

## 小児肘周辺骨折の治療と診断

座長：高山 真一郎・笹 益 雄

小児肘周辺骨折は頻度の高い外傷であるが、不適切な治療による変形・偽関節・虚血性拘縮など後遺障害が問題となることが多い。今回、経験豊かな6名の演者より診断・治療の強調点、問題症例から得られた知見などについて発表頂いた。

第一線開業医の立場から診断の検討を行った麻生先生は、上腕骨内側上顆は Salter-Harris I 型の骨端線損傷のためしばしば診断が困難であること、上腕骨顆上骨折や橈骨頸部骨折には不顕性骨折が少なからず存在し、病歴や局所所見から骨折が疑われた場合には、X 線撮影の方向を工夫することを強調された。また健側と比較すること、ストレス X 線撮影を行うこと、時間をおいて再度 X 線検査を行うことなどが重要と述べた。

橋詰先生は各骨折の手術適応を中心に述べられたが、上腕骨外顆骨折は治療中に転位が増強し偽関節になる確率が高いため、2 mm 以上の転位が見られるものを手術適応とし、上腕骨内上顆骨折では脱臼を伴っていることが多く、手術適応は 3 mm 以上の転位と報告した。また橈骨頸部骨折で 30~60°の転位を呈する場合、10 歳以下なら保存的に、それ以上であれば観血的治療が勧められると述べた。

上腕骨顆上骨折と外顆骨折の手術例を検討した新井先生は、顆上骨折の術後合併症は内反肘、外顆骨折では新鮮例では内反肘、陳旧例では外反肘となる傾向があると述べ、外顆骨折の術後の変化は転位を残して骨癒合したためなのか、過成長が原因なのか議論された。

400 例の上腕骨顆上骨折に対し、時代の変遷による 3 つの方法の治療成績を報告した稲垣先生は、内反肘発生頻度は徒手整復+ギプス固定 24%、ギプス固定+牽引療法 9.8%、経皮ピンニング 4.8% で、内側粉碎型に 2 次発生と思われる内反肘が生じたと報告した。

平地先生は顆上骨折後の内反肘変形とモンテジア骨折後の陳旧性橈骨頭脱臼の手術について述べ、内反肘変形に対しては骨切り後の外顆部分の突出が生じないように注意を払うべきで、3 次元矯正骨切り術は carrying angle、可動域、内旋変形矯正とも満足できる結果と報告した。橈骨頭脱臼に対しては尺骨骨切りにより脱臼整復を行うが、橈骨頭の変形が徐々に生じてくるため、受傷後 4 年以上経過した症例の手術適応は厳格に考えるべきと述べた。

フォルクマン拘縮の治療について発表した石田先生は、手関節屈曲、前腕回内拘縮が強く握力が認められない例では、筋解離術では対応できず遊離筋肉移植術を選択すべきだが、筋肉移植に筋解離術を先行させることで成績を向上させることが出来ると報告した。

近年阻血性拘縮など重大な障害は減少しているが、なお小児肘周辺骨折の後遺症発生例は少なくない。本外傷に対しては、単純 X 線撮影による診断を基本とし、症例に応じた撮影方法により正確な病態・転位を判断すること、骨折型と転位程度に応じ手術適応を判断すること、手術例では解剖学的整復と Kirschner wire などによる必要十分な固定力を確保することなど基本的な点に注意を払い、適切な対応を速やかに行っていくことが求められる。