

小児科診療 UP-to-DATE

2016年11月16日放送

慢性疲労症候群・若年性線維筋痛症の最近の知見

東京医科歯科大学大学院 生涯免疫難病学講座

教授 森 雅亮

慢性疲労症候群

基本的な概念は、1980年代後半、米国のある地域で多発したことから注目されたもので、中心症状である慢性疲労を病名として用いたものです。原因不明の強い疲労が長期間、一般的に6ヶ月以上に及び継続する疾患といわれています。

疫学ですが、人口の約0.3%にみられ20~50代に発病します。患者全体のうち女性が6~7割程度を占めるといわれています。感冒などの感染症が引き金となりえますが、アレルギー疾患を併発する患者さんも多いといわれています。

症状は、疲労感・疼痛・知的活動障害・過敏性・体温調節障害・睡眠障害・精神障害・中枢神経障害・全身症状、このように多彩な症状がありますが、疲労感に関しては患者の約1/4が外出困難か寝たきりの状態になってしまいます。

診断ですが、検査では抗核抗体がしばしば陽性となる他は、一般的な検査では明らかな異常は認められません。このため、本疾患の診断には血液検査やX線検査からではなく、症状の内容や程度と診察結果から診断の手引きに照合し行われ、しばしば診断が困難となります。後で述べる線維筋痛症との合併が1/3に存在するといわれています。

慢性疲労症候群(CFS)とは

<概念>

>慢性疲労症候群は1980年代後半、米国のある地域で多発したことから注目されたもので、中心症状である慢性疲労を病名として用いたもの。

>原因不明の強い疲労が長期間(一般的に6ヶ月以上)に及び継続する疾患。

>筋痛性脳脊髄炎(Myalgic Encephalomyelitis, ME)、ウイルス感染後疲労症候群(Post-Viral Fatigue Syndrome, PVFS)、慢性疲労免疫不全症候群(Chronic Fatigue and Immune Dysfunction Syndrome, CFIDS)という呼称でも呼ばれる。

<疫学>

>人口の約0.3%(約36万人)にみられ、20~50代に発病する。

>感冒などの感染症が引き金となりうるが、原因は不明。

>患者全体のうち女性が6~7割程度を占める。

>アレルギー疾患を併発する患者が多いといわれている。

<診断>

>検査では、抗核抗体がしばしば陽性となる他には、一般的な検査では明らかな異常はみられない。

>このため、本疾患の診断には血液検査やX線検査からでなく、症状の内容、程度と診察結果から診断の手引きに照合し行われ、しばしば診断が困難となる。

>線維筋痛症との合併が3分の1に存在。

2004年、厚労省の小児慢性疲労症候群の診断基準を示したいと思います。まず、通常の診察や検査では明らかな原因が見いだせず、30日以上続く持続性または反復性の慢性疲労です。この疲労状態は休息により改善せず、以前の学校社会的・個人的活動レベルの低下がみられるものです。次に以下の主症状のうち2項目以上を含む4項目以上が存在する場合があります。主症状は、1. 記憶力あるいは集中力の障害、2. 睡眠障害、3. 疲労感、4. 頭痛・頭重感です。また副症状として、咽頭痛、頸部あるいは腋下リンパ節の腫脹、筋骨格系の痛み、腹痛、嘔気、微熱、めまい、このようなものがあります。全く登校できない状態に陥った児童・生徒は、復帰に少なくとも数ヶ月以上要し、10数%が社会的な引きこもり状態に繋がることから、成人の診断基準の6ヶ月となっている疲労の持続期間を30日以上としたのが特徴となっています。

次に病態ですが、この小児慢性疲労症候群は成人のものと同様原因不明であり、「十分な休養をとっても遷延する」、「日常生活に著しい支障が生じる」など、強度の慢性的な疲労状態が継続する病態を示します。自律神経失調症状が高頻度でみられ、特に起立性調節障害が併存することが報告されています。成人では、感染症やサイトカイン異常、内分泌、エネルギー代謝、自律神経機能、認知等の脳の高次機能の問題が生じることによって発現すると考えることができます。

CFSの症状	
・疲労感	— 身体、精神両方に生じる/運動、精神活動による疲労感の増強/休息や睡眠による回復の遅延/疲労の程度には個人差あり/患者の約4分の1は外出困難か寝たきりの状態。
・疼痛	— 筋肉痛や関節痛(発赤・腫脹(-)、移動性)、頭痛、リンパ節痛、咽頭炎、腹痛、顎関節症、顔面筋疼痛症候群
・知的活動障害	— 健忘、混乱、思考力低下、記憶力低下
・過敏性	— 羞明感、音への過敏性、化学物質や食物への過敏性/アレルギー症状の悪化
・体温調節失調	— 悪寒や体熱感、微熱
・睡眠障害	— 睡眠により疲れがとれない不眠、過眠、現実的な夢をみやすい
・精神障害	— 感情不安定、不安、抑うつ、興奮、錯乱、むずむず脚症候群
・中枢神経障害	— 筋肉痙攣、筋力低下、振戦、耳鳴、視力の変化
・全身症状	— 口内炎、朝のこわばり、頻尿、体重変化、動悸、甲状腺の炎症、寝汗、息切れ、低血糖発作、不整脈、過敏性腸症候群、月経前症候群、発疹

線維筋痛症 成人

基本的な概念ですが、関節・筋肉・腱など身体の広範な部位に慢性的「痛み」と「こわばり」の主症状を呈します。身体の明確な部位に圧痛を認める以外、診察所見や臨床検査所見に異常はありません。治療抵抗性であり、多彩な身体的訴えがみられる原因不明のリウマチ類似の疾患といわれています。

疫学ですが、米国では一般人口の約2%、男女比は1:8~9にみられるとされており、他の欧米の報告でもこの数値に近い有病率を示しています。本邦では、厚労省線維筋痛症に関する調査研究班によると、一般人口当たり1.7%、約200万人に存在し、男女比は1:5と類推されています。これは欧米と同じ割合だといわれています。発病年齢は平均43歳、年齢とともに増加し、55歳から65歳にピークがあります。このうち、小児は全体の4.1%を占めています。

次に症状ですが、中心症状は全身の広範な慢性疼痛と身体の一定の部位の圧痛です。疼痛以外にもさまざまな随伴症状を伴うことが多く、日本人では特に種々の程度の疲労・倦怠感・口や目の渇き・頭痛・抑うつ気分・不安感、このようなものの頻度が高いといわれています。

診断ですが、1990年米国リウマチ学会による疾患概念と定義、分類基準によって診断されます。通常の一般的検査で異常を認めないのが特徴です。線維筋痛症の分類基準には、2つの定義があ

ります。1 つは、身体の広範にわたる疼痛が継続的または断続的に 3 ヶ月以上持続する。2 つめは、18 ヶ所の圧通点を押したとき、11 ヶ所以上で痛みを自覚するというものです。ただし、この 1990 年の分類基準には、問題点があります。「疼痛という身体症状のみの記載であり随伴症状が含まれていない」、「実地での圧痛点評価の実施率は低く、一定の経験と技術を要するために正確な評価が難しい」、「経過や重症度を評価する上では不十分である」、このような指摘がされています。2013 年には線維筋痛症診療ガイドラインが改訂されました。詳細は成書をご覧くださいと思います。

若年性線維筋痛症

定義と特徴です。炎症所見や器質的異常を認めない筋骨格系の慢性疼痛性疾患で、頭痛・腹痛・倦怠感・睡眠障害などの多彩な身体症状を伴います。発症年齢は 10 歳前後に多く、男女比は 1:4 といわれています。本人の性格や友人・家族との葛藤が深く関与するといわれており、何らかのストレス、家庭・学校の問題、罹患、外傷などが発症契機といわれています。ただし小児科領域では未だ疾患の認知度が低いのが問題で、複数の医療機関を受診し侵襲的な検査や治療が繰り返され、リウマチ性疾患や精神神経疾患と診断されることもあります。診断の遅れが病状を悪化させ、難治させる症例も多いといわれています。

次に現状ですが、米国では小児リウマチ外来新規受診時の 5~8%にみられるといわれていますが、本邦ではまだ小児科医に疾患概念の認知が低いということで、1.6%であったという報告もあります。臨床症状の特徴ですが、軽いタッチの接触でも強い疼痛を生じる allodynia という症状と、自律神経障害・睡眠障害・慢性疲労感、このようなものがみられています。成人との違いは薬物療法に対する無効例が多い、精神的アプローチ奏効例が存在する、病児と家族特に母親との相互依存の葛藤がある、これが小児例の特徴となっています。

次に 2007 年小児実態調査の結果をお話したいと思います。こちらは小児リウマチ学会専門医所属機関を対象にした 24 例の報告についてです。24 例のうち女兒が 75%、発症年齢は平均 14 歳、診断までに複数の医療機関を受診しています。例えば整形外科、小児神経科、小児科など

若年性線維筋痛症

(Juvenile Fibromyalgia: JFM)

- 炎症所見や器質的異常を認めない筋骨格系の慢性疼痛性疾患
- 頭痛、腹痛、倦怠感、睡眠障害などの多彩な身体症状を伴う。
- **発症年齢は10歳前後に多く男女比は1:4といわれている。**
- 本人の性格や友人・家族との葛藤が深く関与する。
- **何らかのストレス(家庭・学校の問題、罹患、外傷など)が発症契機**

小児科領域では未だ疾患の認知が低いのが現状

- 複数の医療機関を受診し、侵襲的な検査や治療が繰り返され、リウマチ性疾患や精神神経疾患と診断されていることもある。
- 診断の遅れが病状を悪化させ、難治となる症例も多い。

小児の線維筋痛症(FMS)の現状

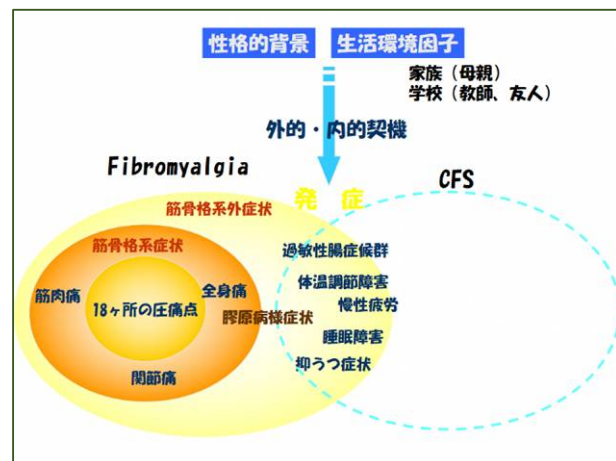
- 本邦では小児科医に疾患概念の認知がない。
FMS診療経験 5/313名(1.6%)(小児科学会神奈川県地方会会員)
- アメリカでは小児リウマチ外来新規受診児の5~8%
- 臨床症状の特徴
 - allodynia(軽いタッチの接触でも強い疼痛)
 - 自律神経障害(低体温-微熱、多汗、末梢冷感)
 - 睡眠障害(熟睡感乏しい、入眠困難)
 - 慢性疲労感、うつ様気分、不登校
- 小児例の発症病理は成人とは異なる。
 - 薬物療法に対する無効例多い
 - 精神的アプローチ奏効例の存在
 - 病児と家族(とくに母親)との相互依存の葛藤

です。病因は、一時性・原因がはっきりわからないものが70%くらい、何か原因があるものは30%といわれています。発症の契機ですが、外的要因では約20%あり、中には頭部の打撲、炎天下の屋外活動などが原因となったり、心因性の要因として、こちらも20%くらいですが、中学受験の失敗、学校教師との不和というものがあります。

臨床症状は、疼痛・筋力低下・睡眠障害などです。重症度の分類は、5段階に分かれており、ステージ1が日常生活に重大な影響がないというものから、ステージ5の日常生活は全く不可能になるものまでに分かれています。注目すべきことは、このうち登校障害が95.5%も占めるということです。

次に生命学的予後についてお話しします。まず成人ですが、基本的に生命予後には問題なく本症が原因での死亡例の報告はありません。しかし、既存疾患に併発する続発性の場合、その原病が原因となって死亡に至ることがあります。また自殺率が増加するための対策も必要といわれています。一方小児例ですが、比較的経過が良好で、大部分は1年～2年以内に回復するといわれています。ただし本邦例では84%の患者が外来通院管理下で1年間に僅か1.5%のみが回復し、半数が軽快、残り約半数が不変か悪化しています。日常生活に対して半数が何らかの影響を受け、約1/3が休職・休学しています。その期間は平均3.2年にも渡るといわれています。

以上をまとめますと、性格的背景・生活環境の因子に外的あるいは内的契機が加わることによって2つの疾患が発症するといわれていますが、この2つを大きく分類することはできず、併発することも少なくないといわれています。リウマチ学では、リウマチの原因に沿っていろいろ研究がされてきましたが、最終的に現在、慢性疲労症候群と線維筋痛症、この2つの疾患が残っており、これからの更なる研究が待たれています。



「小児科診療 UP-to-DATE」

<http://medical.radionikkei.jp/uptodate/>