

線維筋痛症

東京医科大学医学総合研究所長

西岡 久寿樹

(聞き手 池田志孝)

線維筋痛症の現状についてご教示ください。

<愛知県開業医>

池田 線維筋痛症の現状について、まず歴史的な背景からうかがってよろしいでしょうか。

西岡 これは欧米ではけっこう昔からある病気なのです。体じゅうが痛んで、針が刺してあるような絵画もあるのです。19世紀末に。

池田 19世紀ですか。随分古いですね。

西岡 かなり昔からあった病気だろうと思うのですが、きちんとした概念を打ち立てたのは1990年で、アメリカのリウマチ学会が診断基準をつくったのです。それからようやく線維筋痛症の患者さんが欧米にいるのだということが少しずつわかってきて、1990年の初めに僕がちょうどカリフォルニアに行ったときに、臨床の現場でけっこうこの患者さんを見ていたのです。ちょっと押すだけですさまじい声

を上げるような白人の女性が非常に多かったのです。

池田 ちょっとしたことでも痛みがすごいわけですね。

西岡 はい。

池田 19世紀末からあって、正式に認められるようになったのが1990年。

西岡 1990年です。

池田 そこに何か転機のようなものがあつたのでしょうか。

西岡 今もまだ活躍していますけれども、米国のユーナスという方が一生懸命努力して診断基準をつくったということが一つ大きなトピックスになったと思います。

池田 その診断基準というものは具体的にはどのようなもののでしょうか。

西岡 今から考えると非常にグローバルな診断基準で、特有な圧痛点が18カ所あり、それが11カ所以上あれば線維

筋痛症として診断しましょう。その程度のもので、あと多発性筋炎だとか、高齢者に多い多発性リウマチ性筋痛症だとか、そういう器質的な疾患を除外項目としてまず除外したところで、圧痛点を満たすものとなりました。

そういう診断基準を提唱したのですが、けれども、当時、fibromyalgiaという名前では呼ばれていなくて、fibrositis syndromeとか、要するに腱の付着部がものすごく痛く、圧痛点として出てくるものですから、局所炎症という概念でとらえられたのです。そのうち、fibromyalgia syndromeということになって、syndromeではなくて独立した疾患であるということで、fibromyalgia、日本語でいうと、文字どおり線維筋痛症という疾患概念が出来上がったわけです。それが2000年ぐらいのときです。

池田 syndromeが外れて、線維筋痛症ということになったのですね。

西岡 はい。

池田 本邦では班会議等が運営されていますけれども、疫学の詳細はわかっているのでしょうか。

西岡 僕は当時、東京女子医科大学にいまして、リウマチセンターをつかって、そこで患者さんを診ていたのですけれども、その中にちらほらと線維筋痛症らしい患者さんが増えてきているというか、散見するようになったのです。それからいろいろなところへ、

日本にも線維筋痛症があるという論文を書いたり、様々なメディアが取材に来たりしますと、わっと患者さんが増えるわけです。

池田 それまで潜在的にいらした患者さんが、実は私もそれではないかということで、社会的に認知されて増えてきたということですね。

西岡 ただ、メンタル系の要素も強い病気なので、これがいったい、一つの疾患概念なのかということで、かなりいろいろな方から、それは精神科の身体表現性障害の一つではないかとか、心身反応論とか精神的なことでもまずこれを片づけようと。そういう意見がかなりを占めました。

しかしながら、僕はカリフォルニア大学のサンディエゴ校での経験だとか、日本へ帰ってきてからそういう患者さんをみて、これは基本的にはなんらかの全身のリウマチ性疾患として考えるべきだとかたちで提唱して、厚生労働省にも話しかけて、けっこう困っている患者さんがいっぱいいるから、何とかしようではないかということで、研究班を立ち上げてもらったのです。

当時、思い出してみますと、例えば爪を切っただけで体じゅうに痛みが走る。ある日、髪の毛は伸びきり、爪をととても長くした女性を、彼女のお母さんがこういう病気があるのだと、精神科の病棟から僕たちの外来へ連れ出してきました。一卵性双生児だったので

すけれども、両方に出ているというので、これは間違いなく一つの病気だろうと。痛いから爪が切れないのです。それで、手術室で全身麻酔をかけて、髪の毛と爪を切るからと。

池田 そのくらいの痛さなのですね。

西岡 その患者さんは、寝ているだけで、自分の体重で痛みが走る。だから、ケアもたいへんです。これは線維筋痛症の完全なプロトタイプだと思いました。一卵性双生児の片方は比較的軽かったのですけれども、これはgeneticなものがある。そういうところから、これは本格的にやろうと思いました。患者さん団体の声も非常に大きくて、聖マリアンナ医科大学の難病治療研究センターにいたときに、多くの患者さんの団体からこの病気の解明にとりあえず取り組んでほしいという要望を受けたのです。

池田 そういう方ですと、ある意味、社会的にも疎外されてしまいますね。

西岡 おっしゃるとおりです。

池田 その人たちがようやく自分の病気がわかって、居場所を得たというかたちですね。

西岡 そうです。自分の居場所を得たと患者さんは言います。いろいろな科を転々として、僕のところへ来たときは20以上の病院で受診したと聞いて、僕もびっくりしたことがあるのですが、そのぐらい患者さんは当時苦しんでいらっやいました。

池田 先生が先ほどおっしゃった、いわゆる精神的な疾患ではないとか、いろいろなことが言われたのですけれども、今のところ、原因はまだ詳細にはわかっていないのでしょうか。

西岡 ここのところ著しく進歩しまして、原因として、もちろん引き金としては、ケガだとか、むち打ちだとか、あるいは脊椎管の手術をやったとか、何らかのかたちで神経に物理的な損傷を加えられて、それがいつまでも残っている。もう一つは精神的な、メンタル系のストレスが非常にかった状態です。

そういう基本的な病態の中から、最近脳内の自己炎症説というものが急浮上してきました。SPECTという画像診断がありますが、線維筋痛症の患者さんは、非常にひどいときにSPECTで見ると、血流が著明に低下しているケースが多いのです。それがある程度薬を使ってきちんとコントロールしていくと改善してくる。動物モデル等、様々な研究がありますけれども、基本的には脳内の自己炎症であるという考え方が出てきて、今また新しい展開を迎えています。

池田 我々も自己炎症性疾患というものをよく経験しますけれども、遺伝的な背景があって、ストレスだとか神経外傷が引き金で炎症が強くなるわけですね。

西岡 そういうことですね。

池田 今後は、おそらく神経細胞でしょうが、それに発現しているような物質の変異を見つけていくということでしょうか。

西岡 慢性疲労症候群という病気がありますが、それと線維筋痛症というのは脳のグリア細胞の活性化という共通の基盤があることが徐々に明らかにされてきました。それが、臨床的な表現系として疲労になるのが慢性疲労症候群、疼痛になるのが線維筋痛症だという考えでやると、わりあいおさまりがいいのです。この両方から今攻めています。

池田 共通した分子背景ということ

ですね。

西岡 そうですね。要するに、ニューロイメージングのほうで一定の成果を得ています。そうすると、治療のターゲットもだいたい決まってくるのではないのでしょうか。

池田 そうですね。今、わからないので、おそらく向精神薬とかそういうものを使っていましたけれども、今後はまたそれに応じた新しい治療法の開発が期待されるわけですね。

西岡 プレガバリンとか、非常にいいものが出てきていますから、今後、治療は軌道に乗ってくると思います。

池田 ありがとうございます。