

線維筋痛症

東京リウマチペインクリニック院長

岡 寛

(聞き手 大西 真)

大西 岡先生、まず、線維筋痛症という病気は、意外とたくさんの患者さんが潜在的にいるという話をうかがったことがあるのですが、日本ではどれぐらい患者さんがいると想定されているのでしょうか。

岡 2004～2005年に厚生労働省研究班の疫学調査を行いました。8,000人の患者さんの住民票を無作為に取ってきました。その中で実際に3カ月以上の疼痛の人たちを実際に診察して、線維筋痛症に当てはまるかどうかを実際に診察した結果、人口の1.66%。日本の人口が1億2,000万人なので、1.66を掛けると、ちょうど200万人の患者さんがいることがわかりました。

大西 非常に多い病気だということですね。

岡 そうですね。リウマチが70万人ぐらいなので、約3倍ぐらいいることがわかりました。

大西 ただ、なかなか発見されていないケースもあるのですかね。

岡 そうですね。その中で受診して

いる人が10%弱ではないかといわれています。

大西 特に好発年齢や男女差などについて、この病気は女性に多いのですか。

岡 発症年齢がだいたい30～40代で、一番多いのが50歳代、だいたい30～50代の、要するに中年の女性に多く、男女比は1対5ぐらいです。

大西 いわゆる働き盛りといえますか、お忙しい時期の世代ですね。

岡 はい。

大西 これは諸外国の状況と比べると、違いや特徴はあるのですか。

岡 アメリカでは人口の2%、だいたい本邦と同じぐらいで、男女比のほうは米国は男子1に対して女性9なので、少し女性が多い。カナダが2.7%で、だいたい先進国は2%内外なので、本邦の患者さんもだいたいほかの先進国と同じぐらいの数字です。

大西 例えば、そういう病気にかかった女性に特徴的なものはあまり知られていないのですか。疫学的に何か特徴

がありますか。

岡 一つには病前性格と申しまして、YG性格検査という質問票があるのですが、その中で、几帳面、完璧性、強迫性、この3つにかなり偏りがありました。几帳面というのは皆さんご承知のように非常にきちっとしている。完璧性は完璧にやらないと気が済まない。強迫性というのは、強迫観念、強迫行為というものがありますが、何々しないと気が済まない。例えば、鍵を施錠して、3回ガチャガチャガチャとやるとか、手を洗った後、必ずアルコール消毒するとか、何々しないと気が済まなくて何々してしまう。その3つが病前性格といわれています。

大西 それでは次に、病気の原因についてうかがいたいのですが、あまりよくわかっていないという話も聞いたことがあります。どのあたりまで原因が推定されているのでしょうか。

岡 まず最初に、我々の大まかな区分けでいいますと、皮膚とか筋肉の末梢、脊髄、脳と考えると、原因は脳にあるということ。例えば線維筋痛症患者さんの皮膚や筋肉を取っても、筋電図を撮っても、何も出ない。

だから脳なのですが、一つには大きな痛みを最初脳が感じて、痛みを認知するということがあります。例えば、20歳代ぐらいの男の人がバイクで転倒して、右足を血管損傷して、複雑骨折して、右足の再建ができなくなって、

右足がなくなったとしても、なくなった後でも右足が痛いというのです。それを幻視痛と申します。

大西 聞きますね、そういう話は。

岡 実際には右足はないのです。それは脳が痛みを記憶してしまったのです。そういう強い痛みがあって、その後も痛みが持続すると、神経の細胞が興奮して痛みがどんどん増幅してしまう。そういったメカニズムを、痛みのワインドアップと我々は言っています。

こういった中枢神経の痛みのワインドアップと、もう一つ、私たちの体というのは、皮膚とか筋肉に痛みを感じると、脊髄を通して痛みを脳で感じています。そうすると、脳は痛みを感じたままではだめなので、今度は痛みを抑制する。脳から末梢に下行性疼痛抑制経路があり、この脳のブレーキ、これはセロトニンやノルアドレナリンが関係しているのですが、こういった脳のブレーキがあまり働いていない。

ですから、一つには神経細胞の興奮で痛みがワインドアップしてきて、もう一つは脳のブレーキが働いていないことによって、アクセルが踏み込まれたままでブレーキがあまりきかない。大型のダンプが坂道をずっと暴走してしまうような感じ。そういったアクセル、ブレーキのアンバランスによっているのではないかと考えていたのですが、そういう証拠がなかなか取れなかったのです。

ところが、最近、脳のイメージングというものが非常に発達してきました。実はアルツハイマー病で特殊なリガンドを使ったPET画像があり、そのPET画像では脳のミクログリアという細胞の活性を、カラーリングで示す方法があります。それを慢性疲労症候群、健康人、慢性疲労症候群と線維筋痛症の合併者、このように分け分けしてみるところ、どうも疲労、疼痛、特に疼痛に関しては、私どもの脳の中の大脳辺縁系の一部に、かなりミクログリアの集積があって、責任病巣がそこにあるのではないかと現在推定しています。これに関しては、最初の論文は19例だったのですが、今、日本人で100例の追試を行っています。それでだんだん明らかになってきた。今まで私どもがいろいろ言ってきたものに対して、さらに脳内の炎症、ミクログリアの炎症ではないかということがだんだんわかってきました。

大西 最近の進歩ですね。そうしますと、臨床の現場ではどのように診断をつけたらよいですか。なかなか血液でわかるような病気ではないですね。

岡 現状では普通の血液検査やCT、MRIを撮っても、なかなかはっきりわからないので、その場合、僕たちが使っているのはアメリカリウマチ学会の1990年の分類基準です。この分類基準には3つの骨子があります。1つは3カ月以上の疼痛。これは慢性疼痛の概

念は3カ月以上続くのですが、それと体の広範囲、体の右半身、左半身、上半身、下半身と加えて、僕たちの体の中心には体軸とって胸椎とか骨があるのです。その体軸の痛みを含めた体の広範囲の疼痛がある。これが2番目。そして、僕たちの体には筋肉がついているところと腱の付着部があるのですが、この腱の付着部の11カ所/18カ所が、11/18以上という3つのエレメントがあることによって診断しています。

大西 それでは最近の治療について教えていただけますか。

岡 治療のスタートラインとしては、まず患者さんの痛みを認知することだと思うのです。例えば、患者さんが痛みを訴えてきた。その痛みを例えば疑ってしまうと、まずスタートラインに立てないので、僕たちは患者さんのバスという自分たちでつけるスケールと、ペインビジョンというものを使って痛みを定量し、そのバスとペインビジョンを使って、ペインビジョンの痛み度を出します。そのバスとペインビジョンの同じ値を、患者さんの側と治療者側が共同で認識する。これを認知療法といっているのですが、ここからまずスタートする。それが非常に重要なのです。

あとは、かなり似たような疾患がありまして、例えば腱の付着部が痛いというと、シェーグレン症候群や脊椎関節炎、リウマチの初期、甲状腺機能低

下、こういったものを除外して線維筋痛症と診断し、認知療法の後にトリガーポイント注射や薬物療法を行うこととなります（表）。

大西 薬物で何か有効なものはあるのでしょうか。

岡 日本で2剤、保険収載されています。1つはプレガバリンです。日本の臨床試験で250人ずつ、プラセボ、プレガバリン群で行い、有意差が出ました。特にこのプレガバリンは睡眠の質も良くするというので、2012年に認可されています。先ほど脳のブレーキの話をしました。もう一つは、セロトニンやノルアドレナリンを増やすことです。再取り込み阻害なので、結局増やすのですが、SNRIというデュロキセチンが2015年に認められています。要するに過剰な興奮を抑えるプレガバリンと、脳のブレーキに作用するデュロキセチン、この2つが認可されています。違うメカニズムなので、併用する場合もあります。

大西 それでは、この病気の予後について教えていただけますか。

岡 まずこの病気の治療において、

表 FMの現在の治療

-
- ①認知療法—エキスパートスタッフによる医療面接
 - ★Pain Visionによる痛みの認知療法（痛みの相互理解）
 - ②診察
 - (1) 鑑別診断（リウマチ性疾患、甲状腺疾患、うつ病）
 - (2) トリガーポイント注射（オリジナルポイント）
 - (3) 薬物療法の実際
-

反応しやすい群と反応しにくい群を考えると、まず男性と比較して女性が反応しやすいです。もう一つは罹病期間ですが、発症2年以内の人が非常に反応しやすいことがわかっています。あと年齢ですが、70歳以上だとちょっと反応が悪くて、年齢が40歳未満の集団はいい。まとめますと、40歳未満の女性で発症2年以内の人は非常に反応しやすいということです。

ちなみに、早期思春期のお子さんの場合は薬物療法はせずに、心理療法だけでもよくなることが多いです。

大西 ありがとうございます。