

A new clinical entity in Japan? 線維筋痛症、過活動膀胱



豊見城中央病院 潮平 芳樹

今回は日常臨床で見過ごされていて、比較的診断がつきにくい疾患を2つ紹介したいと思います。海外では知られていながら、本邦ではまれと思われてきて、ここ4、5年で少しずつ認知されてきている2つの疾患、線維筋痛症 Fibromyalgia (線維筋痛症候群とも言う) と過活動膀胱 Overactive bladder (OAB) について述べます。とりわけ線維筋痛症の患者は症状が多彩で、ややもすると患者が「不定愁訴が多い」と判断され医者に敬遠されている事も多く、何ヶ所もクリニックや病院、あるいは整形外科、内科、消化器内科、精神科、心療内科など複数の診療科を受診していることが多いと言われています。これまで診断がつくまでに20年以上かかったという例も報告されていますが、長期の病脳期間、精神的苦痛はコントロール不良の関節リウマチの患者にも匹敵します。多くの臨床医がこの2疾患も疾患リストに入れてもらえば、さらに多くの患者を救えると思います。

線維筋痛症

線維筋痛症は疲労感、抑うつ、睡眠障害、過敏性腸炎など多彩な症状を伴う、「筋骨格系に慢性的の広範囲の疼痛とこわばり」などを主徴とする疾患です¹⁻⁴。この疾患はこれまで本邦ではまれとされていましたが、最近の調査では国民の1.66%、約200万人はいると推定されています。男女比は8倍女性に多く、50歳代にピークがあります。患者さんは全身の痛みを訴えクリニックや病院を受診しますが、他のリウマチ・膠原病と違って、血液検査などではほとんど異常を認めません。本邦では最近まで「まれな疾患」

とされていて、臨床医にほとんど認知されていませんでした。多くの患者さんは不定愁訴を訴える患者さんとして、取り扱われていたと思われます。ちなみに、わが国では2007年に線維筋痛症研究会が設立されたばかりです。

病因や病態生理はまだ不明ですが、神経-免疫-内分泌系の失調、疼痛に対する制御系の異常などが指摘されています。本症では髄液中のセロトニンやノルアドレナリンの代謝物質が低下し、疼痛の興奮伝達物質であるサブスタンスPが髄液中で増加していることが報告されています¹。アロディニア (allodynia 通常痛みを引き起こさないような弱い触、熱刺激などで痛みが生じる痛覚過敏状態) との関連も報告されています。

臨床症状は図1に示すように、全身で18ヶ所の圧痛点のうち11ヶ所以上に圧痛が認められることが特徴です⁵。疼痛は日によって変動しますが、肉体的、心理的ストレスや天候不順により影響を受けたりします。本症は、しばしば関節リウマチ⁶や全身性エリテマトーデス⁷の患者さんにも合併して見られます。検査データなどからは疾患活動性が安定しているのに全身の疼痛を訴える場合は本症の合併を疑います。疼痛以外の症状としては前述のとおり疲労感、抑うつ、睡眠障害、朝のこわばり、過敏性腸炎症候群、頭痛、微熱などが見られます。一般検査所見では特徴的な異常は認めません。

治療は三環系抗うつ薬、四環系抗うつ薬が有効で、選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (SSRI: selective serotonin reuptake inhibitor)、選択的セロトニンノルアドレナリン再取り込み阻害薬 (SNRI: selective nora-

図1 米国リウマチ学会による線維筋痛症の分類基準

A) 3カ月以上持続する広範囲にわたる疼痛

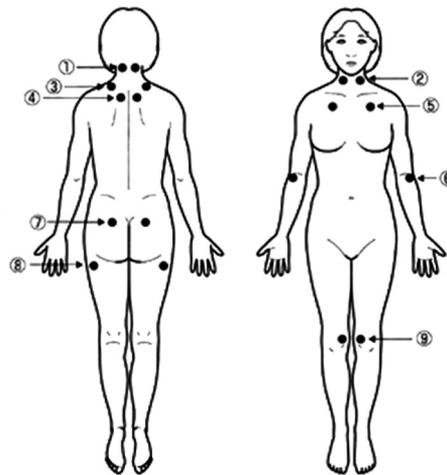
左、右半身、上、下半身すべてにわたる疼痛に加えて、体軸骨格（頸椎、前胸部、胸椎、腰椎のいずれか）に疼痛がある。

肩と臀部の疼痛は患側の疼痛、腰痛は下半身の疼痛とみなす。

B) 以下の圧通点18部位のうち11部位以上において、指を用いた触診（4kg/cm²の圧力で施行）で疼痛を認める。

- | | |
|--------|------------------|
| ①後頭部 | 後頭下の筋付着部 |
| ②下位頸部 | C5～C7の横突起間の前面 |
| ③僧帽筋 | 上縁の中央点 |
| ④棘上筋 | 肩甲骨棘の内側縁の上部 |
| ⑤第2肋骨 | 第2肋軟骨接合部 |
| ⑥肘外側上顆 | 上顆から2cm遠位側 |
| ⑦臀筋 | 殿部の上部外側1/4部 |
| ⑧大転子 | 転子隆起の後部 |
| ⑨膝 | 関節境界線から近位側の内側脂肪体 |

(以上、すべて両側性)



(文献1引用)

いるだろうと推測されています。21世紀初頭における日本医療界の珍事の1つ？世界の流れから言うと、日本は実は10年位は遅れているということになります。では何故これまで本症がわが国では少なかったのでしょうか？その理由としては、「恥の文化」の国民性からか日本人女性は頻尿や

drenarin reuptake inhibitor) などが使われます。

線維筋痛症が疑わしい患者さん、あるいは診断が確定し治療中の患者さんも、精神科や心療内科の専門医に紹介し、連携して治療することが重要です。

過活動膀胱

これまで泌尿器科的問題として下部尿路機能障害と言えばイコール排尿障害と考えられていましたが、最近蓄尿障害も重要である事が認識されてきました。蓄尿障害が過活動膀胱と定義されました。わかりやすく言えば、過活動膀胱とは尿意切迫感、頻尿、切迫性尿失禁を伴う機能性障害を呈する疾患です。同様な症状を伴う尿路感染症、炎症、結石やガンなどは除外する必要があります。1990年以降欧米では間質性膀胱炎やOABという疾患概念が提唱されていましたが、本邦ではまれとされていました。2003年本間らにより、OABの全国アンケート調査がまとめられ、予想以上に多いことが明らかになりました。最近では本症は40歳以上の日本人の約8人に1人（12.4%）、800万人は

恥骨上部痛などの症状があっても、泌尿器科を受診していなかったと推測されています。一方では、臨床医の知識不足なども指摘されてきました。

OABの主症状の1つ尿意切迫感は、「急に起こる、抑えられないような強い尿意で、我慢することが困難な状態、あるいは感じ」を言います。頻尿、失禁、あるいは排尿障害の訴えの中から、OABの患者さんを診断する手助けとして日本泌尿器学会からガイドラインが作成されています。とくに過活動膀胱症状質問表（OABSS:Overactive bladder symptom score）が診断と重症度の決定、治療効果の判定に有用と報告されています（図2）。頻尿は昼間8回以上、夜間1回以上と定義し、症状が続く場合は泌尿器科的検査が必要です。

治療は行動療法と薬物療法があります。前者は生活指導、膀胱訓練、理学療法、排泄介助などがあります。薬物療法としては抗コリン剤が使われ、尿意切迫感回数、排尿回数、切迫性尿失禁回数の正常化率は、それぞれ32.9%、28.5%、56.2%と報告されています。

男性では前立腺肥大症、女性では膀胱炎が排

以下の症状がどれくらいの頻度でありましたか。この1週間のあなたの状態に最も近いものを、一つだけ選んで、点数の数字を○で囲んで下さい。

質問	症 状	点数	頻 度
1	朝起きた時から寝る時まで、何回くらい尿をしましたか	0	7回以下
		1	8~14回
		2	15回以上
2	夜寝てから朝起きるまでに、何回くらい尿をするために起きましたか	0	0回
		1	1回
		2	2回
		3	3回以上
3	急に尿がしたくなり、我慢が難しいことがありましたか	0	なし
		1	週に1回より少ない
		2	週に1回以上
		3	1日1回くらい
		4	1日2~4回
		5	1日5回以上
4	急に尿がしたくなり、我慢できずに尿をもらすことがありましたか	0	なし
		1	週に1回より少ない
		2	週に1回以上
		3	1日1回くらい
		4	1日2~4回
		5	1日5回以上
合計点数		点	

図2 過活動膀胱症状質問票 (overactive bladder symptom score : OABSS)

尿障害の原因となっていますが、OABの方が病悩期間が長いことが多く、患者さんはうつ状態に陥ったり、夜間頻尿による睡眠障害などQOLの低下も見られます。また、男性では前立腺肥大症に過活動膀胱が合併することもあります。本症が疑わしい患者さんを診た場合は、はすみやかに泌尿器科医へ紹介すべきです。

おわりに

今回とりあげた二疾患は、最近までわが国では馴染みの薄い疾患と考えられてきました。しかし、病気が無かったのではなく、臨床医にとって関連する医学的知識や情報が乏しかったものと思われれます。見方を変えると、この2疾患の患者さんは、「訴えが多い患者さん」とか、「症状が一貫性がなく、バラバラで理解できない患者さん」ということで多くのクリニックや病院を受診しても敬遠され、結果的には医学的には解決されずに今日まで来たこととなります。多くの臨床医がこれらの疾患の存在を知り、その結果一人でも多くの患者さんが適切な

治療を受け、日々の苦痛から救われることを望みます。

文献

【線維筋痛症】

- 西村 勝治、赤真 秀人：線維筋痛症 膠原病・リウマチ診療（鎌谷 直之編）、p368 - 377、東京、メジカルビュー社、2007
- 松本美富士：平成16年度厚生労働科学研究特別研究事業報告書「線維筋痛症の実態調査に基づいた疾患概念の確立に関する研究」、2005、p50 - 2.
- 西岡 久寿樹：線維筋痛症の現状と問題点. Ⅲ.最近の話題 日内会誌 96：2235～2240、2007
- Goldenberg DL, Simms RW, Geiger A, et al: High frequency of fibromyalgia in patients with chronic fatigue seen in a primary care practice. Arthritis Rheum 1990; 33: 381-7
- Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, et al: The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. Arthritis Rheum 33: 160-172, 1990.
- Wolfe F, Cathey MA, Kleinheksel SM: Fibrositis Fibromyalgia in rheumatoid arthritis. J Rheumatol. 1984; 11:814-8
- Middleton GD, McFarlin JE, Lipsky PE: The prevalence and clinical impact of fibromyalgia in systemic lupus erythematosus. Arthritis Rheum 1994; 37: 1181-8

【過活動膀胱】

- 本間 之夫、柿崎 秀宏、後藤 百万、他：排尿に関する疫学調査委員会. 排尿に関する疫学研究. 日本排尿機能学会雑誌 14: 266-277, 2003
- 本間 之夫、山田 哲夫、伊藤 貴章、他：間質性膀胱炎 第2版、東京医学図書出版株式会社、2006年: p. 2-61
- 過活動性膀胱診療ガイドライン. 日本排尿機能学会 過活動膀胱診療ガイドライン作成委員会編、ブラックウエルパブリッシング、2005.
- Yamaguchi O, et al: BJU Int 2007; 100: 579.