

緒 言

児島忠雄

埼玉成恵会病院・埼玉手の外科研究所所長

de Quervain 病は日常の外来診療で比較的多くみられる疾患である。その病態、治療法について、最近、いくつかの進歩がみられている。ばね指と同様に、いまだに適切な診断、治療が普及していない疾患でもある。本誌が誌上シンポジウムとして、本疾患をとりあげたことは時宜にかなったものといえよう。

de Quervain はノーベル賞を受賞した Kocher 教授の指導のもとで、母指基部の橈骨遠位端部の疼痛を訴える疾患を“Ueber eine Form von chronischer Tendovaginitis”と題し、1895 年に報告した。その後、1911 年、さらに 1912 年に症状、病理組織学的所見、治療法について総説的に述べた。de Quervain の論文はドイツ語で書かれていたため、英米系の人々には読まれる機会が少なかったのであろう。1997 年、Illgen らは整形外科の歴史を紹介するため、de Quervain の論文を翻訳して、報告した。その始めの abstract の中で、Dr. Kocher が初めて記載し、最初の外科的治療を行ったのであるから、“de Quervain’s tenosynovitis”の語は misnomer であると記載した。しかしながら、de Quervain は論文の中で Kocher 教授から機会を与えられて、1894 年、第 1 例の手術を行ったと述べ、そして、自身が勤務する La Chaux-de-Fonds で 1895 年、第 2 例目の手術を行い、保存的治療を行った 3 例とともに報告した。論文のなかで、病態、手術方法について、Kocher 教授から文通で賛意を得、Kocher 教授がこの疾患を fibröse, stenosierende Tendovaginitis と名付けたと記載している。このような経緯からみて、de Quervain 病の名称が misnomer であるとするのは正しくないであろう。なお、de Quervain の生い立ち、研究歴、業績に関しては、Ahuja らが詳細に記載しているので興味のある方のご一読をお薦めしたい。

1930 年、Finkelstein は文献的考察にはじまり、原因、解剖、病理、動物実験、症候学、治療、予後、24 例の詳細な記載からなる論文を報告した。その中で、その後、Finkelstein テストとして知られるようになったテスト法を述べた。以後、このテストは広く行われているが、1992 年、Elliott は本テストが誤って記載され、正しく行われていないことを指摘した。そして、論文を引用するときには“quoting a quote”でなく、原文全体を読むことが重要であることを述べた。Elliott が指摘した Leao の論文以前にも間違った記載の論文がみられる。本邦においても Finkelstein テストについて正しく記載された論文、成書は少ない。これまで Finkelstein テストに代わるいくつかのテストが報告されているが、いずれも Finkelstein の原著の正しい引用がみられない。本テストで重要なことは患者の母指を握って、手を尺屈させる操作である。2003 年に Brunelli が発表した論文においても、この母指を握ることが記載されていない。

テストによる疼痛誘発の起序は、罹患腱の牽引あるいは圧迫である。Eichhoff, Finkelstein, 岩原・野末、麻生のテストは牽引、Brunelli のテストは圧迫が主なメカ

ニズムである。主な病因は臨床所見、手術所見、解剖学的検索に基づいて、今日では短母指伸筋腱(以下 EPB 腱)であると考えられている。しかし、長母指外転筋腱(以下 APL 腱)にも病変がある場合があることも全く否定できない。筆者は、Finkelstein テストは EPB 腱の伸延テストであると考えてきた。2002 年、Alexander らは the EPB entrapment test を提唱しているが、Finkelstein テストについては述べられておらず、論文は引用されていない。最近、Kutsumi らは新鮮屍体を用いての biomechanical analysis の結果から、Finkelstein テストは EPB 腱のテストであることを証明した。

治療として、初めは手術的治療やスプリント固定が用いられていたが、1950 年代よりステロイドの注射が行われるようになった。ステロイドとして、初めはヒドロコルチゾン、つづいてデキサメサゾンなどが用いられたが、トリアムシロンが使用されるようになって治療成績が向上した。しかし、注射治療が奏効しない症例、再発する症例は手術療法の適応とされ、手術で EPB 腱と APL 腱との間の隔壁の存在が確認されてきた。EPB 腱、APL 腱がそれぞれ別の腱鞘を有し、隔壁が存在することは、古くは Finkelstein が記載しており、その後、多くの報告がある。主病因が EPB 腱にあると考えられることから、EPB 腱鞘内への選択的注入が行われるようになった。Zingas らは造影剤を用いた検討から、隔離された EPB 腱は細く、深部に位置するため、注入は難しいが、疼痛緩解のためには EPB 腱鞘内への正確な注入が必要であるとし、注射針の刺入位置の検討が必要であることを述べた。しかしながら、解剖学位置を考慮しながら、腱のレリーフを視診、触診で確認すれば選択的注入は決して難しいものではない。筆者はトリアムシロン 1 ml (4 mg)、局麻剤 4 ml の計 5 ml をツベルクリン用注射筒に混入し、30 ゲージ針を用いて注入している。注入剤の用量については、報告によって多寡があるが、この程度の量で十分と考えている。確実に注入されれば 30 秒～1 分以内に疼痛は消失し、Finkelstein テストは陰性となる。経過の短い症例は 1 回、長い症例でも 1～2 回の注射で治癒する。再発する症例は隔壁が存在するとみてよい。筆者は来院時に超音波エコー検査を行い、隔壁が認められた時は再発の可能性と手術の必要性を説明している。再発した場合は手術を薦め、患者の希望があれば手術を行っている。手術は術前に APL 腱鞘に圧痛がなければ、Yuasa らが述べるように、EPB 腱鞘の切離のみでよいと考えている。手術は皮膚のしわに沿う 1.5 cm 以内の皮切で十分である。なお、今日までの治療についての文献的検討からみても、日常生活に支障を来すスプリント療法は必要でないと思う。