

带状疱疹を疑う神経痛

東京慈恵会医科大学皮膚科講師

松尾光馬

(聞き手 池田志孝)

明らかに带状疱疹を疑う神経痛を訴えて来院された方が、発疹の出現を見ずに疼痛のみ続いて鎮痛剤のみ処方するケースがありますが、

1. これは、皮膚病変を伴わないヘルペスとみていいのか（他に何か検査方法はないのか）。
2. 予防的にこの段階でゾビラックス等を処方してよいのか。
ご教示ください。

<富山県勤務医>

池田 質問によりますと、明らかに带状疱疹を疑う神経痛、どのようなものかわかりませんが、そういった方が受診されて、皮疹の出現を見ずに疼痛のみ続いている場合、多くは消炎鎮痛剤のみ処方することになります。これは皮膚病変を伴わない带状疱疹とみていいのですかという質問ですけれども、そういったデータのようなものがありますか。

松尾 JHIFというヘルペス感染症フォーラムという研究会での2009年、コンセンサスミーティングでは、発疹がない時期での带状疱疹の診断についてという話題が出ています。そこでは、

発疹が見られず、片側の痛みのみの場合には、現時点で確実に診断する方法はないといわれています。

ただ、どのような痛みかということは参考になります。带状疱疹の場合には、いわゆる带状疱疹後神経痛といわれる、急性期が終わった後も長く続く痛みがあります。それは神経障害性疼痛といわれる神経の変性の痛みですが、初期にもそのような痛みが見られることがあります。そういった場合には带状疱疹の痛みをより疑うことになります。

池田 神経障害性疼痛というのはどのような性質のものなのでしょうか。

松尾 急性期の痛みと少し違い、一番特徴的なのはアロディニア、異痛症です。これは風が吹いても痛いとか、服が触れても痛いという表現をされます。あとは電気が走るようなとか、焼けるような、いわゆる火とか電気を連想させる痛みが特徴になることが多いといわれています。

池田 その場合の局所の感覚自体はどうなのでしょう。よく帯状疱疹の患者さんで知覚鈍麻も伴っていることもあるようなのですけれども。

松尾 知覚鈍麻であるとか知覚過敏、そういった感覚の変化も神経障害性疼痛の一つの特徴だと思います。

池田 通常の痛みよりも、何か変わった痛みということですね。それが長く続くということになりますか。

松尾 はい。

池田 そういった特徴的なものがあるればいいのですけれども、質問にもありますけれども、何か有用な検査はありますか。

松尾 そういった痛みが明らかでない場合に他の検査での診断は難しいと思います。抗体価の変動をみる場合、結果が出るまでに時間がかかり、すぐには診断できません。ただし、例えば眼部、三叉神経第一枝領域などの特定の部位であれば、目の擦過液であるとか涙液をPCRでDNAの増幅をし、診断することが有用であるといわれています。

池田 耳介部、ハント症候群が疑われる場合はどのあたりを検査するのでしょうか。

松尾 ハント症候群が疑われるような耳介部に痛みがある場合には、耳介の擦過液であるとか、あとは唾液のPCRも有用です。

池田 唾液でも可能ということですね。

松尾 はい、そうです。

池田 そういったところを擦過してPCRを行う、なかなか開業医の先生のレベルだと難しいということですね。

松尾 はい。

池田 実際にはなかなかそこまでできませんので、治療をするかしないか悩むということになるのですけれども、その点に関して、先ほどのJHIFでは何か具体的なデータを出しているのでしょうか。

松尾 帯状疱疹に関してのアンケート調査を、皮膚科医2,700人ぐらいに行っているのですけれども、発疹が出るまで様子を見るという先生と、発疹が出るのを待たずに処方するという先生がいらっしゃいます。大学病院ですと、6割ぐらいで発疹が出るまで待つというふうにおっしゃっています。発疹が出るのを待たずに開始するのは、大学だと3割ぐらい。ただ、診療所になりますと、そこまで患者さんに強く言うことができないということもあると思いますので、様子を見る先生が50%、

発疹が出るのを待たずに投与する先生は40%程度というアンケート結果があります。

池田 意外と、私から見ると、たくさんの方が処方してしまうということですね。

松尾 そうですね。

池田 この際の抗ウイルス薬の量ですが、皆さん、通常量を投与されているのでしょうか。

松尾 带状疱疹が疑われる場合には、ウイルスに効く量をしっかり投与する必要があります。ゾピラックス、バルトレックス、ファムビルとも带状疱疹に対する通常量を投与することになると思います。

池田 また初めの質問に戻るのですが、例えば経過観察をして、その後本当に带状疱疹の発疹が見られたかという、そういった報告等はありませんでしょうか。

松尾 以前に、海外の報告ですが、57人の片側性に痛みがある患者さんをプロスペクティブにみた検討があります。約1カ月経過をみているのですが、57名中2名に带状疱疹が見られています。案外少ない人数であったということがわかります。

池田 これは発疹が出現するかしないかで見ているわけですね。

松尾 そうです。

池田 2/57名ですから、ほかの55名は本当に带状疱疹でないかどうかは確

定はできないわけですね。

松尾 確定はできないと思います。ただし、他の報告で、带状疱疹の患者さんも含めたほかの病気で亡くなった患者さんを剖検してその神経節を見ますと、明らかに带状疱疹の既往があった方では神経の変性や血管炎などの所見がありますが、带状疱疹の既往がないという方でも、带状疱疹によって生じたような所見が神経に見られるということが報告されています。そうしますと、57名中の55名の方が本当に带状疱疹でなかったかというのは、発疹が出る出ないだけではなかなか判断ができないのではないかと考えます。

池田 逆にいうと、带状疱疹のウイルスはほぼ全身の神経節に隠れているにもかかわらず、部分的に症状が出るということにもつながっていくわけですね。

松尾 そうですね。

池田 例えば、带状疱疹になった方が亡くなられて、ほかの原因でも構いませんけれども、病理解剖をして実際に発疹があったところ以外の神経がどうなっているか、そういった報告はありますか。

松尾 そういう検討は難しいのですが、ほかの領域においても神経の変性がみられたという報告はあると思います。

池田 では、なぜ一部に带状疱疹が出て、ほかの神経にウイルスが隠れて

いるにもかかわらず出てこないのか、そういうことに関する知見というのはどうなのでしょう。

松尾 基本的に水痘・带状疱疹ウイルスは、すべての神経節に潜伏しています。ただ、带状疱疹が出やすい場所というのは、水痘での発疹が重篤な部位、そうすると潜伏するウイルス量が多くなりますので、そういった場所は带状疱疹が出やすいといわれています。また、その場所に対して外的な刺激、例えばヘルニアであるとか、骨折をしたとか、手術をしたとか、そういったことが重なるとウイルスが再活性化することもあると考えられます。

池田 覚えていらっしゃるかどうかわかりませんが、患者さんで小さいころに水痘の発疹が強かった場所はどこですかというのは、瘢痕がもし見えれば、ある程度いえるのでしょうか。そういった所見から推察されるのでしょうか。

松尾 带状疱疹は三叉神経第一枝領域、軀幹に多くみられますが、それは水痘の皮疹が多い場所と重なることからの結論だと思います。

池田 逆に、水痘に罹患して神経に潜伏する場合は、逆行性といえますか、神経の末端から中枢に向かってウイルスが侵入していくということなのでしょう。

松尾 そうです。

池田 上気道かどうかわかりませんが、どこか感染して、全身散布したあと、逆行性に潜伏する。そして、散布されたところのウイルス量が多ければ潜伏するウイルス量も多くなる、そういうかたちで考えてよろしいですね。

松尾 はい。そういうふうに考えています。

池田 神経障害性疼痛を起こすほどの障害には、ある程度のウイルス量が必要ということもあるのでしょうか。

松尾 はい。ある程度のウイルス量は必要だと思います。皮疹が重篤であればあるほど、神経障害性疼痛を起こす頻度は上がりますので。逆にこのような痛みがあればウイルス量は多いと考えられます。

池田 そういうことであれば、必然的に最終的に皮膚に到達して水疱を生じる確率は高くなるのだらうと。

松尾 そうだと思います。

池田 なかなか発疹が出ない場合には難しい話になりますね。コンセンサスマーケティングでは最終的な結論は得られていないということでもよろしいですね。

松尾 発疹がない带状疱疹に関しては、今のところ、発疹が出るまで待つということと、痛みの性状を見て判断するしかない結論づけられています。

池田 ありがとうございます。