

小児科診療 UP-to-DATE

2013年10月23日放送

小児の片頭痛

国立精神・神経医療研究センター病院 小児神経科

医長 斎藤 義朗

片頭痛は器質的病変を持たない一次性頭痛に分類され、小児でも多くの罹患者があります。一次性頭痛のうち緊張型頭痛・群発頭痛については今回は詳細は割愛します。

小児の片頭痛の診断、その治療、また小児に特有な片頭痛関連病態の3点について順にお話しします。

成人における片頭痛の診断基準にあるように、4~72時間の持続、片側性・拍動性・中等度以上・軽度の日常的労作による増悪、また悪心・嘔吐、光過敏・音過敏が片頭痛の特徴です。しかし小児ではしばしば両側性や頭頂部の痛みを訴えることや、持続が1時間程度のことも多く見られます。その場合も10歳過ぎ・思春期に入って片頭痛の特徴を呈するようになり、光過敏や音過敏が出現してくることもあります。実践的にはこれらを念頭に主に二次性頭痛の除外診断の後に片頭痛としての治療を試みます。

問診の際、また頭痛日記をつけてもらう際には頭痛の重症度に留意します。頭痛があっても通常通りに活動できる場合に軽度、能率が低下するのを中等度、日常活動が出来なくなる場合に高度とします。

この重症度の他、頭痛に関する問診では持続時間、性状、頻度、好発時間帯、悪心/嘔吐の有無などを尋ねます。小児期の慢性頭痛の

国際頭痛分類 第2版 (ICHD-II, 2004)

第1部 一次性頭痛

1. 片頭痛
2. 緊張型頭痛
3. 群発頭痛およびその他の三叉神経・自律神経性頭痛
4. その他の一次性頭痛

第2部 二次性頭痛

5. 頭頸部外傷による頭痛
6. 頭頸部血管障害による頭痛 MELAS
7. 非血管性頭蓋内疾患による頭痛 てんかん
8. 物質またはその離脱による頭痛 薬物乱用頭痛
9. 感染症による頭痛
10. ホメオスタシスの障害による頭痛
11. 顔面・頭蓋の構成組織の障害に起因する頭痛あるいは顔面痛 副鼻腔炎・斜視・顎性頭痛
12. 精神疾患による頭痛

第3部 頭部神経痛、中枢性・一次性顔面痛およびその他の頭痛

13. 頭部神経痛および中枢神経性顔面痛 帯状疱疹
14. その他の頭痛、頭部神経痛、中枢性あるいは原発性顔面痛

1. 小児の片頭痛の診断

成人での診断基準

持続時間は4~72時間

(1)片側性 (2)拍動性 (3)中等度~重度 (4)日常動作による増悪のうち2項目以上

(1)悪心/嘔吐 (2)光過敏/音過敏のうち1項目以上

5回以上の頭痛発作

小児の片頭痛の特徴

両側や頭頂部のことが多い
持続時間が1時間程度のことが多い
光過敏・音過敏が目立たないことが多い

思春期に向かい片側性・持続時間の遷延・悪心/嘔吐・光過敏/音過敏といった典型的な片頭痛に変わっていく

7割程度は片頭痛であり、その特徴の有無を確認していくことが有効です。軽度労作による増悪は「階段の上り下り程度の動作で頭痛が強くなりますか」、音過敏は「食事の食器とスプーンの音など普段は大丈夫な音がガラスや黒板を引っ掻いたように嫌な音に聞こえますか？」など具体的に尋ねます。また、片頭痛と緊張型頭痛の併存例もあり、頭痛が1種類なのか、複数あるのかに注意します。片頭痛の前兆の、視覚症状・感覚症状には、視界がゆがむ・光が見える、ビリビリするという陽性徴候、視界が暗くなる、触覚が鈍くなるという陰性徴候があります。前兆症状が遷延している場合、脳梗塞などの除外が必要です。また、片頭痛の増悪時には腹痛・下痢や微熱などの自律神経症状を伴うことが稀ならずあります。思春期に起立性調節障害の合併例もあり、頭痛の増悪とともにその症状が悪化します。頭痛と同側の四肢痛を伴うこともあります。これらの点の確認は診断の参考になるとともに、患児や家族に片頭痛という病気の理解による安心感をもたらすことにもなります。

鑑別診断として、まず緊張型頭痛の診断基準を呈します。他に、脳血管病変、副鼻腔炎、MELAS、ADEMなど、除外すべき種々の二次性頭痛があり、慢性頭痛では一度は頭部MRI所見の確認が勧められます。また、頭痛の増悪による受診時、当日に画像検査をすべきかどうかの判断が必要です。これは成人におけるくも膜下出血の鑑別診断に相当するイメージです。

片頭痛は小児でも稀ではなく、成人期へのキャリアオーバーも多くみられます。経過とともに頭痛の持続が長くなる可能性や、後で述べる薬物乱用頭痛についての説明など、必要な知識を伝えておくことが重要です。

片頭痛の診断についての注意点の最後に、てんかんによる頭痛との鑑別についてお話しします。片頭痛の患児で間欠期脳波上てんかん波が一般人口よりも多く見られます。またてんかんの治療中の患児に片頭痛が合併する場合があります。こうした際に頭痛がてんかん発作の症状ではないかと疑われ抗てんかん薬が処方されている症例をよく見かけます。しかし真のてんかん発作としての頭痛は極めて稀で、持続が短く、意識減損などの他の発作症状も伴います。てんかん発作や脳波異常を伴う頭痛では、てんかん発作直後の頭痛を除いては、まず頭痛は別個のものとして治療するのが実践的です。

次に片頭痛の治療についてご説明します。頭痛の頻度が少なく、重度の頭痛が稀な場合には頓用薬で対応するのが妥当です。一方、頻度が週数回などと多く、1回の頭痛の持続時間や重症度が重い場合には予防薬の連日内服が勧められます。小児でエビデンスが確立されてい

頭痛の重症度の表現

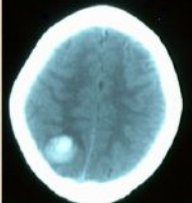
軽度：頭痛はあるが日常活動（通常の仕事や家事）が頭痛の無い間と同じようにできる
 中等度：日常活動がなんとかできるが能率が低下する
 高度：日常活動が出来なくなる

起きていられず寝込んでしまう場合を“きわめて高度”と記載することもある

これらや10段階評価により頭痛日記をつけてもらう一診断にも治療にも有用
 小児の片頭痛では中等度(～高度)が多い

除外すべき二次性頭痛

「これまでにない激しい頭痛」 「啼泣後の麻痺の出現」 「眼の奥がチクチクする」



動静脈奇形からの出血



もやもや病



慢性副鼻腔炎

ミトコンドリア病(MELAS)、Tolosa-Hunt症候群、ADEM、高血圧、脳腫瘍、水頭症、低髄圧、Chiari奇形、動脈瘤、……

まず、受診当日に画像検査をすべきかどうかを判断する慢性頭痛でも一度はMRIを

疫学・予後

国内の調査では12-15歳で有病率5%程度

成人期までの完全寛解 ～30%

片頭痛の25%は10歳以下で発症 (Lance et al., 1965)

家族歴50-60%
 両親に片頭痛があると70%、片親にあると45%のリスク (Laurence et al., 1987)

る薬剤は少なく、成人の片頭痛治療に倣って薬剤を選択していますが、確かに臨床的な効果が得られます。中でも幼児期から学童期の小児ではアミトリプチリンの有効例が多く、学童後期から思春期では塩酸ロメリジンの有効な場合を多く経験します。一方でトリプタン系薬剤は学童中期までの片頭痛の治療には通常は不要です。

片頭痛の治療に際して患児と家族に説明すべきポイントは、頓用薬と予防薬の適応についての考え方に加えて、以下のようなことがあります。

まず、治療目標は完全に頭痛が消失することではなく、苦痛が全体として3分の1以下になって日常生活がより暮らしやすくなることにありと明言することが必要です。これは発作の消失を目標にするてんかんの治療とは異なります。頭痛の再燃・増悪に対しても粘り強く治療を続ける姿勢を医師と患児・家族が共有する出発点でもあります。

また、月に10回以上、15回以上のトリプタン系薬剤やNSAIDの使用により、それまでの頭痛よりは軽いものの連日終日性に続く頭痛に移行する、薬物乱用頭痛について説明します。予防薬の使用の根拠でもあり、時に「自分が若いころ頭痛に市販の鎮痛薬を頻繁に使っていたら一日中頭痛が続くようになったことがある」というお母さんに出会うこともあります。

頭痛薬の副作用にも注意が必要です。塩酸ロメリジンの開始直後から激しい頭痛または眠気が出ることがあります。また、プロプラノロールやNSAIDは気管支喘息を増悪させるため、初診時に喘息の既往の有無を聞いておくことは重要です。頭痛の苦しみに加えて薬剤の副作用でさらに苦痛が加わるのは患児にとって大変辛いことであり、出現した際に早めに中止できるよう処方時に説明します。

薬剤の効果を評価する期間として、教科書的には1か月程度で頭痛の頻度や重症度を評価するとされています。しかし高度の頭痛が連日のように出現している場合には、効かない薬でひと月待つのは非常に辛いので、私の場合は重症例の治療開始初期には2週間おき程度に来診いただき、予防薬・頓用薬の両方について変更や追加を試みています。予防薬の継続期間は各症例の経過を見て数か月から数年と幅を持たせています。

なお、片頭痛は生物学的な病気であり、「気持ちの問題だ」「頭痛くらいで学校を休むなんて」あるいは「頭痛くらいでそんなに薬を飲ませたくない」といった対応は間違いであると説明を要する場合があります。一方、心理社会的な要因によって誘発されたり増悪が見られたりすることも多く、薬物治療と環境調整の両面からのアプローチが必要になることもあります。

2. 小児の片頭痛の治療

小児でのエビデンスの報告は限られている

頓用薬として

アセトアミノフェン, NSAIDs (イブプロフェン)
トリプタン系薬剤
(併用)制吐剤(7^{リナ}ラ)
(エルゴタミン) (Ca拮抗薬)
(セルシン・アタラックスP・クロルプロマジン・ステロイド静注)
(抗ヒスタミン薬:ベリナガ)

予防薬として

抗ヒスタミン薬 (塩酸シプロヘプタジン): 幼児期
抗うつ薬 (アミトリプチリン): 幼児~学童期
Ca拮抗薬 (塩酸ロメリジン): 思春期

β遮断薬 (プロプラノロール)
バルプロ酸 (TPM,GBP)
NSAIDs
パコフェン

完全な頭痛の消失ではなく、苦痛が3分の1になって生活がより安楽になることを治療目標とする (この点について治療開始時に患児/家族から理解を得る)

頻度が週数回と多い場合や、1回の頭痛の持続時間や重症度が重い場合には予防薬を積極的に使用する (NSAIDsやトリプタン系薬剤による薬物乱用頭痛について説明する)

アミトリプチリン、プロプラノロールなど比較的少量で有効な薬剤も多い
頭痛に苦しむ児に、副作用(プロプラノロールおよびNSAIDs: 喘息発作、塩酸ロメリジン: 眠気、頭痛などに注意)による苦痛がさらに加わることは避けたい

予防薬の内服期間は各例の頭痛の季節性の有無や重症度、罹患期間により数か月から数年

片頭痛は生物学的な疾患であり精神的な病気ではない
しかし重症化に学校や家庭における社会心理的要因が関与することは多く、両面からのアプローチが有効である

頭痛に関するいくつかのHPから

頭痛患者に対する対応

不適切な対応

「気のせい」
「精神(神経)的なことが原因」
「ストレスを分散しなさい」
などの言葉

望まれる対応

患者を不安がらせない言葉
「つらい症状ですね」
「気のせいではない」
診察や検査の結果を
分かりやすく説明する

医師が必要と考えること(%)

頭痛の軽減 66
片頭痛に関する説明 22
薬剤処方 6

患者が求めるもの(%)
片頭痛に関する説明 46
頭痛の軽減 31
診察・検査 7

(小児では「検査して異常がなければ安心、むやみに薬をのませたくない」という親の心情への配慮も?)

「頭痛の完全な消失ではなく、苦痛が3分の1になることを目指す」診療を

最後のトピックとして、片頭痛に関連した病態を有しながら頭痛以外の症状を呈するいくつかの疾患について簡潔に触れます。頭痛分類に小児周期性症候群として、周期性嘔吐症、小児良性発作性めまい、腹部片頭痛が挙げられています。これらは片頭痛に先行して出現することも、片頭痛に併存することもあります。以下は比較的稀な疾患ですが、眼筋型片頭痛は頭痛に数日遅れて眼瞼下垂や眼球運動障害が出現し、ステロイドが有効です。

乳児発作性良性斜頸はあまり知られておらず診断が遅くなることが多いようです。特徴を一度知ると診断は容易で、治療を試みるよりも自然軽快することを説明して安心感をもたらすことが第一です。

片麻痺性片頭痛の患児で、麻痺発作から始まり意識障害・発熱・MRI 拡散強調画像での高信号を伴い、急性脳症の病像を呈する場合があります。完全な回復例の報告が多いものの、後遺症を残したり致命的な報告例もあります。

稀ですが、片頭痛に健忘症状を伴うことがあります。器質的疾患を除外した上で頭痛の予防治療が奏功すると健忘症状も軽快します。

最後に、頭痛診療医としての目標は、落ち着いて粘り強く治療に関われるようになり、患児や家族に「きっと今よりも改善する日が来るので、一緒にがんばりましょう」というひとことが言えるようになることだと思います。諸先生の御研鑽を祈念します。

3. 小児期の片頭痛関連病態

小児周期性症候群
(周期性嘔吐症, 小児良性発作性めまい, 腹部片頭痛)
: 片頭痛に移行することが多い

乳児発作性良性斜頸

眼筋型片頭痛

片麻痺性片頭痛・急性脳症

一過性全健忘

「小児科診療 UP-to-DATE」

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