

9:00~10:30

パネルディスカッション1：胸郭出口症候群に対する診断と治療 ～原点と挑戦～

座長：古島 弘三（慶友整形外科病院 胸郭出口症候群治療研究センター）
鈴木 拓（慶應義塾大学 整形外科）

PD1-1 神経磁界計測診断を行った胸郭出口症候群の治療経験

Thoracic outlet syndrome diagnosed with magnetoneurography: a report of 2 cases

山田 哲也¹, 川端 茂徳², 藤田 浩二³, 二村 昭元⁴, 鍋木 秀俊³, 佐々木 亨², 田中 雄太²,
足立 善昭⁵, 大川 淳³

¹埼玉心会病院整形外科, ²東京医科歯科大学大学院 先端技術医療応用学講座,

³東京医科歯科大学大学院 整形外科学講座,

⁴東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科 運動器機能形態学講座,

⁵金沢工業大学 先端電子技術応用研究所

胸郭出口症候群において障害部位を可視化することは困難である。神経磁界計測は高い空間分解能で仮想電極部の神経伝導速度や振幅変化を評価可能であり、2例の再手術例で神経伝導障害部位の可視化に成功した。健常者データの蓄積が必要であるが、神経磁界計測は、従来困難であった胸郭出口症候群の障害部位の可視化と診断に有用と考えられる。

PD1-2 胸郭出口症候群の診断における腕神経叢圧迫の定量的評価-腕神経叢造影後 Dynamic3DCTの有用性について-

Quantitative Evaluation of Compression of Brachial Plexus in Diagnosis on Patients with Thoracic Outlet Syndrome - the Feasibility of Dynamic 3DCT After Brachial Plexography

高松 聖仁^{1,2}, 森本 友紀子¹, 石河 恵¹, 川端 確¹, 斧出 絵麻²

¹淀川キリスト教病院整形外科, ²大阪公立大学整形外科

われわれは胸郭出口症候群の主病態である腕神経叢の圧迫の評価のために、腕神経叢造影後3DCTを用いて定量的評価を行ってきた。その結果、上肢挙上位または上肢下垂位で愁訴を訴える患者においては、それぞれ愁訴を訴える肢位においてのみ腕神経叢周囲間隙は患側で有意に狭小化していた。BP-3DCTによって肋鎖間隙における動的な腕神経叢の圧迫を定量的に評価することは、TOSの診断において有用な一助と考えられた。

PD1-3 小胸筋症候群に対する座位鎖骨下動脈造影検査

Diagnosis of pectoralis minor syndrome with subclavian artery angiography in the sitting position

土田 真嗣¹, 小田 良¹, 木田 圭重¹, 藤原 浩芳², 高橋 謙治¹

¹京都府立医科大学 大学院医学研究科 運動器機能再生外科学（整形外科学教室）,

²京都第二赤十字病院 整形外科

座位で症状が誘発される胸郭出口症候群に対して、座位で鎖骨下動脈造影検査を施行した。症状が誘発される肢位での小胸筋部での狭窄を同定可能であった。座位鎖骨下動脈造影検査は、圧迫型の小胸筋症候群に対する有用な補助診断検査となる可能性がある。

PD1-4 胸郭出口症候群(TOS)に対する保存療法

Conservative therapy for Thoracic Outlet Syndrome

草野 寛¹, 古島 弘三¹, 船越 忠直¹, 伊藤 雄也¹, 高橋 啓¹, 井上 彰², 村山 俊樹²,
貝沼 雄太², 阿部 拓馬², 青木 陸², 堀内 行雄¹, 伊藤 恵康¹

¹慶友整形外科病院, ²慶友整形外科病院リハビリテーション科

当院のTOSに対する保存療法の成績を報告する。対象は3ヵ月以上の保存治療が可能であった379例(平均25.5歳)で、スポーツ群217例(15.9歳)、非スポーツ群162例(38.5歳)にわけ、後方視的に調査した。保存療法の有効率と保存療法抵抗因子を検討した。スポーツ群では有効率70.0%、非スポーツ群56.8%でありスポーツ群で有意に有効率は高かった。保存療法抵抗因子は年齢、ISDの狭さ、Roos test陽性までの秒数が短いことであった。

PD1-5 胸郭出口症候群に対する内視鏡下手術

Endoscopic Surgery for Thoracic Outlet Syndrome

佐竹 寛史, 仁藤 敏哉, 丸山 真博, 本間 龍介, 長沼 靖, 澁谷 純一郎, 高木 理彰
山形大学大学院 医学系研究科 医学専攻整形外科学

胸郭出口症候群に対する経腋窩内視鏡下手術は良好な視野が得られ、安全に行える術式であった。手術法は病態に応じて検討する必要がある。肋鎖間隙に狭小化がみられる症例では第1肋骨切除術を、みられない症例には肋骨温存斜角筋切離術を選択した。

PD1-6 胸郭出口症候群における内視鏡補助下鎖骨下アプローチによる第1肋骨切除術

Endoscopic-assisted infraclavicular approach for first rib resection in thoracic outlet syndrome

鈴木 拓¹, 辻阪 亮介¹, 松尾 知樹¹, 増本 奈々¹, 木村 洋朗¹, 松村 昇¹, 佐藤 和毅²,
岩本 卓士¹

¹慶應義塾大学整形外科, ²慶應義塾大学医学部スポーツ医学総合センター

胸郭出口症候群20例に対して、内視鏡補助下鎖骨下アプローチによる第1肋骨切除術を施行した成績を報告する。手術は鎖骨下アプローチを用いて、直視下に前斜角筋と第1肋骨の前方部を切除した後に、内視鏡下に中斜角筋と第1肋骨の後方部を切除した。術後成績は、優9例、良7例、可4例であった。内視鏡を併用することで、後方の操作が可能となり、有用な術式であると考えられた。