

腱板断裂が疑われた頸部神経根性筋萎縮症

加島 郁雄

本症例は左上肢の脱力による挙上障害を訴えて来院した患者である。臨床症状から頸部神経根性筋萎縮症（いわゆるキーガン型頸椎症）と診断した。鍼灸治療で症状の改善を認めていたが、会社診療所の指摘で大学病院へ転院し腱板断裂と解離性運動麻痺の両方が疑われた。

症例 男性 65歳 大手建設会社役員

初診 平成23年5月30日

主訴 左腕が挙がらない

現病歴 約20年前、何も思い当たることなく右手第1指がシビレた。A大学病院整形外科へ行きX線検査で「骨棘が神経を圧迫しているのではないか」といわれた。牽引を何回かしたが変化がないので自宅で体操や壁への腕立て伏せを約6カ月続けて治した。

約6～7年前、雪道ですべり尻餅をついたとき左手のひらも地面に強くついた。その直後より、左上肢が脱力により挙がらなくなった。このときは病院へは行かず壁への腕立て伏せを約1年間続けて治した。

今回、8日前に1歳の孫をおんぶしたり、だっこしたりして遊んだ。

6日前、約10kgの荷物を運んだ。

4日前の早朝、左肩甲上部に痛みを感じ目が覚めた。起床後も顎を上げたときに左肩甲上部に痛みを感じ（図1）、左上肢が脱力により挙がらなくなった。

3日前から左肩甲上部の痛みはだんだん鋭いものになり、昨夜は2～3時間おきに目が覚めるようになってきたため来院した。そのとき、枕を高めにするとう痛みは一時的に治まり就寝できた。

現在、左上肢が脱力により挙がらない。頸の運動により左肩甲上部に痛みを感じる（図1）。痛みの強さは朝昼晩で変化はない。自発痛、夜間痛はない。上肢に痛みやシビレ、触覚障害はない。筋力低下、巧緻運動障害、歩行障害、膀胱・直腸障害はない。左肩関節の痛みはない。左結髪動作は不能。左結帯動作は正常。その他、一般状態は良好である。

仕事は建設会社の役員で他人と接触することが多く、残りはディスクワークである。スポーツはしていない。アルコールは自宅では飲まない。

既往歴 約8カ月前、当院で腰痛の治療を5回行い治癒している。その他、特記すべきものなし

家族歴 特記すべきものなし

診察所見 握力は左41kg、右41kg。頸椎の後屈痛、側屈痛、回旋痛は陽性で、とくに後屈時に左の肩甲上部（肩中兪付近）に痛みの増悪が強い。上肢への放散痛やシビレ感はない。左肩関節の自動外転障害は脱力のため不能、他動外転障害は可働域制限と痛みがなく陰性。左他動有痛弧は陰性。左落下テスト陽性。左外旋障害は陰性。左結髪障害は脱力のため不能。左結帯障害は陰性。左肩関節の軋轢音、陥凹、腫脹、熱感、大結節部の

もない、MRI検査の結果については肩専門の整形外科医に「昔、腱の切れた跡があるが修復されていて、今回の挙上障害とは関係がない」として頸専門の整形外科医を紹介された」と答えてくれた。その後、患者との連絡はとれていない。

考察 本症例を臨床症状から頸部神経根性筋萎縮症と診断した^{1) 2) 3) 4) 5) 6) 7) 8) 9) 10) 11) 12) 13) 14) 15) 16) 17) 18) 19) 20) 21) 22) 23)} 以下、その理由を述べる。

1. 年齢が65歳である。
2. 脱力による上肢挙上障害がある。肩関節の自動外転は脱力のため不能で、他動外転は可働域制限と痛みがない。
3. C5-C6神経支配領域に触覚・痛覚障害を認めない。
4. 頸椎の運動により肩甲上部の痛みが増悪する。
5. 圧痛が頸部にある。
6. 三角筋に若干のシワと凹みを認め、肩峰周径も健側より2cm短い。
7. 二頭筋・腕橈骨筋腱反射が減弱である。
8. 落下テストが陽性である。

なお、問診および診察所見から、以下の類症疾患を除外した。

1. 頸部脊髄症性筋萎縮症¹⁾
膝蓋腱反射の亢進がない。筋萎縮の分布がC7以下でなく、広範囲でもない。疼痛がある。
2. 腱板断裂^{2) 3) 4)}
他動による有痛弧が陰性で、肩関節の軋轢音、陥凹、腫脹、熱感、大結節部の圧痛がない。
3. 筋萎縮性側索硬化症⁵⁾
両手の脱力と指の運動障害ではない。両手腕の筋萎縮ではない。
4. 脊髄性進行性筋萎縮症⁵⁾
両腕の筋肉の萎縮と脱力ではない。
5. 進行性球麻痺⁵⁾
舌の萎縮、構音障害、嚥下障害がない。
6. 肩甲上神経麻痺^{1) 6) 7)}
棘上筋・棘下筋の麻痺ではない。
7. 神経痛性筋萎縮症^{1) 2) 7)}
自発痛がない。20~40歳代でない。
8. 進行性筋ジストロフィー（デュシェンヌ型、ベッカー型、肢帯型）^{1) 5)}
筋萎縮の初発が下肢筋ではない。
9. 脊髄症^{8) 9) 10) 11) 12) 13) 14)}
巧緻運動障害、歩行障害、膀胱・直腸障害がなく、膝蓋腱反射の亢進がない。
10. 頸椎・頸髄腫瘍^{15) 16) 17) 18)}
自発痛がなく、四肢の麻痺や膀胱・直腸障害がない。

以上、臨床症状、除外診断から、本症例を頸部神経根性筋萎縮症と診断した。

さて、本症例の脱力による上肢挙上障害発症について、キーガンは「前根優位の障害による上肢の著明な筋萎縮をきたした頸椎症である」とし¹⁾、大田らは「いずれも愁訴

経穴の位置

C4/6下天柱：C4/6棘突起間の外側で天柱直下の圧痛部位。

C4/6下風池：C4/6棘突起間の外側で風池直下の圧痛部位。

C5/6下天柱：C5/6棘突起間の外側で天柱穴直下の圧痛部位。

C5/6下風池：C5/6棘突起間の外側で風池直下の圧痛部位。

参考文献

- 1) 金子和生ほか：解離性運動麻痺－頸部神経根性筋萎縮症と頸部脊髄症性筋萎縮症，「頸椎症」，P.230～239，金原出版，1999。
- 2) 三笠元彦：五十肩，「図説臨床整形外科講座4 肩・上腕・肘」，P.86～87，メジカルビュー，1986。
- 3) 池田 均ら：「肩診療マニュアル」，P.77～81，医歯薬出版，1987。
- 4) 信原克哉：「肩 その機能と臨床」，P.159～164，医学書院，1987。
- 5) 岡島重孝：脳・神経の病気「大安心 健康の医学大事典」，P.555～562，講談社，2001。
- 6) 信原克哉：「肩 その機能と臨床」，P.22～23，医学書院，1987。
- 7) 池田 均ら：「肩診療マニュアル」，P.168～169，医歯薬出版，1987。
- 8) 富永積生：頸肩腕痛，「図説臨床整形外科講座2 頸椎・胸椎・胸郭」，P.142～159，メジカルビュー，1988。
- 9) 都築陽之：変形性脊椎症，「整形外科クルズス」，P.414～419，南江堂，1997。
- 10) 伊藤達雄：頸部，頸椎の変性疾患，「整形外科診療プラクティス」，P.330～339，金原出版，1995。
- 11) 星野雄一：頸椎症性脊髄症，「新図説臨床整形外科講座3 頸椎・胸椎・胸郭」，P.133～152，メジカルビュー，1995。
- 12) 里吉宮二郎：神経・筋疾患の対策 内科的立場より，「図説臨床整形外科講座14 神経・筋疾患」，P.264～277，メジカルビュー，1995。
- 13) 福田真輔：頸椎症性脊髄症の発症・進展機序，「頸椎・腰椎外科 診断指針と治療の実際」，P.51～58，南江堂，1990。
- 14) 森 健躬：「頸診療マニュアル」，P.73～94，医歯薬出版，1988。
- 15) 竹光義治：Radiculopathy の鑑別診断，「頸椎症の臨床」，P.63～65，金原出版，1983。
- 16) 伊藤達雄：頸部，頸椎のその他の疾患，「整形外科診療プラクティス」，P.343～344，金原出版，1995。
- 17) 森 健躬：「頸診療マニュアル」，P.117～118，医歯薬出版，1988。
- 18) 荒木淑郎：脊髄および脊椎の腫瘍，「腰痛・背痛・肩こり」，P.147～149，南江堂，1980。
- 19) 大田 寛ほか：頸椎症にみられる解離性の上肢運動麻痺，「頸椎症の臨床」，P.41～48，金原出版，1979。
- 20) 平林 冽ほか：退行変性疾患，「新図説臨床整形外科講座3 頸椎・胸椎・胸郭」，P.78～101，メジカルビュー，1995。
- 21) 出端昭男：キーガン型頸椎症，「医道の日本 50-10」，P.15～19，医道の日本社，