

難治性頭痛の鑑別・治療

獨協医科大学神経内科教授

平田 幸一

(聞き手 池脇克則)

難治性頭痛の鑑別・治療につきご教示ください。

<東京都勤務医>

池脇 平田先生、頭痛は、common disease というか、訴えとしては非常に多いので、読者の先生方もそれに対してはよく対処されていると思うのですが、そもそも難治性というのがどういう基準なのか、そのあたりから教えてください。

平田 難治性頭痛となる原因としては、一次性頭痛、機能性の頭痛が根本にあることが多いのです。いわゆるクモ膜下出血に代表されるような二次性の頭痛というのは難治性頭痛にはほとんどならないと言って過言ではないと思います。では、基本となる一次性頭痛のどこに分類されるものが基本になっているかということ、やはり大きくは片頭痛、緊張型頭痛の2つに分けられると思います。

池脇 一般的には片頭痛と緊張型の頭痛というのは症状も違うというふう

に私自身は理解しているのですが、難治性ということになってくると境界線ははっきりしなくなってくるのでしょうか。

平田 いわゆる緊張型で難治性ものを慢性緊張型頭痛として分類されている方が多いと思うのですが、純粋なかたちの慢性緊張型頭痛というのはある程度高齢者に多いのです。それは非常にわかりやすいといえわかりやすいのです。一方、片頭痛は始まりは非常にきれいなかたちで、月に3~4回で、長くても3日で、寝込んでしまうのだけでも薬が効くというタイプの場合は非常に診断がしやすいです。

しかしながら、いろいろなストレスとか、あるいは仕事の関連、あるいは学生さんでしたら勉強ということがいろいろな誘因として、頭痛発作を繰り返し起こしたり、あるいは重畳させる

ような状況が起きるわけです。そうしますと難しいのは、片頭痛なのだけでも、片頭痛の特徴である悪心・嘔吐とか、あるいは動くとき辛いか、そういう典型的な症状が隠れてきて、緊張型としか分類できないような頭痛も混ざってきてしまうのです。そうすると、これは片頭痛なのか、緊張型頭痛なのか、非常にわかりづらくなって、治療法の選択が難しいという状況になってしまうわけです。

池脇 確認ですけれども、いわゆる典型的な片頭痛の方が難治性になると緊張型とあまり変わらないような症状になるというのは、そういうふうに片頭痛が変化していくのか、あるいは緊張型の要素がそこに加わってそうなるのか、考え方はどちらなのでしょう。

平田 一般的には先生がおっしゃられた前者です。変容性片頭痛、英語で言ったほうがわかりやすいのですけれども、transformed migraineという考え方があって、診断の根拠の基本にそういう考え方があるとちゃんと記載されているのです。ですから、さっき言った典型的な片頭痛のかたちが変わってしまう。

さっきいろいろなかたちのストレスというお話をしましたけれども、非常に大きな問題なのは、薬物の使い過ぎということもあります。市販薬がすべて悪いというわけではありませんが、お仕事あるいは勉強がたいへんなため

に、薬をのめばその場はしのげるという感覚が患者さんにはあります。それが1週間に1回だった服用が3回になり、あるいは毎日ということになってしまって、薬が離せなくなるタイプ、これは将来言い方が変わるかもしれませんが、これも薬物乱用性頭痛といわれていて、これは慢性の片頭痛であっても、慢性の緊張型頭痛であっても、どちらも薬物乱用が基本にある場合は、並列の診断名として薬物乱用性頭痛というものも併記しなければいけないという規則になっていますので、それが病態生理の一因になっていることは明らかだと思います。

池脇 治療に関してうかがいたいのですけれども、おそらく薬物依存性、乱用性の場合には、その薬物に関しての介入ということになると思うのですけれども、いわゆる片頭痛での難治性という場合はどのようにして対処していくのでしょうか。

平田 非常に重要なご質問ですが、例えば1カ月に15日、片頭痛がある人で、片頭痛のトリプタン製剤などを飲んで必ず効くという人は、それが例えば慢性片頭痛という区分けに入っても、別にそれでいいではないかという考え方が、患者さんのみならず、専門医、頭痛を専門に診ている先生方の中にもあります。それ以上悪くならないし、薬が効くわけだからいいと。

ところが、問題なのは、そうはいっ

ても、1カ月に15日以上は使い過ぎではないかという考え方が根本的にあって、それはやはり8回ぐらい、あるいは10回ぐらいまでだろうという考え方があります。それはなぜかという、慢性片頭痛で薬が効いているという状態がずっと続くという保証がなく、いずれやはり薬物の依存につながるということが一つの考え方だと思います。

そういう方に対しては、これは慢性緊張型頭痛もそうなのですが、薬の服用回数を減らす。どうやって減らすかといっても、患者さんはなかなか納得してくれないわけですが、それに対しては片頭痛の予防薬、最近いろいろなものが公知申請で認可されたのですけれども、そういうものを使って全体の回数、使用頻度を減らすという試みをしたほうが良いと考えられています。

池脇 そういった難治性の場合、何回もトリプタン製剤を使わなければいけない場合には、予防というところでうまくやって、できるだけそういう急性期の治療の回数を減らす。

平田 はい。

池脇 その予防薬ということに関しては、どういった薬が今使われているのでしょうか。

平田 バルプロ酸をはじめとして、いろいろな薬が保険収載されています。これは元来ほかの病名に関しては収載されていたのですが、バルプロ酸、β遮断薬が使用できます。それから三環

系抗うつ薬、これは公知申請というかたちではないのですけれども、使ってもいいということになっています。世界ではあまりないのですけれども、日本では、Ca代謝拮抗薬が昔から予防薬として認められていますので、いろいろ使い分けはありますけれども、そういう薬を使うと、実際に頭痛頻度数あるいは支障度が減ることが確認されています。

池脇 これは先生方のような専門の方々がやられることなのでしょうけれども、どういう薬から始めるとか、あるいは症状によって薬の使い分けはあるのでしょうか。

平田 あります。例えば、慢性緊張型、要するに拍動性でなくて、悪心・嘔吐も伴わなくて、動いても平気、逆に運動したりするとよくなるというようなタイプの方には三環系抗うつ薬、なかでもトリプタノールなどを少量から、就寝前から始めるというのが一般的です。

池脇 就寝前ですか。

平田 はい。慢性片頭痛の場合、ちょっと難しく、バルプロ酸がよく効くことは知られているのですが、催奇形性がありまして、若い女性には使えないということは考えなくてはいけないことだと思います。

そのほか、Ca代謝拮抗薬、β遮断薬はどんな人に使うかというのは、どういう人に使ったら効くのかというはっ

きりとしたエビデンスはなくて、さっきお話しした2つを使ってみて効かなければ使う。あるいは、Ca代謝拮抗薬の場合は発売されて10年以上の歴史があるので、安全性、その他も考えて使う。あるいは、 β 遮断薬の場合は違う意味の安全性、例えば妊娠しても使えるたった1つの薬であるということで、そういう意味で使い分けされるとよろしいのではないかと思います。

池脇 少し話を戻させていただいて、最近、トリプタン製剤が数多く出ていると思うのですが、先生方専門医ではそういったものの使い分けというものはあるのでしょうか。

平田 先生がおっしゃられたとおり、トリプタンも、いろいろな種類、あるいは剤形も違います。一番早く効かせ

なければいけないときには自己注射があります。その次には点鼻です。経口薬でも種類によって非常に早く効くものがあり、リザトリプタンが一番早く効きます。ただ、非常に効きが短い。その反対に、ナラトリプタンは立ち上がりが遅いですが非常に長く効いて、1日効いているというような特徴がありますので、患者さんの特徴を考えて使用したらいいと思います。

池脇 予防ということに力を入れると同時に、場合によっては急性期にどのような対処をするかによっても回数というのは多少増減するのでしょうか。

平田 ちゃんと治療されていれば回数も使用頻度も減っていくということが知られています。

池脇 ありがとうございます。