

[Case Report]

A case of fibromyalgia diagnosed as psychogenic reaction

Ken Hayashi*, Toshiaki Sakai**, Takeshi Uohashi**, Tomoko Yamane**,
Suzuko Kakinouchi**, Hiroyuki Uenishi** and Hiromi Muraoka**

* Okayama University, Graduate School of Medicine and Dentistry

** Uohashi Hospital

Abstract

We here report a case of a patient with fibromyalgia who had consulted several orthopedists but had been diagnosed as having a psychosomatic disorder.

The patient is a 45-year-old woman. She suffered from neck, lumbar and limb pain which had worsened over several months. She went to several hospitals and consulted orthopedists, but no organic lesions were pointed out. She was diagnosed with a psychosomatic disorder and came to our hospital. Spontaneous pain as well as allodynia was definite, and we diagnosed this as fibromyalgia. After administration of Amitriptyrine and paroxetine as well as physical therapy, her symptoms became partially alleviated.

Although many people are suffering from fibromyalgia, this disorder is not very familiar among medical staff. The patients are thus inclined to be diagnosed as having a psychosomatic disorder as in this case. We need to be aware that there are many diseases with chronic pain syndrome.

Key words : pain, psychogenic reaction, fibromyalgia

心因反応と診断され転院を繰り返していた線維筋痛症の1例

林 健*, 塚 俊明**, 魚橋武司**, 山根知子**
垣之内 鈴子**, 村岡祐美**, 上西裕之**

【要旨】 心因反応の診断のもと、医療機関を転々としてきた線維筋痛症の患者を報告した。

患者は45歳女性である。徐々に進行する頸部、体幹、腰部、四肢の痛みにて複数の整形外科を受診し、心因反応と診断され当院に入院した。痛みは演技的ではなく、各部位の圧通より上記診断とした。amitriptyline および paroxetine の内服を開始し、症状は軽度改善した。

本疾病はあまり知られていないがゆえに適切に加療されていないことが多い。まずその疾病を疑うことが第一であり、日々の診療の上で注意しておくべき疾病と考えられる。

キーワード：痛み、心因反応、線維筋痛症

I. はじめに

「痛み」はそれに苦しんでいる本人だけが真に理解しうる症状である。診療の場においては多くの患者が痛みを訴え病院を受診するが、原因の診断には苦慮することも多い。

痛みの原因疾患が特定できた場合または推定できた場合は、例えその治療が困難であったとしても、医療者側としてはその後の治療方針をたてやすいし、また患者も納得することが多い。しかし、その診断がつけられない場合は、多くの場合医療機関からは心因反応とみなされ、患者も複数の医療機関を転々とする人が多いようである。

近年、痛みのメカニズムが少しずつ解明されはじめている。そして、さまざまな「特異な痛み」が注目され始めている。実際、国内の医学専門雑誌にも「特異

な痛み」の特集が最近組まれており、これも人々の関心の高さを物語っていると思われる¹⁾。

ここに触れる線維筋痛症も、最近特に注目を集めるようになった痛みを主訴とする疾病である。特異な検査所見があるわけではなく、その病態もよく分かっていないため、その診断は症状と病歴に頼るしかないが、それでも体の各部位における圧通の有無などからの診断基準に照らしあわせれば88%の sensitivity と81%の specificity で診断できるとされている²⁾。ここに示す患者は、その強い痛みに対して画像で確認される異常がないということで複数の医療機関を転々としてきており、精神科を主とする当院に入院するに至った女性である。診断した後もその治療には難渋しているが、このような患者は数多くいると思われるため、注意を喚起する意味も含めてここに報告する。

* 岡山大学大学院 医歯学総合研究科神経病態内科学

** 魚橋病院

II. 症 例

45歳女性。

主訴：頸部，腰部，四肢の痛み。

家族歴：特記事項なし。

既往歴：35歳ころより不眠や頻尿で心療内科受診していた。

生活歴：短大を卒業後，家事手伝いなどを経て33歳で結婚した。35歳で出産の後，41歳で離婚している。離婚の原因は，患者の神経症などが原因であったようだ。父親の経営する会社が経営難に陥り，最近父親が自己破産した。

現病歴：平成16年頃より，頸部や腰部，手がだんだんと痛むようになってきた。症状は次第に進行し，不眠もひどくなってきた。複数の医療機関の整形外科を受診しており，軽度の脊柱管の狭窄はあるものの，痛みを説明できる病変はないと言われてきた。心因性の症状と考えられ，当院紹介入院するに至った。

入院時現症：意識，知能に異常なし。強い抑うつ症状を認める。髄膜刺激徴候なし。脳神経系に異常なし。痛みのために力を入れづらいが，筋力低下はない。反射も正常。他覚的感覚の脱失はないものの，頸部，背部，腰部，臀部，上肢帯，手，下腿などに自発痛を認め，各部位（後頭部，僧帽筋部，棘上筋部，臀部，大転子部，膝内側など）での圧通が著明である。痛みの性質は，ひきつった感じとしびれた感じと表現される。痛みのために自動運動はきわめて少なく，ベッド上または車椅子にてできるだけ動かないようにまっすぐにしている。また，寝返りも痛みのため自分ではうてない。

検査所見：血液検査にて軽度の貧血を認める。肝機能，腎機能，電解質に異常所見なく，CRPや血沈も正常であり炎症反応は認めなかった。心電図，脳波も特記事項なし。単純X線撮影では異常なく，頸部腰部MRIにて軽度の脊柱管の狭小化を認めるが（図1），現在の症状を説明できるような所見ではない。

入院後経過：病歴および症状から，Wolfeらの提唱する基準に照らし合わせて線維筋痛症と診断した。厚生労働省特別研究班の進行度分類¹⁾ではステージIVであった。エビデンスに基づき，診断名の告知と病気についての教育を行い，筋力トレーニングを主とした理学療法も行った。また，amitriptylineおよびparoxetineの内服を開始し，漸増の後，現在は前者30mg/日，後者10mg/日としている。その結果，患者は寝返りをうてるようになり，夜間の不眠もやや軽

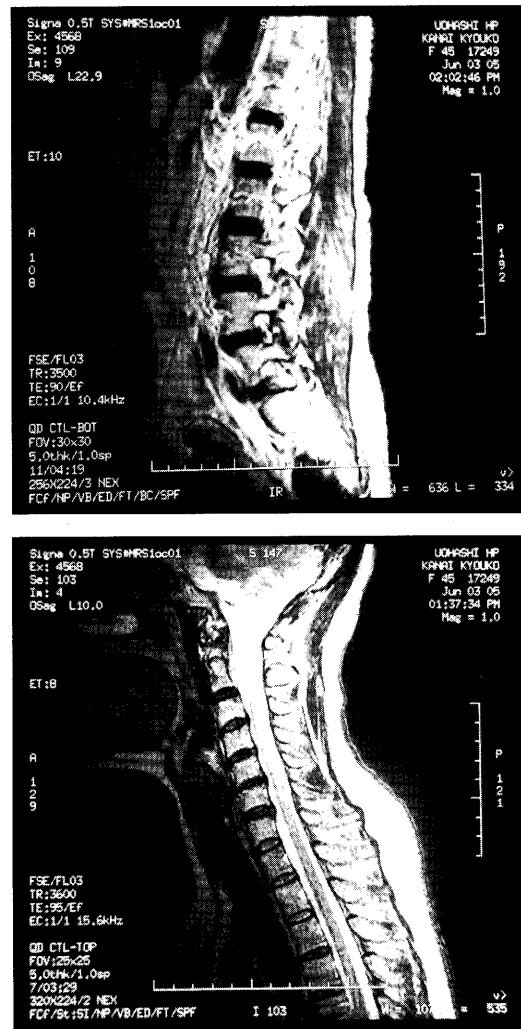


図1 腰椎および頸椎MRI (T₂矢状断)

減した。一方，頓服のloxoprofenは無効であった。しかし強い痛みはまだ続いており，圧通も持続はしている。

III. 考 察

線維筋痛症は欧米では20年ほど前からその存在が知られていたが，注目されるようになったのは最近と考えられる。その有病率は報告によっても異なり，日本では16万人との報告から¹⁾，米国では人口の2%との報告までである³⁾。わが国で人口の2%と言うと，総数200万人以上ということになり，これは認知症患者と同じ程の数である。もちろん，その全てがここに示したように著しくADL低下をきたしているわけではないが，決して無視できない数の患者がこの疾病に苦しんでいるのも事実である。男女比は圧倒的に女性

が多く、男性の約7倍である。

症状は、身体各部位の痛みである。Wolfeらは、左右それぞれの①後頭部、②下部頸椎、③僧帽筋、④棘上筋、⑤第2肋骨、⑥外側上顆、⑦臀部、⑧大転子、⑨膝（計18ヶ所）のうち11ヶ所以上の圧痛があることで診断すると、88%のsensitivityと81%のspecificityで診断できると報告している²⁾。本症例もこの基準に沿って診断した。

圧痛は痛覚過敏を反映しているものと思われ、この疾病が何らかの痛み中枢の異常であることを示唆している。また、抑うつなどの気分障害も伴うことが非常に多く、これは痛みによる反応性の抑うつのみならず、中枢神経系におけるcatecholamine系の障害も関与している可能性がある。発症については、外傷や炎症が引き金になることもあるが、興味深いことに、離婚、死別、経済的困窮なども引き金になりうる¹⁾。この患者においても、離婚や経済的困窮など、本疾病を惹起しうる精神的ストレスは数多くあり、それらが引き金になった可能性はある。またそれと同時に、その事実が多くの本疾病の患者を「心因反応」と診断されるに至る原因にもなっており、この疾病の診断の複雑さを物語っている。

この患者がそうであったように、本疾病患者は、診断されていないことが多い。米国においては、20%も診断されていないのではないかと報告されているが⁴⁾、日本ではそれよりさらに少ないのではないかとと思われる。加療している診療科も、正確な資料はないが、精神科が最も多いのではないかと考えられている（患者団体のホームページより）。

最近の論文にその治療についての総説が出ており、今回はその知見を元に加療を行った⁵⁾。まず、患者教育であるが、これはそれだけである程度予後の改善をもたらすとされている⁶⁾。しかし、そうでないという報告があるのも事実である⁷⁾。本例では、診断名や病態、治療、予後を教育することに努力したが、なかなか患者が納得せず、むしろ外科的加療を求め続けている。その点は医療者側としても非常に困惑しているところであり、その「要求の強さ」が、今まで医療機関を転々としてきた一因でもあるように思われる。結果として、この患者については、患者教育は症状の改善に役立っていないように思われる。一方、薬物療法については、多少の効果はあったようである。上記したように、夜間の不眠についてはやや改善しており、また、寝返りもひとりですることができるようになった。三環系抗うつ薬とserotonin再取り込み阻害剤は、多くの研究

がその有効性を報告するところである^{8,9)}。その一方、これらの薬剤もその効果には限界があり、本例においても、症状は依然強く存在し、決して今の改善に患者は満足していない。また、鎮痛薬は無効であった。これは過去の文献と一致するところである³⁾。理学療法は、あくまで補助療法の域を出ないように思われるが、単独でも有効であることが知られている¹⁰⁾。本例において理学療法がどの程度有効であったかどうかの判断は難しいが、患者はある程度前向きにこれに取り組んでいる。

前述したように、本疾病は診断の「確定」が困難である。診断には他疾患の除外が必要であるが、他疾患も完全に除外しきることはなかなか難しいと思われる。例えば、患者の訴える症状がすべて演技であったとしても、それを検査で見抜くことは難しい。心因反応または詐病であったとしても、Wolfeらの提唱する診断基準からそれらを除外することは不可能である。

ただ、一番の問題は本疾病があまり知られておらず、心因反応として片付けられる傾向にあることである。このような疾病を、日々の診療で念頭にいれながら行うように進めたい。

引用文献

- 1) 西岡久寿樹. 線維筋痛症. 神経内科2004; 61: 229-33.
- 2) 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 1990; 33: 160-72.
- 3) Wolfe F, Cathey MA. Prevalence of primary and secondary fibrositis. J Rheumatol 1983; 10: 965-8.
- 4) Marder WD, Meenan RF, Felson DT, et al. Editorial: the present and future adequacy of rheumatology manpower: a study of health care needs and physician supply. Arthritis Rheum 1991; 34: 1209-17.
- 5) Goldenberg DL, Burckhardt C, Crofford L. Management of Fibromyalgia Syndrome JAMA. 2004; 292: 2388-95.
- 6) White KP, Nielson WR, Harth M, Ostbye T, Speechley M. Does the label "fibromyalgia" alter health status, function, and health service utilization? Arthritis Rheum 2002; 47: 260-5.
- 7) Ehrlich GE. Pain is real; fibromyalgia isn't. J Rheumatol 2003; 30: 1666-7.
- 8) Carette S, McCain GA, Bell DA, Fam AG. Evaluation of amitriptyline in primary fibrositis.

- Arthritis Rheum 1986; 29: 655-9.
- 9) Wolfe F, Cathey MA, Hawley DJA. Double-blind placebo controlled trial of fluoxetine in fibromyalgia. Scand J Rheumatol 1994; 23: 255-9.
- 10) Jones KD, Burckhardt C, Clark SR, Bennett RM, Potempa KM. A randomized controlled trial of muscle strengthening versus flexibility training in fibromyalgia. J Rheumatol 2002; 29: 1041-8.