

重症肘部尺骨神経障害の局在診断

◎西脇 啓太¹⁾、早川 華澄¹⁾、藤田 稜人¹⁾、成田 見和¹⁾、村雲 望¹⁾、村瀬 斉¹⁾
半田市立半田病院¹⁾

【はじめに】肘部尺骨神経障害(ulnar neuropathy at the elbow: UNE)は手根管症候群について頻度の高い絞扼性障害である。治療には外科的治療が必要な場合が多く、神経伝導検査(nerve conduction study: NCS)における局在診断が重要である。しかしながら、重症例においては軸索変性が強く、運動神経伝導検査(MCS)、感覚神経伝導検査(SCS)で波形導出困難な場合が存在する。その場合、背側枝の感覚神経活動電位(SNAP)を記録する Kim 法での異常所見と内側前腕皮神経の SNAP が正常であることを確認している。しかしながら、内側前腕皮神経分岐後から肘関節を通過し背側枝を分岐するまでのいずれかの障害であることしか証明できていない。そこで今回我々は順行性の SCS が、UNE が疑われる重症例の局在診断を利用可能か検討したので報告する。

【方法】尺骨神経麻痺の臨床診断を受け、局在診断を目的に NCS を施行した症例のうち、MCS(インチャージ法を含む)、SCS で波形導出が困難であった症例 5 例を対象とした。順行性 SCS の方法は記録電極を内側上顆の近位 10cm に、基準電極をその 3cm 近位に設置し、肘を屈曲させた状態で肘

近位 4cm から遠位部 4cm まで 2cm ずつ SNAP を導出した。

【結果】全例で小指外転筋導出の MCS、第 V 指導出の逆行性 SCS、Kim 法はいずれも波形導出困難であったため、Guyon 管症候群は否定的であった。内側前腕皮神経に左右差は認められず、腕神経叢障害は否定された。順行性 SCS は近位部 4cm では波形が導出されたが、遠位部 4cm までの間に導出困難となり、UNE に合致する所見であると考えられた。

【考察】UNE の鑑別診断には神経根症や Guyon 管症候群、腕神経叢障害等が挙げられる。これまで重症 UNE はそれらを否定することで UNE の可能性を推定してきたが、順行性 SCS を用いることで正確な局在診断が可能になる可能性が示唆された。UNE は上腕骨内側上顆を挟んだ短い分節に Osborne 靭帯や破格筋の滑車上肘筋による圧迫、変形性肘関節症や外反変形による遅発性麻痺など複数の病態を含んでいる。外科的治療が選択されることの多い UNE において局在診断の精度を高めることは極めて重要であると考えられた。