化膿性胸鎖関節炎の1例

今村 祐子* 富田 伸次郎* 浦川 伸弘* 菅 政和*

Pyogenic Arthritis of Sternoclavicular Joint: A Case Report

Yuko Imamura*, Shinjiro Tomita*, Nobuhiro Urakawa*,
and Masakazu Kan*

胸骨骨髓炎は比較的稀な疾患である。今回我々は、手術的に本疾患を治療し良好な成績を得られたので報告する。症例：40歳、体格の良い男性。既往歴、職歴：既往に特記所見なし、重い荷物を持つ仕事に従事している。現病歴：平成21年4月左胸鎖関節部痛にて発症する。4月胸鎖関節注射を施行するも無効であり、5月病巣搔爬術を施行した。培養検査では、*peptococcus*が検出された。術後特に大きなトラブルなく現在日常生活上仕事も支障なく行っている。考察と結語：患者が元来健常人である場合、診断、治療が遅れることもあり日常的に本疾患を念頭に置いた診療が必要と考える。

Sternoclavicular pyogenic arthritis is a relatively rare infection. We report a case of pyogenic arthritis of the sternoclavicular joint (SCJ).

A 40-year-old healthy man complained pain and swelling in the left of SCJ. X-rays did not show marked change. T2-weighted images showed high signal massive lesion around the SCJ and CT findings showed osteolytic change at SCJ. White blood cell count was 8200 / μ l, CRP was 13.95 mg/dl, and ESR was 85 mm/1st h. Aspiration drainage and antibiotic drug therapy were performed after admission, but the osteolytic lesion expanded in CT. Needle aspiration of the abscess detected *peptococcus*, and then operative debridement was performed. After operation, there was no recurrence. Although pyogenic arthritis of the SCJ is rare in healthy adults, differential diagnosis of the SCJ should be considered in the first stage of occurrence. Early diagnosis and appropriate treatment of infections of the SCJ provide better outcome.

Key words : pyogenic arthritis (化膿性関節炎), sternoclavicular joint (胸鎖関節), healthy adult (健常人)

はじめに

我々は比較的稀な胸鎖関節部の骨髓炎を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

症 例

症例：40歳、体格の良い男性。

主訴：左胸鎖関節部の疼痛と腫脹。

既往歴：特記事項を認めず。

職業：重い荷物を持つ仕事。

現病歴：平成21年4月、左鎖骨部の違和感を自覚したため当院初診となる。徐々に左前胸部の激痛に交

わったため、胸鎖関節炎の診断にて胸鎖関節注射を施行するが無効であった。その後左胸鎖関節部の腫脹・疼痛が持続するため、5月当院入院となった。

入院時理学所見：体温36.5度で、左胸鎖関節部に6cm大の皮膚膨隆所見と、同部位の著明な圧痛を認めた。四肢に皮膚変化は認めなかった。疼痛により肩関節は屈曲20度に制限され、頸椎も伸展制限が認められた。疼痛は安静時や夜間にも認められた。

入院時検査所見：WBC 8200/ μ l, CRP 13.95mg/dl, ESR 85mm/hrと中等度の炎症所見を認

入院時画像所見：X線所見では、明らかな異常は認めなかったが、MRI所見では、左胸鎖関節部中心

* 健友会上戸町病院整形外科 Department of Orthopedic Surgery, Kenyukai Kamotomati Hospital, Nagasaki, Japan

に T2 強調画像で高信号域を認めた (図 1). CT 所見では鎖骨近位端および胸骨柄部の骨皮質の不整像や一部骨溶解所見を認め (図 2 a), 骨シンチグラム所見

では, 胸骨柄, 左鎖骨近位端部に高い集積像を認めた (図 3).

治 療 経 過

5 月入院直後より CEZ 投与を開始して保存的加療を行い疼痛と炎症反応の改善を認めた. 5 月に関節穿刺ドレナージを施行し細菌培養で peptococcus が検出された. その後も局所の腫脹は持続し, 5 月の CT 所見では, 骨溶解像の進展を認めたことから, 5 月に病巣掻爬術を施行となった (図 2 b).

手術所見と術後経過

罹患部皮下の線維性に肥厚した被膜を切開すると漿液性の血性滲出液を認めた. 鎖骨近位端部および胸骨柄部に骨破壊所見を認め, 十分骨掻爬後は死腔はさほど大きくないためドレーンを挿入して一期的に閉鎖した (図 4). 術後経過は良好で, 術後 X 線および CT 所見では新たな骨溶解像を認めず, 肩関節屈曲も疼痛なく 150 度まで可能となった. 術後 1 カ月で就労にも復帰可能となった.

図 1 入院時 MRI 左鎖骨横断像 (T2 強調画像) : 左胸鎖関節部中心に皮下まで高信号域を認めた.

a

b

図 2 入院時胸鎖関節部 CT 冠状断像
a 左鎖骨近位端および胸骨柄部の骨皮質の不整像と一部骨溶解所見を認めた.
b 骨溶解像の進展を認めた.

図 3 骨シンチグラム像 : 左胸骨柄, 左鎖骨近位端部に高い集積像を認めた.

図4 術中所見：
鎖骨近位端部と胸骨柄部に骨破壊所見を認めた。

考 察

今回我々は胸鎖関節の骨髓炎を経験した。本邦では一定の報告はあるが、単発例の報告が殆どであり比較的まれな疾患といえる²⁻⁴⁾。Yood らは全化膿性関節炎のうち、化膿性胸鎖関節炎は約9%と報告しており海外でも本疾患の発生率は少ないと考える⁶⁾。

本疾患の発生因子であるが、Ross らによると化膿性胸鎖関節炎の180症例の発生因子について、静脈内薬物使用(21%)、遠隔部位からの感染波及(15%)、糖尿病(13%)、外傷(12%)、中心静脈ライン感染(9%)等の原因が認められたが、23%においては発生因子が認められなかったとしている⁵⁾。本症例においては明らかな発生因子は認めなかった。

また、今回健康成人例における発症であるが、Michal らは、多くの場合本疾患が何らかの発生因子が関与すること、他の化膿性関節炎と異なり潜行性であるという特徴を有すること、本疾患に罹患した患者がまずリウマチ科を受診し診断や治療の遅れを発生しうること、そして本疾患が早期かつ適切な診断と治療

が必要となる疾患であることから、健康成人の胸鎖関節における鑑別疾患の重要なひとつとして挙げるべきであるとしている¹⁾。

本症例では比較的急性な経過で骨髓炎に至ったが、手術的に骨搔爬を行い比較的良好な結果を得た。本症例のごとく急性な経過をたどった場合、早期に本疾患を診断し適切な治療に迅速に繋げる必要があるが、既往症もなく明らかな感染源も認めない健康的な成人症例では、日常的に本疾患を念頭においた診療が必要であると考ええる。

ま と め

化膿性胸鎖関節炎から骨髓炎に至った1症例を経験した。今回手術的な骨搔爬術により良好な成績が得られたが、患者が何らかの基礎疾患を有していない場合や、免疫不全状態でない場合、診断および治療が遅れることがあり日常的に本疾患を念頭に置いた診療が必要であると考ええる。

参 考 文 献

- 1) Bar-Natan, M., et al.: Sternoclavicular infectious arthritis in previously healthy adults. *Semin. Arthritis Rheum.*, 32(3): 189-195, 2002.
- 2) 遠藤裕介ら：化膿性胸鎖関節炎2例に対する治療経験。中部整災誌, 47: 1325-1326, 2004.
- 3) 小口泰司ら：化膿性胸鎖関節炎の4症例。肩関節, 24(3): 451-454, 2000.
- 4) 中原信一ら：化膿性胸鎖関節炎の1例。整外と災外, 52(4): 695-698, 2003.
- 5) Ross, J. J., Shamsuddin, H.: Sternoclavicular septic arthritis: review of 180 cases. *Medicine (Baltimore)*, 83(3): 139-148, 2004.
- 6) Yood, R. A., et al.: Sternoclavicular arthritis. *Arthritis Rheum.*, 23: 232-239, 1980.