

脊椎外科医には線維筋
痛症と慢性広範痛症の
知識が必須

一医事紛争を避けるために一

戸田克広

脊椎外科医には線維筋痛症と慢性広範痛症の知識が必須
—医事紛争を避けるために—

〒738-0060

広島県廿日市市陽光台5丁目12番

廿日市記念病院リハビリテーション科

戸田克広

The knowledge of fibromyalgia and chronic widespread pain is essential for spinal surgeons-to prevent medical disputes-

Key words: Fibromyalgia、Chronic widespread pain、Medical disputes

まとめ

身体5か所に3か月以上痛みがあり、18の圧痛点のうち11か所以上に圧痛があれば、自動的に線維筋痛症（FM）と診断される。狭義の慢性広範痛症（CWP）は身体5か所に3か月以上の痛みがあるが圧痛点の数が10以下であり、他の疾患で症状を説明できない状態である。広義のCWPはFMを含む。FMの有病率は約2%、広義のCWPの有病率は約10%である。CWPにFMの治療を行えばFM以上の治療成績を得ることができる。脊椎外科医は以下の三つの理由でFMやCWPを認識する必要がある。①FMやCWPが脊椎疾患と診断され、手術が行われることがある。②脊椎の手術後にFMやCWPが発生することがある。③FMやCWP患者が絶対的手術適用の脊椎疾患を合併した場合、症状が複雑になり手術が遅れることがある。今後、FMやCWPをめぐる医事紛争が起こることが予想される。

線維筋痛症と慢性広範痛症

米国リウマチ学会の定めた線維筋痛症（fibromyalgia: FM）の分類基準によると

、18か所の圧痛点のうち11か所以上に圧痛があり、身体5か所に3か月以上の痛みがあれば、別の疾患が合併していてもFMと診断される[1]。慢性広範痛症（chronic widespread pain: CWP）の診断基準には様々な基準があるが、その分類基準に記載された身体5か所に3か月以上の痛みがあり、他の疾患で症状を説明できない場合という基準が用いられる機会が多い[2]。狭義のCWPはFMを含まないが、広義のCWPはFMを含む。CWPの診断基準を満たさないが、慢性腰痛症のみや肩こりのみより痛みの範囲が広い場合がCWPあるいは不全型CWPである。FMの有病率は約2%[3]、FMを含むCWPの有病率は約10%[4]、不全型CWPの有病率はCWPの有病率の1-2倍[3, 5-7]と報告されている。FMの原因は不明であるが、脳の何らかの機能障害が原因であるというcentral sensitization説が定説になっている[8]。

慢性腰痛症や肩こりから線維筋痛症へ

男性慢性腰痛症患者の5.5%が、女性慢性腰痛症患者の34%がFMになったという平均経過期間が18年の後ろ向き研究がある[9]。慢性腰痛症のみや肩こりのみから慢性局所痛症（chronic regional pain: CRP）、さらにCWPを経由してFMに進展する[5, 7, 9]。勿論、途中で止まることや逆に動くこともある。慢性腰痛症のかなりの割合はFM、CWP、CRPあるいはその不完全型であると私は推測している。それらでない場合でも将来それらに進展する慢性腰痛症も少なくない。肩こりでも同様である。つまり、FMやCWPの概念を知らずに慢性腰痛症や肩こりを論じることには無理がある。そのため、慢性腰痛症や肩こりを取り扱うことの多い脊椎外科医にはFMの知識は必須である。世界ではCWPに対しては一般的にFMと同じ治療が行われており[10]、不全型CWPやCWPにFMの治療を行えば、FM以上の治療成績を得ることができる[11]。筆者の経験では慢性腰痛症のみの患者にもFMの治療は有効である[12]。

脊椎外科医と線維筋痛症

脊椎外科医は脊椎の手術を行う。その際には特にFMの知識が有用である。FM、CWP、不全型CWP患者はしばしば脊椎疾患と間違われて、脊椎の手術が行われる。その場合には当然ながら治療効果は全くない。MRIなどで神経の圧迫があっても、臨床症状と一致していなければ手術を行うべきではない。頸椎椎間板ヘルニアの手術が誤って行われたため痛みがほとんど改善しなかったがFMの治療によ

り痛みが消失したCWP患者を経験したので後日報告予定である。判断に迷った場合にはFMの専門家に紹介することが望ましい。FMを含むCWPの有病率は約10%であり、不全型CWPの有病率はCWPの有病率の1-2倍であることを忘れてはならない。

FM患者が脊椎疾患を合併した場合には症状が多彩になる。腰椎椎間板ヘルニアにより膀胱直腸障害が起きたにもかかわらず手術が遅れたFM患者がいた[13]。絶対的手術適用の場合にはFMが合併していても、手術をためらってはならない。

脊椎の手術後にFM、CWP、CRPが発生することがある。四肢の手術の後に複合性局所疼痛症候群（complex regional pain syndrome: CRPS）が発生することがあるのと同様である。四肢の手術の際には、術前にCRPSが発生するかもしれないという説明が行われることが多いが、脊椎の手術の場合にはFMなどが発生するかもしれないという説明が行われることは全くと言ってよいほどない。CRPS発生の可能性を説明せず四肢の手術を行い、CRPSが発生した場合には紛争が起きやすい。脊椎の手術を行う際にはFMなどが発生する可能性があることを説明することが望ましい。

脊椎外科における新しい動き

日本では脊椎外科医の多くは整形外科医である。実は腰痛の中で明確な原因が判明している腰痛は1割前後と推測されている。2012年にミラノで開催されたThe 14th World Congress on Painにおける腰痛症の講演では明確なデータは提示されなかったものの腰痛の中で原因不明の腰痛は90-95%であると説明されていた。

最近、腰痛の原因のかなりの割合は脳の機能障害が原因であるという説が日本の脊椎外科などから提唱されている。認知行動療法が腰痛に有効であることや、腰痛患者は不安障害やうつ病を合併しやすいことなどが報告されている。これはFMの概念そのものである。FMの原因は不明であるが、脳の機能障害であるという説が定説になっている。腰痛や肩こりからFMの不完全型のCRPやCWPを経由してFMにまで進展する[5, 7, 9]。FM、不安障害、うつ病は中枢性過敏症候群（central sensitivity syndrome: CSS）に含まれるため[14-17]、それらが互いに合併しやすいことは当然である。膨大な時間と経費をかけて前述の研究成果が報告されている。それらの研究成果はFMやCSSに関する論文ですでに報告されているのである。PubMed（キーワードで英語論文を検索できる無料サイト）を使用すれば、時間

も経費もほとんどかからず、それらの研究成果を得ることができる。意図的にFMやCSSを避けているとしか思えない。早急にFMやCSSを認めて、過去の論文を成果を知った上で研究を行った方が効率がよくなる。

機能性身体症候群（functional somatic syndrome: FSS）という症候群がある。それに含まれる疾患群はCSSに含まれる疾患群とほぼ同一である。身体表現性障害（functional somatic disorder）と病名が似ており、しかも「機能性」と断言しているため、日本では身体表現性障害とほとんど同じ意味でしばしば使用される。しかし、FSSは身体表現性障害とは全く異なる概念である。病因が明確にわかるCSSの方が混乱がおこらないため、CSSに用語を統一することが望ましい[18]。

線維筋痛症を巡る裁判

現在FMを巡る裁判としては、交通事故後に生じたFMに関して加害者や保険会社と交通事故被害者との間で行われている。2006年10月に山口地裁岩国支部と2009年12月に広島地裁で判決が出て確定している。後者の判決では心因性疼痛という主張は退けられ、FMであることが認められた。現在、FMと脳脊髄液漏出症を合併した症例や交通事故後にCWPが発生した症例が裁判になって争われている。交通事故後にCWPが発生した症例では横浜地裁で約4700万円の判決が出て、現在高等裁判所で裁判が行われている[19]。今後弁護士の数が増えるために、弁護士の新たな仕事が模索されると推測している。CRPSと同様に、医師と患者の間でFMを巡る医事紛争が起こることが推測される。特に、脊椎の手術後にFMやCWPが発生した場合には医師が訴えられる可能性がある。脊椎の手術後にFMが発症することはやむを得ないが、術前にFMが発症する可能性を説明していない場合や、不適切な治療が行われた場合には医師は不利になる。裁判は正論を述べる場である。「身体表現性障害である。」あるいは「心因性疼痛である。」という主張と「PubMedを調べるとLancet、JAMA、Painなどの一流英語雑誌にFMはごく普通に掲載されている。FMは世界医学では常識であり、それを認めていない日本医学こそが非常識なのである。」という主張のどちらを裁判官が採用するかを考えていただきたい。

大変残念ながら、交通事故後にFMが発症した場合、「FMは疾患とは言えず、FMではなく心因性疼痛あるいは身体表現性疼痛と診断すべきである。」という趣旨の保険会社に有利な意見書を書く医師の多くは整形外科医である。超有名脊椎

外科医の場合もある。

線維筋痛症であるのか身体表現性障害/うつ病であるのか

どの診断名が適切であるかどうかは別として慢性痛に苦しむ患者が多数いることは事実である。日本以外の先進国では医学的に説明のつかない痛みや症状は精神科の業界では身体表現性障害（身体化障害、疼痛性障害）と診断され、痛みやリウマチの業界ではFMやCWPと診断されている。これは許容できない大混乱である。胃から採取した細胞が病理学的に悪性度が高ければ内科の業界も外科の業界も同じ診断であるべきである。異なる医学理論が衝突した場合の解決策は治療成績である。治療成績のよい医学理論や診断が正しいのである。筆者はFMやCWPを知らない時には慢性痛に対して多くの整形外科医が行っている治療法（非ステロイド性消炎鎮痛薬、牽引、温熱治療など）、漢方薬を中心とした治療を行ったが、その治療成績はFMの治療を行った治療成績には遙かに及ばない。FMやCWPを認めずうつ病や身体表現性障害（身体化障害、疼痛性障害）と診断して精神科医や心療内科医が慢性痛患者に行っている治療は十分に承知している。残念ながら、身体表現性障害に有効な治療はごく僅かである[20]。身体表現性障害に有効な治療より、FMに有効な治療の方が遙かに多いため、身体表現性障害と診断してしまうと治療の選択肢が狭くなってしまふ[21]。そのため、身体表現性障害と診断してしまうと治療成績がほぼ間違いなく悪くなってしまふ。多くの精神科医は基本的には慢性痛をうつ病の一症状として、うつ病の治療で代用している。慢性痛をうつ病の一症状として治療した場合に有効な治療はごく僅かである。慢性痛をうつ病の一症状とみなして慢性痛に有効な治療より、FMに有効な治療の方が遙かに多いため、慢性痛をうつ病の一症状とみなしてしまふと治療の選択肢が狭くなってしまふ。うつ病の治療と慢性痛の治療は一部類似しているが、実は異なる治療なのである。①FMに有効なノイロトロピン、デキストロメトルファンなどの薬物はうつ病には通常使用されない。②うつ病の治療で通常使用される抗うつ薬は選択的セロトニン再吸収阻害薬（SSRI）である。SSRIの鎮痛効果は三環系抗うつ薬（TCA）の鎮痛効果より弱い[22]。しかし、FMの治療ではTCAがSSRIより鎮痛効果が強いいため優先的に使用される。③TCA、特にアミトリプチリンやノルトリプチリンをFMに使用する場合には通常1日50 mg以下であるが、うつ病に使用する場合にはそれより大量に使用することが多い。そのため、漸増の速度がFMよりうつ病の方

が速くなる。④FMでは有酸素運動が有効であるが、うつ病ではそれは通常勧められていない。⑤喫煙はFMに有害であることが報告されている。少なくとも筆者は喫煙しているFM患者には禁煙の必要性を説明している。しかし、うつ病の場合には禁煙の必要性が説明されることは少ない。禁煙がストレスになるため禁煙をする必要がないと説明されることが珍しくない。

おわりに

以上述べたように、脊椎外科医にはFMの知識は必須である。自分自身のためにも、患者さんのためにもFMの知識を得ることが望ましい。

文献

- 1) Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, Tugwell P, Campbell SM, Abeles M, Clark P, Fam AG, Farber SJ, Fiechtner JJ, Franklin CR, Gatter RA, Hamaty D, Lessard J, Lichtbroun AS, Masi AT, McCain GA, Reynolds J, Romano TJ, Russell IJ, Sheon RP: The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum.* 33: 160-172, 1990.
- 2) 戸田克広: 線維筋痛症の診断基準. *日本医事新報.* 4443: 49-52, 2009.
- 3) Toda K: The prevalence of fibromyalgia in Japanese workers. *Scand J Rheumatol.* 36: 140-144, 2007.
- 4) McBeth J, Jones K: Epidemiology of chronic musculoskeletal pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 21: 403-425, 2007.
- 5) Forseth KO, Forre O, Gran JT: A 5.5 year prospective study of self-reported musculoskeletal pain and of fibromyalgia in a female population: significance and natural history. *Clin Rheumatol.* 18: 114-121, 1999.
- 6) Bergman S, Herrstrom P, Hogstrom K, Petersson IF, Svensson B, Jacobsson LT: Chronic musculoskeletal pain, prevalence rates, and sociodemographic associations in a Swedish population study. *J Rheumatol.* 28: 1369-1377, 2001.
- 7) Bergman S, Herrstrom P, Jacobsson LT, Petersson IF: Chronic widespread pain: a three year followup of pain distribution and risk factors. *J Rheumatol.* 29: 818-825, 2002.
- 8) Stisi S, Cazzola M, Buskila D, Spath M, Giamberardino MA, Sarzi-Puttini P, Arioli G,

- Alciati A, Leardini G, Gorla R, Marsico A, Ceccherelli F, Bazzichi L, Carignola R, Gracely RH, Salaffi F, Marinangeli F, Torta R, Di Franco M, Biasi G, Cassisi G, Casale R, Altomonte L, Atzeni F: Etiopathogenetic mechanisms of fibromyalgia syndrome. *Reumatismo*. 60 Suppl 1: 25-35, 2008.
- 9) Lapossy E, Maleitzke R, Hrycaj P, Mennet W, Muller W: The frequency of transition of chronic low back pain to fibromyalgia. *Scand J Rheumatol*. 24: 29-33, 1995.
- 10) Toda K: Treatment of chronic widespread pain is similar to treatment of fibromyalgia throughout the world. *J Musculoskelet Pain*. 18: 317-318, 2010.
- 11) 戸田克広: 線維筋痛症と chronic widespread pain (CWP) ・不全型CWPの治療成績の比較. *臨整外*. 44: 1203-1207, 2009.
- 12) 戸田克広: 線維筋痛症がわかる本. 主婦の友社, 東京, 2010.
- 13) 戸田克広: 三環系抗うつ薬により弱い自殺念慮が選択的セロトニン再取り込み阻害薬により強い自殺念慮と他殺念慮が生じた成人慢性広範痛症の1例. *最新精神医学*. 16: 205-208, 2011.
- 14) Yunus MB: The concept of central sensitivity syndromes. Wallace D. J., Clauw D. J. ed. *Fibromyalgia & other central pain syndromes*. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 29-44, 2005.
- 15) 戸田克広: 中枢性過敏症候群 (central sensitivity syndrome) . *日本医事新報*. 4553(2011年7月30日): 84-88, 2011.
- 16) Yunus MB: The prevalence of fibromyalgia in other chronic pain conditions. *Pain Res Treat*. 2012: 584573, 2012.
- 17) 戸田克広: 中枢性過敏症候群. *産科と婦人科*. 80: 2013 (依頼原稿提出済).
- 18) Toda K: The term of functional somatic syndrome should be changed to the term of central sensitivity syndrome. *Pain Pract*. 12: 83, 2012.
- 19) 戸田克広: 交通事故後の不全型線維筋痛症の判決5000万円弱. 腰痛症、肩こりから慢性広範痛症、線維筋痛症へー中枢性過敏症候群ー
<http://fibro.exblog.jp/17024459/>
- 20) LaFrance WC: Somatoform disorders. *Semin Neurol*. 29: 234-246, 2009.
- 21) 戸田克広: 慢性痛をうつ病とは独立した疾患として治療しよう. 腰痛、肩こりから慢性広範痛症、線維筋痛症へー中枢性過敏症候群ー. *最新精神医学*. 15: 299-302, 2010.

22) Hauser W, Bernardy K, Uceyler N, Sommer C: Treatment of fibromyalgia syndrome with antidepressants: a meta-analysis. *Jama*. 301: 198-209, 2009.

著者紹介

著者紹介

戸田克広（とだかつひろ）

1985年新潟大学医学部医学科卒業。元整形外科医。2001年から2004年までアメリカ国立衛生研究所（National Institutes of Health: NIH）に勤務した際、線維筋痛症に出会う。帰国後、線維筋痛症を中心とした中枢性過敏症候群や原因不明の痛みの治療を専門にしている。2007年から廿日市記念病院リハビリテーション科（自称慢性痛科）勤務。『線維筋痛症がわかる本』（主婦の友社）を2010年に出版。電子書籍『抗不安薬による常用量依存—恐ろしすぎる副作用と医師の無関心、抗不安薬の罣、日本医学の闇—』<http://p.booklog.jp/book/62140>を2012年に出版。ブログにて線維筋痛症を中心とした中枢性過敏症候群や痛みの情報を発信している。実名でツイッターをしている。

ツイッター：@KatsuhikoTodaMD

実名でツイッターをしています。キーワードに「線維筋痛症」と入れればすぐに私のつぶやきが出てきます。痛みや抗不安薬に関する問題であれば遠慮なく質問して下さい。私ができる範囲でお答えいたします。

電子書籍：抗不安薬による常用量依存—恐ろしすぎる副作用と医師の無関心、精神安定剤の罣、日本医学の闇—<http://p.booklog.jp/book/62140>

日本医学の悪しき習慣である抗不安薬の使用方法に対する内部告発の書籍です。276の引用文献をつけています。2012年の時点では抗不安薬による常用量依存に関して最も詳しい日本語医学書です。医学書ですが、一般の方が理解できる内容になっています。

・戸田克広：「正しい線維筋痛症の知識」の普及を目指して!—まず知ろう診療のポインナー。CareNet 2011

<http://www.carenet.com/conference/qa/autoimmune/mt110927/index.html>

薬の優先順位など、私が行っている線維筋痛症の最新の治療方法を記載しています。

・ 戸田克広: 線維筋痛症の基本. CareNet 2012

<http://www.carenet.com/special/1208/contribution/index.html>

さらに最新の情報を記載しています。

ブログ：[腰痛、肩こりから慢性広範痛症、線維筋痛症へー中枢性過敏症候群](http://fibro.exblog.jp/) 戸田克広 <http://fibro.exblog.jp/>

線維筋痛症を中心にした中枢性過敏症候群や抗不安薬による常用量依存などに関する最新の英語論文の翻訳や、痛みに関する私の意見を記載しています。

線維筋痛症に関する情報

戸田克広: 線維筋痛症がわかる本. 主婦の友社, 東京, 2010.

医学書ではない一般書ですが、引用文献を400以上つけており、医師が読むに耐える一般書です。

電子書籍

通常の書籍のみならず電子書籍もあります。

電子書籍（アップル版、アンドロイド版、パソコン版）

<http://bukure.shufunotomo.co.jp/digital/?p=10451>

通常の書籍、電子書籍（kindle版）

http://www.amazon.co.jp/%E7%B7%9A%E7%B6%AD%E7%AD%8B%E7%97%9B%E7%97%87%E3%81%8C%E3%82%8F%E3%81%8B%E3%82%8B%E6%9C%AC-ebook/dp/B0095BMLE8/ref=tmm_kin_title_0

電子書籍（XMDF形式）

<http://books.livedoor.com/item/4801844>

脊椎外科医には線維筋痛症と慢性広範痛症の知識が必須—医事紛争を避けるために—

2012年12月10日 第1版第1刷発行

2013年1月5日 第1版第4刷発行

<http://p.booklog.jp/book/61950>

著者：戸田克広（とだかつひろ）

発行者：吉田健吾

発行所：株式会社ブックログ

〒150-8512東京都渋谷区桜丘町26-1 セルリアンタワー

<http://booklog.co.jp>

脊椎外科医には線維筋痛症と慢性広範痛症の知識が必須—医事紛争を避けるために—

<http://p.booklog.jp/book/61950>

著者：戸田克広

著者プロフィール：<http://p.booklog.jp/users/katsuhitodamd/profile>

感想はこちらのコメントへ

<http://p.booklog.jp/book/61950>

ブックログ本棚へ入れる

<http://booklog.jp/item/3/61950>

電子書籍プラットフォーム：ブックログのパブー (<http://p.booklog.jp/>)

運営会社：株式会社ブックログ