

## ■代謝疾患

73

## 前腕から手指の拘縮を呈した好酸球性筋膜炎に対する理学療法の一症例

薄 志美・倉田典和・入江一憲 (MD)

東京女子医科大学附属膠原病リウマチ痛風センター リハビリテーション室

## key words

好酸球性筋膜炎・筋膜肥厚・拘縮

【はじめに】好酸球性筋膜炎（以下EF：eosinophilic fasciitis）は末梢血の好酸球増多，血沈亢進， $\gamma$ -グロブリンの増加などを伴う炎症性自己免疫疾患である。診断には皮膚筋生検が用いられ筋膜炎の肥厚，リンパ球，形質細胞，好酸球の浸潤が認められる。臨床症状は四肢のこわばりと痛み，腫脹などから始まり進行すると四肢に屈曲拘縮を生じる。今回当院において，左前腕から手指の拘縮を主訴としたEF患者に対して理学療法を施行する経験をしたので報告する。

【症例】26歳，男性。週3～4回空手道場に通り，毎日1～2時間自主トレーニングをしていた。2000年6月頃から左上肢痛，筋力低下を自覚し筋力トレーニングをさらに強化する。7月頃より左手関節の硬直，10月頃には右手関節の硬直が出現する。身体所見から強皮症が疑われ，12月8日精査・加療目的のため当院膠原病リウマチ内科に入院した。

【入院時所見】EFに特徴的なgroove signが両上肢に，また左手関節硬直，両手指に屈曲拘縮が見られた。血液検査では好酸球数増多，血沈，CRPの亢進が認められた。左上腕二頭筋の皮膚筋生検では筋膜炎にリンパ球，好酸球の浸潤が認められた。左上腕のMRIで三頭筋筋膜炎，二頭筋筋膜炎は最大で5mm肥厚していた。以上から当初強皮症を疑われていたが，EFと診断され2000年12月20日よりプレドニゾロン（以下PSL）40mg/dayが開始される。

【経過】PSL投与翌日よりPT開始。この時点でCRPは0.5であった。ADLは自立レベルであったが左手関節硬直，手指の伸展制限，握力低下により左上肢の使用は困難だった。また手指の伸展制限は症例にとってコスメティックな面でも重要な問題であった。これらから，ゴールを左手関節から手指の伸展可動域の拡大と握力増強とした。前腕屈筋群に対して，柔軟性促進目的で超音波または低周波，ストレッチングを行い，併せて等尺性収縮を中心とした筋力増強訓練も行なった。この際，炎症値などのデータを見合わせながら徐々に回数，負荷ともに増大した。血液検査値などは順調に回復，PSLも漸減し2001年1月20日に退院した。この間（実質12日間）PTを施行，手指の可動域が改善した程度であった。そのため2週に1回の頻度で外来へ繋げた。その後徐々に手関節可動域拡大，握力増強しADL上左上肢の使用頻度も増えた。9月から復職，趣味のトレーニング量も発症前に戻り2002年1月18日でPT終了とした。

【考察】本来筋膜炎は筋収縮の調節を統合する役目があるとされているが，EFでは筋膜炎が肥厚することで筋収縮，弛緩が困難となり関節拘縮に発展すると考えられる。症状から筋肉痛とされ発見が遅れる場合もある。PSLにより炎症や好酸球数は早急に改善するが，拘縮が長期に及ぶと保存的にも観血的にも改善に困難を要し，PTも外来長期フォローの必要性が生じる。EFの予後には，早期発見とPTを含む早期治療が重要と考えられた。

## ■代謝疾患

74

## Gaucher病に両側肩手症候群を合併した一症例

佐々木嘉光<sup>1)</sup>・齋藤慎也<sup>1)</sup>・北川琢也<sup>1)</sup>・本田さやか<sup>1)</sup>  
美津島 隆 (MD)<sup>2)</sup>1) 協立十全病院リハビリテーション科  
2) 浜松医科大学リハビリテーション部

## key words

Gaucher病・肩手症候群・痛み

【はじめに】両側肩手症候群を合併したGaucher病患者に対し，約8ヶ月間理学療法を実施した結果，機能の改善が得られ，ADL能力が改善した。今回，若干の考察を加え報告する。

【症例紹介】38歳男性。左利き。＜現病歴＞6歳：Gaucher病と診断され，脾臓摘出術施行。15歳：肝腫脹出現し薬物治療開始。32歳：両股関節痛出現。両側大腿骨頭壊死と診断。35歳：右人工骨頭置換術施行。平成13年8月：てんかん発作出現し，フェノバルビタール服用開始。9月：右上肢痛出現し，両肩・手指運動制限出現。両側肩手症候群と診断され，他院でリハビリ開始。12月：Gaucher病に対し，酵素治療を開始。平成14年3月：リハビリの効果上がらず，当院整形外科受診。理学療法及び作業療法開始となる。本症例は平成13年8月までは，福祉工場にてクリーニングの仕事を行っていた。

【初期評価】意識清明。発話やや緩慢。MMTは両上下肢4から5。握力は右1.5kg，左2.5kg。四肢各関節にROM制限あり。両肩・手関節，左股・膝関節に運動時痛あり。両手・手指に浮腫・熱感・筋萎縮あり。%肺活量60.2%，1秒率13.5%。10m歩行15.3秒。ADLはBarthel indexで80点（減点項目：トイレ，更衣，入浴動作）。X-P上，左股関節に変形像，肩・手に骨萎縮あり。なお脳神経検査，筋緊張，協調運動機能，感覚検査，反射検査において異常はみられなかった。

【経過】肩手症候群の症状緩和を主目的として，週5回，約8ヶ月間訓練を実施した。内容は，両手に対する交代浴，愛護的なROM訓練，筋力強化訓練を選択した。結果，ROMに大きな変化はみられなかったが，両上肢の運動時痛・両手の浮腫・熱感が改善し，握力が増加した（右8kg，左8kg）。上肢機能が改善した結果，更衣・トイレ動作等の上肢を用いるADL動作能力の向上がみられた。

【考察】Gaucher病は脂質分解酵素の先天的欠損の結果脂質代謝異常をきたし，脂質が各種臓器に蓄積する稀な疾患である。骨への脂質の浸潤もみられ，骨変形がみられるとされている。本症例における肩手症候群の発生起序としては，Gaucher病に伴う骨変形により肩・手関節に運動制限を生じ，筋ポンプ作用の低下による循環障害が発生したことが考えられる。また，フェノバルビタールの副作用として両側肩手症候群があげられており，これが関与している可能性もある。Gaucher病による骨変形と肩手症候群により著明な運動時痛が生じ，訓練の進行を妨げる阻害因子となった。痛みを増悪させないよう愛護的に訓練を実施した結果，約1ヵ月後には上肢の運動時痛は軽減した。しかしその後，左股関節の運動時痛の増強に伴い，両上肢の運動時痛も増悪した。これはGaucher病の再燃により各関節に炎症反応が生じたためであろうと思われる。痛みにより訓練は難渋したが，愛護的に訓練を継続した結果，両上肢の運動時痛は徐々に改善し，それに伴い上肢の運動機能にも改善がみられ，ADL能力が向上した。