

図 23. 足部の過剰骨

a : 三角骨
 b : 有痛性外脛骨 (Veitch 分類 type II)
 c, d : 炎症を起こしている部位が症例によって異なる。c では舟状骨(☆)と外脛骨(*)の間に炎症に伴う血流増加がみられ、d では後脛骨筋腱(矢印)と外脛骨(*)との間に血流増加がみられる。



骨内側の成長障害をきたす可能性が示唆されている。

足関節・足部

歩く、走る、ジャンプする、これら日常生活やスポーツ活動において、足部はまずはじめにストレスがかかる部位である。したがって、成長期の骨軟骨障害だけでなく、捻挫等の外傷も多くみられる。

1. 過剰骨障害

足関節および足部では過剰骨障害がみられるこ

とが多い。三角骨障害、有痛性外脛骨障害、os subfibulare, os subtibiare, os peroneum などがある。一般的な X 線撮影法で容易に存在は確認できるが、過剰骨があっても疼痛がなければ問題になることは少なく、臨床症状も含めてみていく必要がある。

三角骨の骨端核は 8~11 歳頃に出現し、距骨と癒合していく。この段階で癒合不全をきたしたものが過剰骨になると考えられているが(図 23-a)、いったん完成した距骨後方突起の外側部が骨折をきたし、偽関節になったものも存在する。

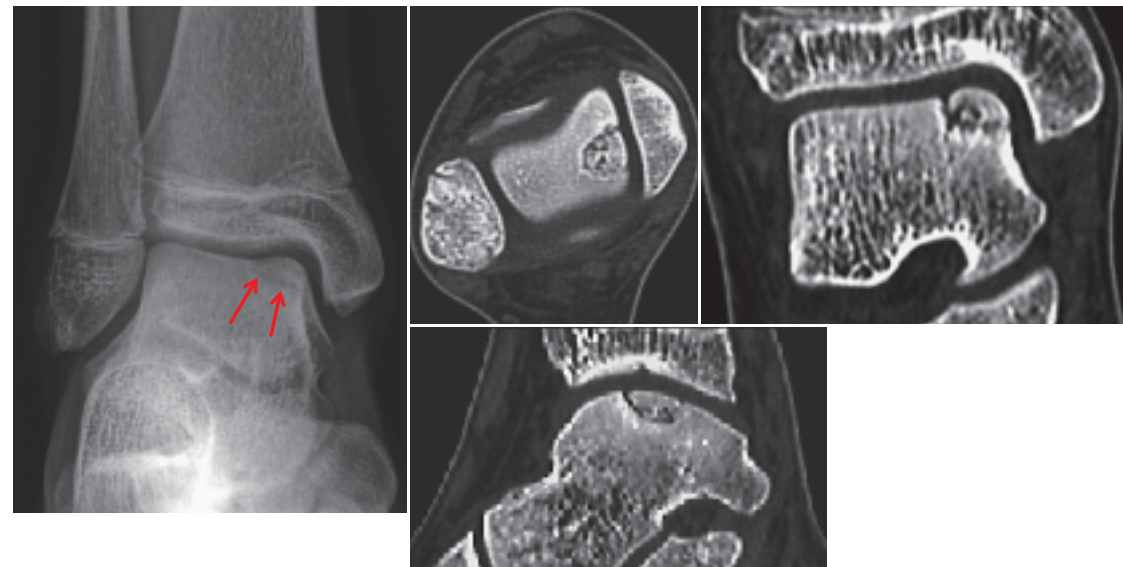
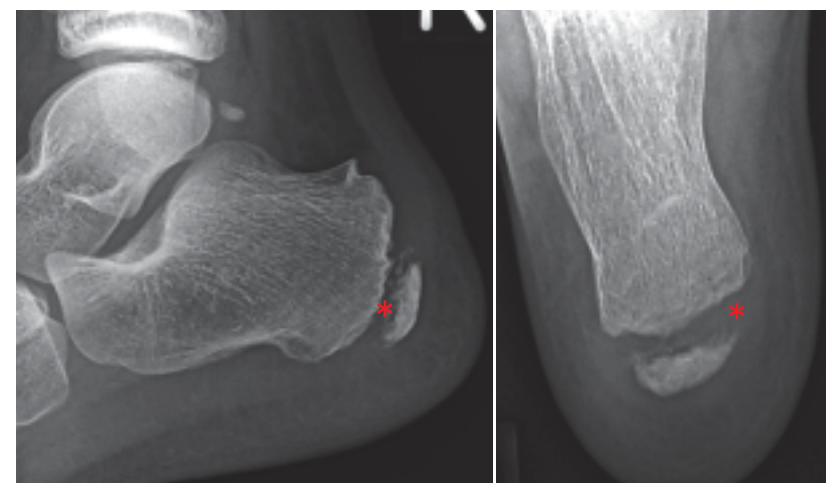


図 24. 距骨骨軟骨損傷
 距骨滑車内側に病巣を認める(矢印)。CT で詳細な評価が可能である。

図 25.

踵骨骨端炎
 踵骨骨端核に分節像、透亮像を認めることもあるが、必ずしも症状と一致しない。骨端線に沿って内側からの圧痛を認めることが多い(*)。



外脛骨は Veitch によって 3 つに分類されている。主に有痛性となるのは type II とされている(図 23-b)。超音波エコーのドプラモードで見ると、舟状骨と外脛骨の間で炎症による血流が増加しているもの(図 23-c)、後脛骨筋腱と外脛骨の間で血流が増加しているもの(図 23-d)など、病態の違いが確認できる。

2. 距骨骨軟骨損傷

これまで外傷歴の有無から距骨骨軟骨骨折と離断性骨軟骨炎に分けられていたが、離断性骨軟骨炎も反復性の微小“外傷”が要因の 1 つであると考えられていることから、近年では総じて距骨骨

軟骨損傷と呼ばれている¹¹⁾。一般に内側が多いとされる。進行すれば単純 X 線で診断は容易だが、初期の病変が小さい場合は CT や MRI が有用である(図 24)。

3. 内反捻挫に伴う損傷

内反方向に強い外力が加わった場合、成長期には成人と異なった部位に損傷をきたすことがある。1 つは外果骨端線の損傷であり、必ず左右を比較して開大していないかどうかを確認する必要がある。また、単純 X 線では確認が困難なことも多いが、超音波エコーでは多くの症例に裂離骨折が認められる。