

骨盤出口部における坐骨神経障害（梨状筋症候群）について

平成 22 年 9 月 17 日 舘 利幸

【はじめに】

梨状筋症候群は、広く知られた疾患名であるが、その病態は一致した見解がない。狭義の意味では、梨状筋自体が原因となる圧迫性坐骨神経障害であるが、臨床では、骨盤出口部での圧迫性坐骨神経障害の総称として、「梨状筋症候群」が用いられている。川谷らは、その原因は梨状筋のみならず多彩であるという観点から、「骨盤出口症候群」と総称している。

症状からみた梨状筋症候群は、坐骨神経痛を生じる他の疾患との鑑別の際には念頭におく必要がある。

今回、梨状筋症候群の一般的な事項について文献を用い報告する。

【梨状筋症候群とは】

1928 年 Yoeman により、仙腸関節や梨状筋周囲の炎症による坐骨神経障害例が初めて報告され、梨状筋症候群という名称は 1947 年 Robinson によって梨状筋の異常状態により起こる坐骨神経障害に対して最初に用いられた。以後様々な症例が報告されている。

梨状筋症候群とは、坐骨神経が骨盤出口部で、何らかの原因により圧迫や刺激を受けて、疼痛が惹起されている状態と定義される。しかし、双子筋や内閉鎖筋が坐骨神経の絞扼の原因であるという報告や、人工股関節置換術後の発生の報告、転位性腫瘍、ガングリオンなど、様々な原因が報告されている。

【病態】

・ 解剖学的変異との関連

一般的には坐骨神経は梨状筋の下から臀部に現れ下降するが、坐骨神経と梨状筋の位置関係はかなりの変異が存在する。Beaton は坐骨神経と梨状筋との解剖学的関係を 6 タイプに分類し、その頻度について報告している。

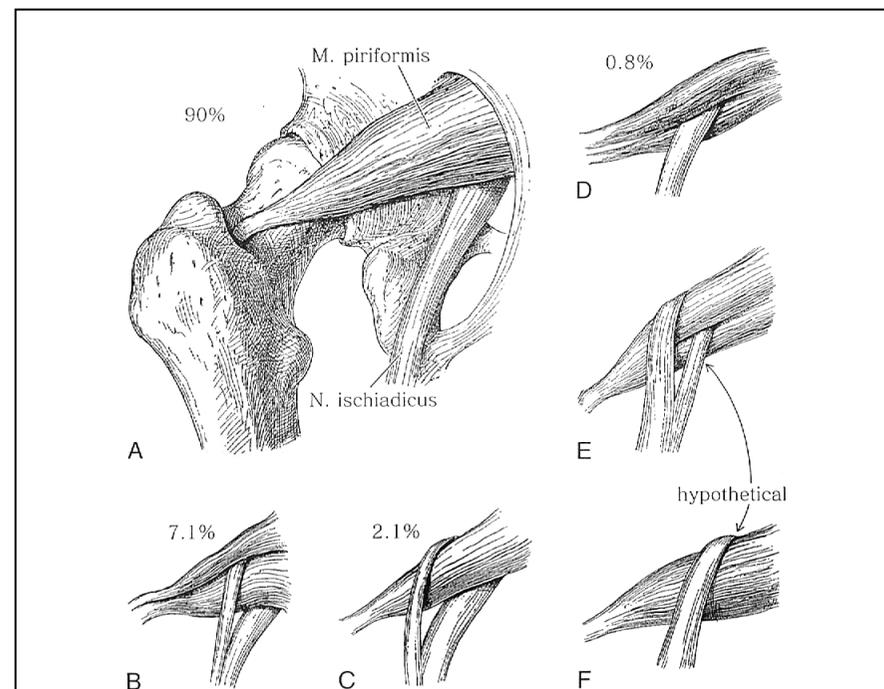


図 1 梨状筋と坐骨神経との関係²⁰⁾

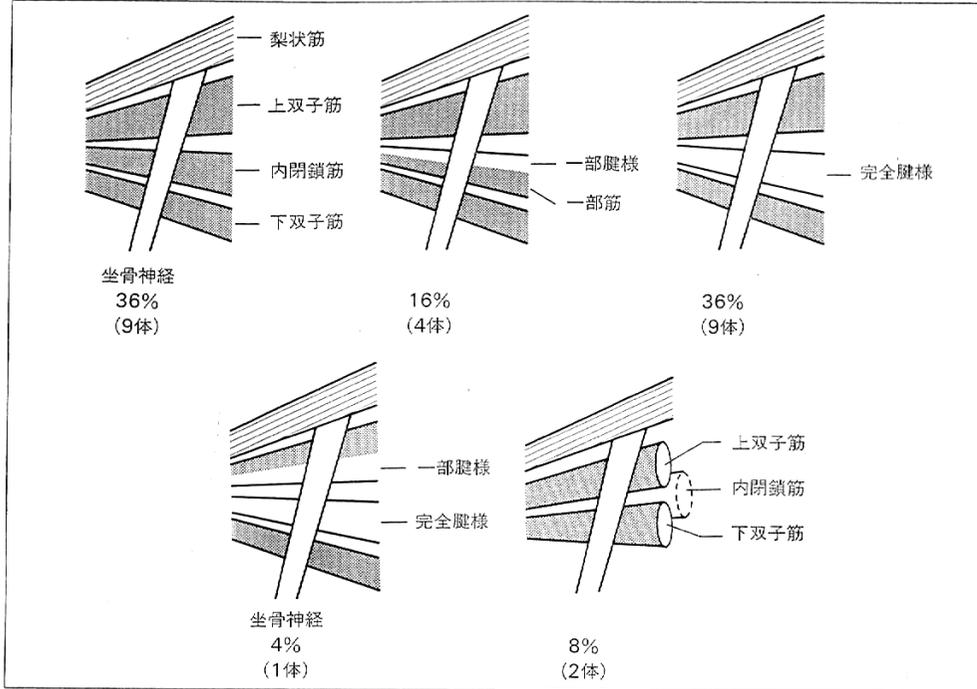
120 例 240 側の解剖から、梨状筋と坐骨神経との関係を A～F の 6 型に分類している。坐骨神経の分枝はなく、梨状筋の直下を走行している A 型は 216 例 (90%) に、坐骨神経が 2 つに分枝していて頭側の坐骨神経が梨状筋を貫通している B 型は 17 例 (7.1%) に、坐骨神経が 2 つに分枝していて梨状筋が分枝した坐骨神経の間を通っている C 型は 5 例 (2.1%) に、分枝しない坐骨神経が梨状筋を貫通している D 型は 2 例 (0.8%) に認められる。E 型と F 型は、理論上の分類であり、1 例も見いだすことはできなかったとしている。

・ 神経絞扼部位

炎症を起こした梨状筋と骨性骨盤間は、第一に絞扼の可能性が考えられる部位である。坐骨神経が梨状筋を貫通する際には、梨状筋内での絞扼も生じる。

その他に、坐骨神経が骨盤出口部で絞扼する原因としては、梨状筋だけでなく、双子筋や内閉鎖筋の肥大や腱性化、腫瘍による骨性隆起、ガングリオンや腫瘍による坐骨神経の増大による骨盤出口部の相対的な狭小化などが考えられる。また、外傷や周囲組織の炎症による坐骨神経周囲の癒着もその原因として考えられる。

坐骨神経と上双子筋および内閉鎖筋との解剖学的関係



14体、56%に種々の程度の内閉鎖筋や上双子筋の腱様組織を認めた。

<文献1) 川谷らの報告より>

【症状】

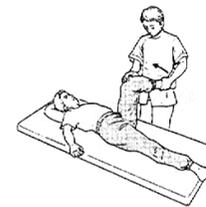
・ 臨床症状

Robinson は、梨状筋症候群の特徴的所見として、「仙腸関節あるいは臀部の外傷の既往」と 5 つの特徴的臨床症状を示している。特徴的な臨床症状として、①腰をかがめたり物を持ち上げた際の急な症状の悪化、牽引による症状の軽減、②仙腸関節、大坐骨切痕、梨状筋領域の圧痛と下肢への放散痛、そして歩行障害、③圧痛のある、ソーセージのように腫大した梨状筋、④ラセーグ徴候陽性、⑤殿筋の萎縮、をあげた。①、②に相当する症状誘発肢位での急な症状の発現と寛解、局所の圧痛は常に存在する症状であるが、③～⑤の症状あるいは神経障害はあつたりなかつたりで一様でない。その他に、硬いものの上に座れない、あるいは患側の臀部を浮かして座る所見はこの疾患に特徴的な症状である。

しかし、梨状筋症候群の病因や病態は明らかとはいえず、確立した診断基準がないため腰椎病変などの除外診断に頼るしかない。

・ 理学所見

梨状筋は股関節を外転、外旋させ、歩行時には屈曲筋として働く。股関節を他動的に屈曲・内旋させ、同筋を他動的に伸長させることによって症状の誘発をみる **Freiberg test** や、股関節を自動的に外転、外旋させるときに抵抗を加え、症状の誘発をみる **Pace test** は本症候群に感受性の高い検査方法である。



Freiberg test



Pace test

【治療】

・ 保存的治療

本症候群は消炎鎮痛剤の投与や経過観察のみで多くの場合自然治癒する。梨状筋のストレッチが保存的治療として有効であるとの報告や、梨状筋内への少量のステロイドとリドカインの注入が有効であったと報告されている。

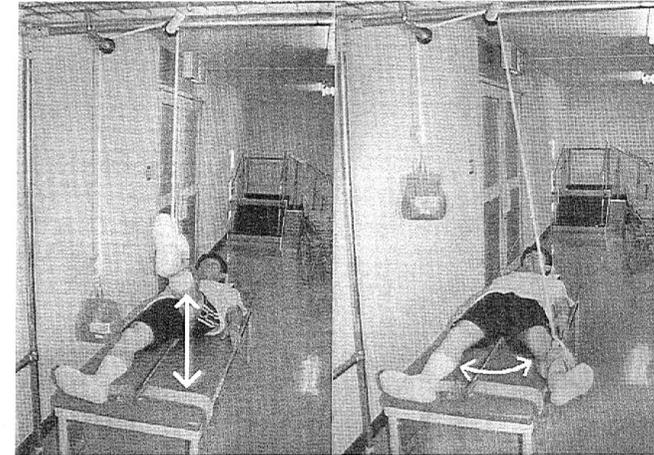
・ 外科的治療

保存的治療が無効な場合には、外科的治療が考慮される。梨状筋自体が原因となる狭義の梨状筋症候群の場合には、梨状筋の停止部で切離して、坐骨神経に影響を及ぼさない範囲まで切除する手技が一般的である。また、病態に応じて上双子筋などの腱様部が原因であると考えられる場合にはその切除を行なう。

<松本らの運動療法の紹介>³⁾

梨状筋症候群における手術療法は、坐骨神経の除圧、癒着の剥離および坐骨神経の移動性の獲得を目的としている。松本らの考える治療法は、手術療法と同様の効果を、運動療法にて達成することであり、坐骨神経の除圧を目的として、深層外旋六筋のリラクゼーション・股関節内・外旋の可動域練習、坐骨神経の移動性の獲得と癒着の剥離を期待して SLR 角の改善を行なっている。

1、深層外旋六筋のリラクゼーション



治療方法1

背臥位で、滑車を介し2～3kg程度の重りを足関節付近に負荷する。安楽な股関節の回旋角度で、痛みを伴わない程度の屈曲-伸展・外転-内転運動を、ごく弱い求心性筋収縮で反復して行わせる。

2、股関節の等尺性収縮を用いた可動域練習後の他動伸張



治療方法2

梨状筋に対し、端座位で股関節90°屈曲位、膝関節90°屈曲位を開始肢位とし、股関節外旋を行わせ、作用方向に対し拮抗するように抵抗を与え等尺性収縮を引き出す。その他の外旋筋に対しては、股関節0°、膝関節90°屈曲位を開始肢位とし、等尺性運動を施行する。

【おわりに】

梨状筋症候群について、一般的な事項について報告した。梨状筋症候群は、症状が多彩であり、最終的な絞扼部位を確定するためにはブロック注射や手術療法など以外での病態の把握には限界があるが、下肢の神経症状を呈する腰椎椎間板ヘルニアなどの病態との鑑別には、知識の一つとして重要であると思われた。また、実際の臨床において、臀部の筋緊張を認める下肢症状を呈した症例や臀部マッサージにて下肢症状が軽減した症例を経験することがある。このような症例は、梨状筋症候群を呈していた可能性があると考えられた。

坐骨神経痛を呈する症例において、梨状筋症候群はまれであると報告されているが、症状の改善が乏しい症例などには、本症候群も視野にいれて梨状筋症候群に対するアプローチを治療および病態把握のために一度行なってみても良いのではないかと考えた。

【参考・引用文献】

- 1) 川谷義行ら：骨盤出口部における絞扼性坐骨神経障害（梨状筋症候群を含む）の診断と治療. 関節外科 21 (1) : 65-74, 2002
- 2) 大谷晃司ら：梨状筋症候群. 整・災外 51 (5) : 569-574, 2008
- 3) 松本正知ら：梨状筋に対する運動療法の試み. 理学療法学 30 (5) : 307-313, 2003
- 4) 遠藤将吾ら：梨状筋症候群 4 症例に対する保存的加療の治療成績. 脳神経外科速報 18 (11) : 1410-1415, 2008
- 5) 原田幹生ら：梨状筋症候群と診断し手術的治療を行った 63 例の検討. 整形外科 60 (5) : 413-417, 2009