

초음파를 이용한 손목굴증후군의 원인 감별

건국대학교 의학전문대학원 내과학교실 류마티스내과¹, 신경과학교실²

김 해 립¹ · 오 지 영² · 이 상 현¹

Differential Diagnosis for the Cause of Carpal Tunnel Syndrome Using Musculoskeletal Ultrasound

Hae-Rim Kim¹, Jeeyoung Oh², Sang-Heon Lee¹

*Division of Rheumatology, Department of Internal Medicine¹,
Department of Neurology², Konkuk University School of Medicine, Seoul, Korea*

증 례

환 자: 78세 여자

주 소: 1년간의 왼손 저림

현병력: 1년 전부터 시작된 왼쪽 1~3번째 손가락 저림으로 타병원에서 경구약제 투여 받았으나 밤에 잠을 못 잘 정도로 통증과 저림이 더 심해져 내원하였다.

과거력: 특이소견 없었다.

이학적 소견: 좌측 손의 티넬 징후 및 팔렌씨 징후가 양성하였고, 엄지두덩의 근위축이 관찰되었다. 손목 관절의 종창, 압통이나 관절운동 제한 등은 관찰되지 않았다.

검사실 소견: 혈액 검사상 이상소견 없었으며, 신경전도 검사상 손목 부분의 좌측 정중신경의 종말잠시(terminal latency)가 지연되어 있었다.

방사선 소견: 초음파(7~15 MHz transducer, EnVisor, Phillips Medical Systems, Bothell, WA, USA)상 손목굴 내부에 12×6 mm 크기의 고에코성 타원형 종괴가 관찰되었고, 이 종괴에 의해 정중신경이 압박되었다(그림 1). 자기공명영상 결과 손목굴 내 12×12×6 mm 크기의 타원형 석회성 병변이 조영 증강된 정중신경을 압박하고 있었고, 손목굴 내부의 굽힘 힘줄의 조영 증강 및 손목굴 입구의 정중 신경에는 종창이 관찰되었다(그림 2).

진 단: 석회성 건염에 동반된 석회화 침착 종괴에 의한 손목굴증후군으로 진단하였다.

치료 및 경과: 환자가 고령임을 이유로 수술적 제거를 거부하여 대증적인 약물 투여 중이다.

고 찰

손목굴증후군의 진단에 있어 증상이나 진찰 등 임

<접수일 : 2010년 6월 16일, 심사통과일 : 2010년 12월 10일>

※통신저자 : 이 상 현

서울시 광진구 화양동 4-12

건국대학교 의학전문대학원 내과학교실 류마티스내과

Tel : 02) 2030-7541, Fax : 02) 2030-7748, E-mail : shlee@kuh.ac.kr

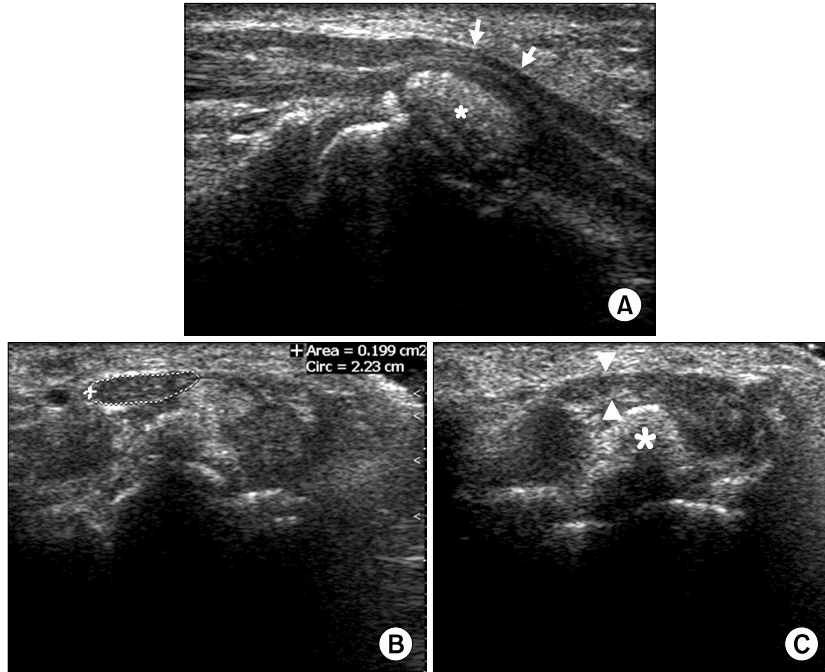


Fig. 1. Ultrasonography shows (A) 12×6 mm sized oval shaped hyperechoic mass (*) in the carpal tunnel compressing the median nerve (arrows) in longitudinal scan, (B) increased cross-sectional area of medial nerve in the tunnel inlet, and (C) the flattening of median nerve (arrow heads) near the hyperechoic mass (*) in mid-tunnel in transverse scans.



Fig. 2. (A) Sagittal fast spin echo (FSE) T2 weighted magnetic resonance image shows 12×12×6 mm sized oval shaped calcific deposition in the carpal tunnel (*), and (B) axial FSE T2 weighted magnetic resonance image shows diffuse swelling and enhancement of median nerve (arrow).