese E-poster 3 "Tumor/ Inflammation"

Feb. 3rd (Fri) 14:25~14:55
Room 4 (Yamagata Terrsa 3F Meeting Room A)

E3-3

肘関節内に発生した結節性筋膜炎の1例

栗山 幸治、阿部 真悟
市立豊中病院整形外科

A case of intra-articular nodular fasciitis of the elbow

Kohji Kuriyama, Shingo Abe
Department of Orthopaedic Surgery, Toyonaka Municipal Hospital

【はじめに】結節性筋膜炎は筋膜上に好発することが多く、関節内に発生することはまれである。今回、肘関節内に生じた結節性筋膜炎の1例を報告する。

【症例】13歳男性。12歳ごろから右肘屈曲制限が出現。テニス時の疼痛と屈曲制限が増悪し、症状出現から約1年後に近医受診。関節穿刺にて黄色透明の関節液の貯留を指摘された。その後のMRI検査で肘関節内腫瘍を疑われて当科紹介受診となった。当科初診時の所見は、右肘前内側の腫脹と軽度の圧痛を認めたが、安静時痛は無かった。肘関節可動域は屈曲120°、伸展0°と可動域制限を認めた。エコーで肘関節液貯留と肘関節内前内側に約3×3×0.8cm大の腫瘤を認め、MRIでも同様に肘関節前内側に内部はT1強調画像で筋肉と等信号、T2強調画像で高信号の境界明瞭、表面平滑な腫瘤を認めた。結節性病変であり、悪性度は低いと判断し、腫瘍切除術を予定した。外側から肘関節内にアプローチし、肘関節前方関節包に癒着した柔らかい白色の病変を一塊として摘出した。同時に肘頭窩、腕橈関節後方の滑膜も可及的に切除した。病理組織診断の結果、結節性筋膜炎と診断された。術後1年2か月の観察時、再発はなく、肘関節可動域は屈曲132°、伸展14°と改善し、テニスを行っている。

【結論】結節性筋膜炎は筋膜上に好発することが多く、関節内に発生することはまれである。肘関節内病変の鑑別診断の1つとして本疾患も考慮する必要があると考える。

E3-4

荷重肢の血友病性肘関節症に対し橈骨頭切除術を施行した1例

今石 和紀、河村 太介、遠藤 健、松井 雄一郎、門間 太輔、松居 祐樹、小林 英之、鈴木 智亮、
岩崎 倫政

北海道大学大学院医学研究院整形外科教室

Radial head resection for hemophilic arthropathy of the elbow with weight-bearing: a case report

Kazuki Imaishi, Daisuke Kawamura, Takeshi Endo, Yuichiro Matsui, Daisuke Momma,
Yuki Matsui, Hideyuki Kobayashi, Tomoaki Suzuki, Norimasa Iwasaki

Department of Orthopaedic Surgery Hokkaido University

【はじめに】荷重肢の血友病性肘関節症に対し、可動域改善を目的とした橈骨頭切除術を施行した1例を経験したので報告する。

【症例】56歳男性。生後6か月で血友病性Aと診断され、16歳時より第VIII因子製剤による治療を行われていた。人工膝関節置換術後感染の既往に対し49歳時に右大腿切断術が施行され、以後、義足と両松葉杖により歩行していた。53歳時より右肘関節の腫脹、疼痛を自覚し、その後、徐々に前腕回外制限が増悪した。術前、右肘関節に血腫を疑わせる腫脹は無く、可動域は伸展/屈曲 -40度/90度、回内/回外 60度/0度と制限されていた。単純X線で橈骨頭は肥大し前方へ脱臼していた。腕橈・腕尺関節共に関節裂隙は消失していた。回外制限の改善希望があり手術治療を計画した。荷重肢であることから、術後、疼痛増強のリスクを説明した上で橈骨頭切除術を施行した。術後3年経過時点で伸展/屈曲 -40度/115度、回内/回外 60度/40度と屈曲・回外可動域の改善が得られた。松葉杖の使用を継続しているが疼痛の増強なく経過している。

【考察】血友病性肘関節症に対する手術治療として、頻回な関節血症の改善を目的とした橈骨頭切除術・滑膜切除術の良好な成績が報告されている。術後、回内外可動域の改善が見込めるとされているが、荷重肢に施行した際の成績は不明である。本症例の経験から荷重肢であっても本術式が選択肢となり得ることが示唆された。

E-poster 3 「腫瘍・炎症」

2月3日(金) 14:25~14:55
第4会場 (山形テルサ 3F 交流室A)

Japanese E-poster 3 "Tumor/ Inflammation"

Feb. 3rd (Fri) 14:25~14:55
Room 4 (Yamagata Terralsa 3F Meeting Room A)

E3-5

持続的局所抗菌薬灌流 (continuous local antibiotic perfusion : CLAP) が奏効した化膿性肘関節炎の1例

池田 耀介、芝山 昌貴、藤田 耕司、橋本 将行、竹内 慶雄、岩崎 潤一、齊藤 雅彦、山崎 博範、
縄田 健斗、平山 次郎

千葉メディカルセンター整形外科

A case of septic arthritis of elbow treated with continuous local antibiotic perfusion

Yosuke Ikeda, Masataka Shibayama, Koji Fujita, Masayuki Hashimoto, Yoshio Takeuchi,
Junichi Iwasaki, Masahiko Saito, Hironori Yamazaki, Kento Nawata, Jiro Hirayama
Department of Orthopaedic Surgery, Chiba Medical Center

【目的】上腕骨遠位端粉碎骨折術後の関節拘縮に対し受動術を施行した後に化膿性肘関節炎を発症し、CLAPによりインプラントを温存した状態で感染を鎮静化しえた症例を経験したため報告する。

【症例】50歳男性。自転車走行中に転倒受傷し当院救急搬送。上腕骨遠位端粉碎骨折の診断で同日創外固定施行。受傷10日後に観血的整復固定術を施行し自宅退院となった。週2回の頻度で通院リハビリ施行するも術後6ヶ月で肘関節ROM - 50 - 95と著明な可動域制限を認めた。その後も可動域の改善なく経過したため術後8か月の時点で肘関節受動術を施行し関節内にJ-VACドレーンを留置した状態で術後リハ開始となった。術後数日は200ml/day前後の血性排液を認めたが徐々に排液は減少し、術後8日でドレーンを抜去し先端を培養に提出した。術後10日で培養からCNSが検出されドレーン抜去部からは淡血性の滲出を認めた。ドレーン孔深部のぬぐい液を培養に提出したところ感受性が同様のCNSが検出された。術後感染による化膿性肘関節炎の診断で術後15日に洗浄デブリードマン施行しCLAPを開始。一部骨癒合が得られていなかったためインプラントは温存した。2週間のCLAPと3週間の抗生剤全身投与により局所所見改善しL/Dも正常化した。CLAP終了後にセイラムサンプルチューブ抜去部が閉鎖したことを確認し自宅退院となった。

【考察】インプラント挿入部位の感染は治療に難渋し抜去を余儀なくされることが多いが、本症例はインプラントを温存した状態で感染を鎮静化することができた。CLAPは術後感染の治療手段として有用であると考えられる。