

大転子部褥創の危険性

大転子部に褥創が発症した場合、早期であれば真皮層が保たれており比較的速く治癒させることができます。しかし、皮膚も壊死に陥った場合直下に筋膜がありその筋膜が生きているのかすでに壊死しているのかの判定は難しいことがあります。特に湿潤環境で治療した場合に判断が難しくなります。筋膜壊死に気付かず筋膜切開や切除をしないと、筋膜下に感染が広まり重篤な感染症を併発することがあります。

大転子部褥創にはこのような特徴があることを知って治療することで、危険を回避することができます。今回は実際に大転子部の治療の難しさを実感した例を提示いたします。

大転子部の解剖

大転子部には皮膚の下の皮下脂肪層の直下に大腿筋膜張筋や大殿筋の筋膜があり、その下には滑液包が広がっています。そして滑液包を介して中殿筋や大腿方形筋の筋膜が認められます。このように大転子部は筋膜が皮膚の直下で重なりあった構造になっています。皮下脂肪も薄く筋肉組織のようなクッションもほとんどありません。このような構造のため、皮膚や皮下脂肪が壊死した場合、創面には白色ないし黄色の筋膜が露出してきます。この筋膜が壊死した場合には、外部と遮断された閉鎖空間の筋膜の下で壊死が進行し、ここに細菌感染がおこれば極めて危険な状態になることが理解できると思います。

筋膜が壊死に陥っても筋膜線維は自己融解しにくく筋膜下の炎症反応も皮膚まで及びにくくなります。したがって、大転子部の筋膜下の感染はかなり広範囲にしかもひどい感染状態にならないと皮膚表面に及びません。

つまり、筋膜下に広範囲の蜂窩織炎となって初めて気付くこととなります。時にガス壊疽を発症します。

症例提示

症例は 82 歳女性で脳梗塞後遺症で寝たきりになった方です。強い円背と下肢の屈曲拘縮がありそのために体位交換時には完全な側臥位になってしまうことから右大転子部に褥創が発症しました。大転子部の褥創には危険性があるため、壊死組織を除去後はイソジンシュガーを用いた閉鎖療法を行い毎日ドレッシング交換をしました。

1 週間後には下の写真のように褥創周囲皮膚に感染徴候が無くなったため、ハイドロコロイドドレッシング材を中心とした治療に切り替えました。



この時写真に示すように、白色の壊死組織がみられます。この部は腱膜に相当する壊死組織だと思います。

さらに 3 ヶ月間同様に治療を行っていったところ、肉芽の増生及び創周囲からの表皮化が進み、2mm 位の小さな白色の壊死組織を認めるのみとなりました。創周囲の皮膚には発赤や腫脹・熱感といった炎症徴候は認めません。しかし、ゾンデで探ってみると下の写真（左）のように深さ 35mm に及ぶポケットを形成していました。

電気メスにて切開切除してみると、下の写真（右）のように内部に筋膜と筋膜下の壊死を認めました。



この筋膜壊死の除去には大変時間がかかり、当初イソジンシュガーを使いましたがむしろ壊死組織が増悪したため、ハイドロコロイドドレッシング材を用い、さらにエレース末による壊死組織の化学的デブリードメントを行うことで、この3ヶ月後、下の写真のようによく壊死をなくすことができました。



この例では、もちろん栄養状態があまり良くなかったことや、圧迫除去が必ずしも完璧でなかった要因はありますが、写真で見えるように肉芽形成や表皮化する治癒力があつたことも確かです。このように大転子部の褥創において一見大変良く治っているようであっても、筋膜の壊死が存在する場合は、その下にさらに広範囲な筋膜壊死の存在を疑って治療する必要があります。

大転子部の褥創で筋膜壊死がある場合、筋膜下で感染の拡大の危険があることと、たとえ感染を押さえることができても褥創は治癒にいたらないことから、早期に筋膜の切開・切除が必要です。しかし、筋膜の壊死の肉眼診断は難しく、なかなか切開・切除に踏み切れないのが実状です。

さらに、筋膜下の感染はいわゆる「化膿の4徴」が出にくく、感染を早期に知ることも難しいという特徴をもつことから、大転子部の褥創は大変危険であることを知っておく必要があります。