

神経疾患 最新の治療 2015-2017

編集

小林祥泰 島根大学

水澤英洋 国立精神・神経医療研究センター病院

山口修平 島根大学

オンライン
アクセス権
付き

巻頭トピックス

1. iPS 細胞：神経疾患治療に挑戦
2. 神経疾患の遺伝子治療の現状と展望
3. telemedicine system (遠隔医療システム) を用いた脳卒中医療
4. 脳血管内治療の進歩
5. 心原性脳塞栓症予防：新規経口抗凝固薬 (NOAC)
6. アルツハイマー型認知症と血管性認知症の接点と治療戦略
7. レビー小体型認知症の薬物治療
8. 多発性硬化症・視神経脊髄炎の再発予防と最新治療
9. 新しい診療ガイドラインによる頭痛診療の最先端
10. パーキンソン病の運動症状治療の進歩
11. パーキンソン病の非運動症状治療の進歩
12. 高齢社会における重症筋無力症の治療指針

I 頭痛

|| 伊藤 康男, 荒木 信夫

|| 頭痛診断の進め方

頭痛診療で最初に行うことは、二次性頭痛のなかでも危険な(致命的な)頭痛をまず鑑別することである¹⁾。次に片頭痛をはじめとする一次性頭痛を診断する¹⁾。①突然の頭痛, ②いままで経験したことがない頭痛, ③いつもと様子の異なる頭痛, ④頻度と程度が増していく頭痛, ⑤50歳以降に初発の頭痛, ⑥神経脱落症状を有する頭痛, ⑦痛や免疫不全の病態を有する患者の頭痛, ⑧精神症状を有する患者の頭痛, ⑨発熱・項部硬直・髄膜刺激症状を有する頭痛は、二次性頭痛を疑って積極的な検索が必要である¹⁾。

診断については、国際頭痛学会による頭痛分類(表1)を用いる。一次性頭痛と二次性頭痛の鑑別には、簡易診断アルゴリズムが実地臨床で頭痛診断の手がかりとなり、有力な手段の1つとなる¹⁾。一般的な頭痛鑑別のアルゴリズムを図1に示す。

ほとんどの頭痛は詳細な問診と診察により診断が可能であり、特に一次性頭痛に関しては各種検査あるいは画像検査をやみくもに行っても正確に診断がつかないことが多い²⁾。

頭痛診療における頭痛アルゴリズムの骨子は、①一次性頭痛と二次性頭痛の鑑別を行う、②一次性頭痛ならば症状あるいは経過の特徴から、(i)片頭痛、(ii)緊張型頭痛、(iii)群発頭痛、およびその他の三叉神経・自律神経性頭痛、(iv)その他の頭痛に大別する、③それぞれの臨床的特徴により正確な診断をつける、④その後の治療の反応性、経過により診断の再検討を行うことである。

|| 一次性頭痛と二次性頭痛の鑑別

最初に一次性頭痛と二次性頭痛の鑑別を行う。頭痛の診断には、問診、身体・神経学的診察、画像診断(CT/MRI)が重要である¹⁾。また、予後不良な、あるいは迅速に治療しなければ危険な疾患を、できるだけ速やかにかつ的確に診断することが必要である(表2)。図1に示したred flagsとはいわゆる見逃してはならない頭痛であり、表3の所見を認めたときは速やかに画

表1 国際頭痛学会の頭痛分類

1. 一次性頭痛
<ul style="list-style-type: none"> ・片頭痛 ・緊張型頭痛 ・三叉神経・自律神経性頭痛 ・その他の一次性頭痛疾患
2. 二次性頭痛
<ul style="list-style-type: none"> ・頭頸部外傷・傷害による頭痛 ・頭頸部血管障害による頭痛 ・非血管性頭蓋内疾患による頭痛 ・物質またはその離脱による頭痛 ・感染症による頭痛 ・ホメオスターシス障害による頭痛 ・頭蓋骨、頸、眼、耳、鼻、副鼻腔、歯、口あるいはその他の顔面・頸部の構成組織の障害による頭痛あるいは顔面痛 ・精神疾患による頭痛
3. 有痛性脳神経ニューロパチー、他の顔面痛
<ul style="list-style-type: none"> ・有痛性脳神経ニューロパチーおよび他の顔面痛 ・その他の頭痛性疾患

[日本頭痛学会・国際頭痛分類委員会(訳):国際頭痛分類 3版beta版, 医学書院, 東京, p34-41, 2014より作成]

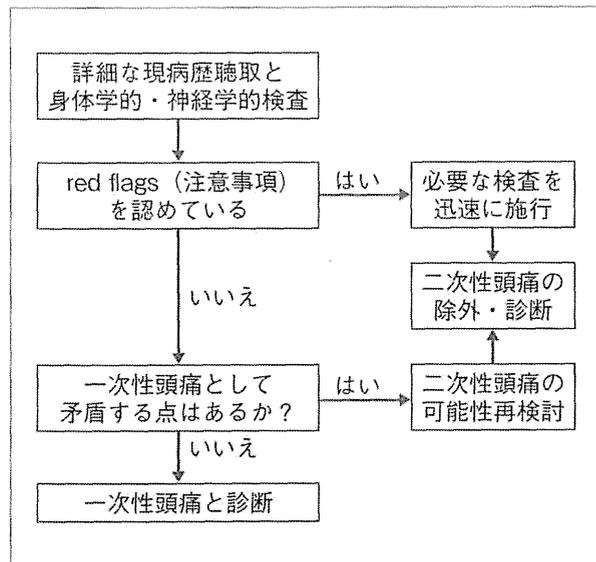


図1 一般的な頭痛鑑別のアルゴリズム

[濱田潤一:頭痛診療と診療アルゴリズム, 頭痛診療ハンドブック, 鈴木則宏(編), 中外医学社, 東京, p23-30, 2009]

像診断, その他の補助検査を行う²⁾。特に頭痛診療では、まず、くも膜下出血などの二次性頭痛をルールアウトすることが重要である³⁾。

また、未破裂脳動脈瘤による頭痛(表2)は、

表2 頭痛の critical causes

1. 血管疾患
<ul style="list-style-type: none"> 未破裂脳動脈瘤、くも膜下出血 脳梗塞および一過性脳虚血発作(TIA)：ただし頭痛を伴う場合は少ない 脳動脈解離 脳出血 慢性硬膜下血腫、硬膜外血腫 脳静脈洞血栓症 脳動静脈奇形、血管腫
2. 脳腫瘍
<ul style="list-style-type: none"> 特に第三脳室内腫瘍、下垂体腺腫内への出血(下垂体卒中)、gliomatosis
3. 中枢神経感染症
<ul style="list-style-type: none"> 髄膜炎 脳炎 脳膿瘍
4. 全身疾患
<ul style="list-style-type: none"> 高血圧：特に褐色細胞腫、甲状腺機能亢進症 代謝性脳症：CO₂ナルコーシス、睡眠時無呼吸症候群など 側頭動脈炎 感染性心内膜炎 中毒(薬物、溶剤など)
5. その他
<ul style="list-style-type: none"> 肥厚性硬膜炎 Tolosa-Hunt症候群 低髄圧症候群 superficial siderosis(まれ) pseudotumor cerebri(まれ)

(濱田潤一：Medicina 41：592-596, 2004)

表3 頭痛の患者に画像診断手技(CTまたはMRI)を行うべき場合(red flags)

1. 頭痛の時間経過
<ul style="list-style-type: none"> 初めてもしくは生涯で最悪の頭痛 頭痛の程度や頻度が亜急性に増加傾向であるとき 新規発症持続性連日性の頭痛あるいは進行性の頭痛 慢性連日性頭痛 いつも同一側の頭痛 治療抵抗性あるいは反応不良の頭痛
2. 患者背景を考慮した場合
<ul style="list-style-type: none"> 悪性腫瘍や HIV 感染中の患者 50歳を超えて初めて出現した頭痛 頭痛と痙攣発作を共に有する患者
3. 随伴する症状・徴候を考慮した場合
<ul style="list-style-type: none"> 発熱、悪心・嘔吐、項部硬直を有する患者 前兆のある片頭痛ではないが、局所徴候・症状を伴う患者 眼底で乳頭浮腫、精神症状、人格変化、意識障害を伴う患者

[濱田潤一：頭痛診療と診療アルゴリズム、頭痛診療ハンドブック、鈴木則宏(編)、中外医学社、東京、p23-30, 2009 / Evans RW：Neurol Clin 27：393-415, 2009]

国際頭痛分類第3版 beta 版 (ICHD-3β)⁴⁾における二次性頭痛の「6 頭頸部血管障害による頭痛」のサブタイプのうち、「6.3.1 未破裂囊状動脈瘤による頭痛」に分類される。

この頭痛の診断基準の特徴としては、①まず未破裂囊状動脈瘤と診断されていること、②頭痛は囊状動脈瘤の増大に並行して増悪、または、

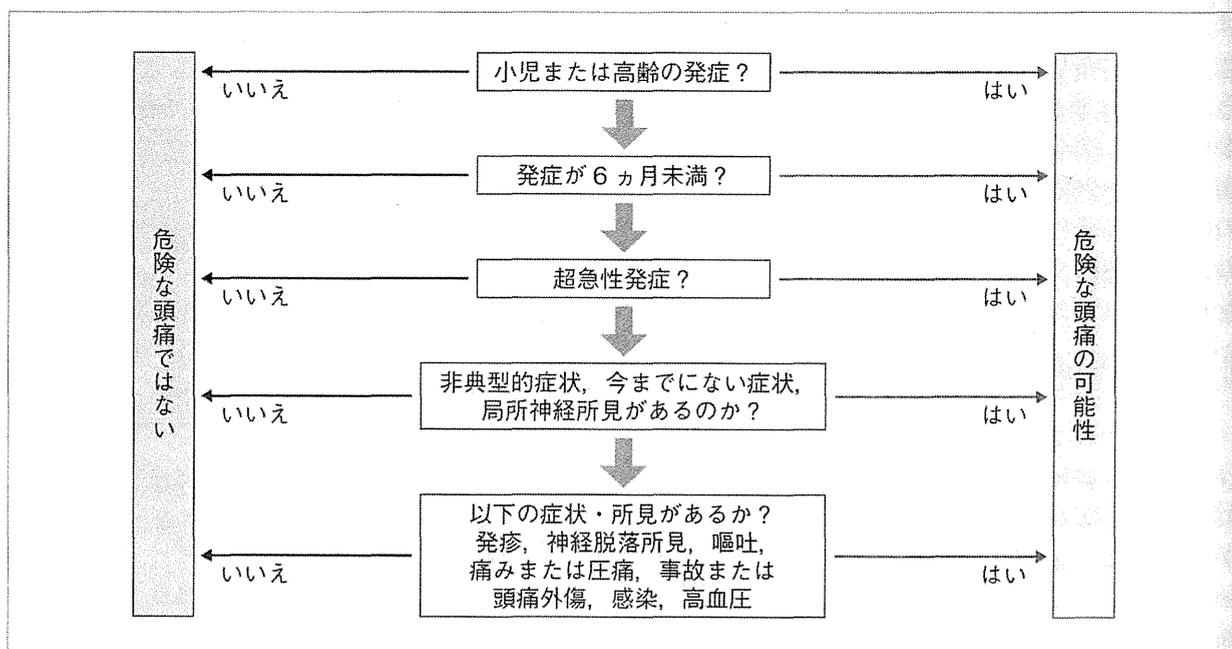


図2 危険な頭痛の簡易診断アルゴリズム

(Dowson AJ et al：Int J Clin Pract 57：493-507, 2003)

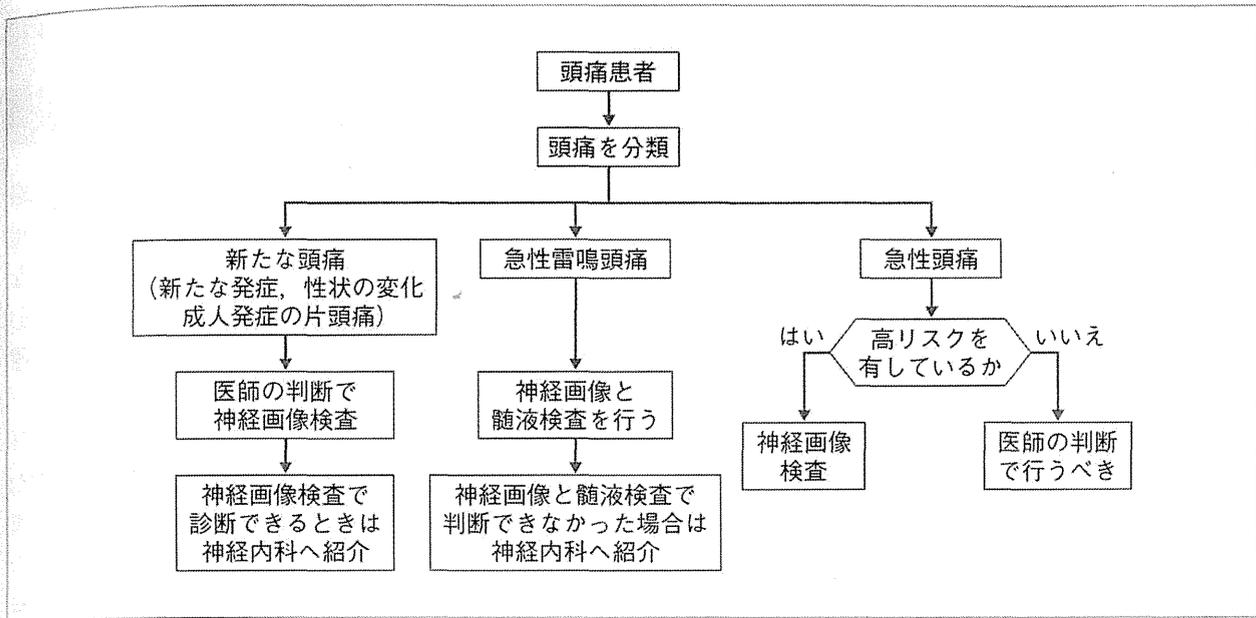


図3 この患者は神経画像検査を必要としているか

(Detsky ME et al : JAMA 196 : 1274-1283, 2006 より改変)

囊状動脈瘤の治療後に寛解した, ③突然または雷鳴性の頭痛発現, ④有痛性第Ⅲ脳神経麻痺を伴う頭痛などのうち, いずれかの証拠が示されていることが挙げられる。

動脈瘤性くも膜下出血の約半数の症例が, 動脈瘤破裂の診断前4週以内に突然の激しい頭痛をきたしていることが複数の後ろ向き研究で示されている。このことは, 動脈奇形の突然の拡大[sentinel headache, 歩哨頭痛(警告頭痛)]の結果であることも示唆されている⁴⁾。

英国の頭痛診療のガイドライン⁵⁾によれば, 頭痛の診断に際し, プライマリケア医は「頻度は少ないが危険な頭痛」についての知識を持つことが必要であるとしている。このガイドラインでは, 「危険な頭痛」を診断していく際に以下の項目を確認する診断アルゴリズムを提示している(図2); ①新規発症の頭痛, 発疹, 神経脱落症状, 嘔吐, 痛みまたは圧痛, 事故または頭部外傷, 感染, 高血圧の症状に伴って出現する急性の頭痛, ②頭痛のないときや消失したときでも神経学的な異常が改善しない場合, ③遷延する前兆症状がある場合, 5分以内に最強度に達する超急性の頭痛, ④6ヵ月未満の経過の神経脱落症状を伴う頭痛, ⑤これまで経験したことがないほど激しい頭痛, ⑥小児(5歳未満)または比較的高齢(51歳以上)の発症である場合。また, Detskyらはどのような頭痛患者のときに画像診断を必要とするかについてのアルゴリズムも示している(図3)。Dodickは簡便な一次

表4 SNOOP

- Systemic symptoms/signs (全身性の症状・徴候: 発熱, 筋痛, 体重減少)
- Systemic disease (全身性疾患: 悪性疾患, AIDS)
- Neurologic symptoms or signs (神経学的症状や徴候)
- Onset sudden (突然の発症: 雷鳴頭痛)
- Onset after age 40 years (40歳以降の発症)
- Pattern change (パターンの変化: 頭痛発作間隔が次第に狭くなる進行性の頭痛, 頭痛の種類の変化)

[Dodick DW : Clinical clues (primary/secondary), The 14th Migraine Trust International Symposium, London, 2002より改変]

性・二次性頭痛の鑑別の手がかりとしてSNOOP(表4)が有用であるとしている。この鑑別法では二次性頭痛を否定したうえで, 最終的に片頭痛をはじめとする一次性頭痛を診断する。

文献

- 1) 日本神経学会/日本頭痛学会(監), 慢性頭痛の診療ガイドライン作成委員会(編): 慢性頭痛の診療ガイドライン2013, 医学書院, 東京, 2013 (https://www.jhsnet.org/guideline_GL2013.html)
- 2) 濱田潤一: 内科コモンプロブレム: 頭痛. *Medicina* **41**: 592-596, 2004
- 3) 伊藤康男ほか: 当初一次性頭痛が疑われた二次性頭痛症例の検討(第2報). *日頭痛会誌* **40**: 395, 2013
- 4) 日本頭痛学会・国際頭痛分類委員会(訳): 国際頭痛分類第3版beta版, 医学書院, 東京, 2014
- 5) Dowson AJ et al : Establishing principles for migraine management in primary care. *Int J Clin Pract* **57**: 493-507, 2003

