

Part two

第2部

二次性頭痛

The secondary headaches

5. 頭頸部外傷・傷害による頭痛
(Headache attributed to trauma or injury to the head and/or neck)
6. 頭頸部血管障害による頭痛
(Headache attributed to cranial and/or cervical vascular disorder)
7. 非血管性頭蓋内疾患による頭痛
(Headache attributed to non-vascular intracranial disorder)
8. 物質またはその離脱による頭痛
(Headache attributed to a substance or its withdrawal)
9. 感染症による頭痛
(Headache attributed to infection)
10. ホメオスターシス障害による頭痛
(Headache attributed to disorder of homoeostasis)
11. 頭蓋骨, 頸, 眼, 耳, 鼻, 副鼻腔, 歯, 口
あるいはその他の顔面・頸部の構成組織の
障害による頭痛または顔面痛
(Headache or facial pain attributed to disorder of the cranium, neck,
eyes, ears, nose, sinuses, teeth, mouth or other facial or cranial structure)
12. 精神疾患による頭痛
(Headache attributed to psychiatric disorder)

二次性頭痛の緒言

ある患者に、頭痛が初発し、または、新しいタイプの頭痛が発現し、同時に脳腫瘍(頭蓋内新生物)が発育している場合には、頭痛は腫瘍に続発するものであると結論するのが自然である。このような患者は、その頭痛が症候的に片頭痛、緊張型頭痛または群発頭痛のように思われても、7.4「脳腫瘍による頭痛」(あるいは、そのサブタイプ)の診断のみが与えられる。換言すれば、他疾患に併発する新規の頭痛が生じ、その疾患が頭痛の原因となると認定された場合は、常に二次性と診断される。

ある患者に、以前からあるタイプの一次性頭痛があり、その頭痛が他疾患の発生と時期的に一致して悪化した場合は、状況が異なる。この悪化した頭痛に対して3つの説明が可能である。すなわち、(1)同時に起こっている、(2)その他の疾患が原因となって、一次性頭痛が悪化している、(3)他疾患が原因となって、新たな頭痛が発現している、である。ICHD-2では、このような状況で複数の診断を規則として許容しているが、その場の判断にゆだねられていた。ICHD-3βでは、より厳格にして解釈や変更の余地が少なくなるように改訂した。

1. 新規の頭痛が初発し、頭痛の原因となることが知られている他疾患と時期的に一致する場合、あるいはその疾患によって頭痛を生じるといふ他の基準を満たす場合、新規の頭痛は、その原因疾患による二次性頭痛としてコード化する。新規の頭痛が、一次性頭痛(片頭痛、緊張型頭痛、群発頭痛や、三叉神経・自律神経性頭痛の1つ)の特徴を有する場合も、これに該当する。
2. 以前から存在する一次性頭痛が、そのような原因疾患と時期的に一致して慢性化あるいは有意に悪化した場合(通常、頻度や重症度が2

倍かそれ以上になることを意味する)、その疾患が頭痛の原因となる確証があれば、一次性頭痛と二次性頭痛の両方として診断する。

ICHD-2では、二次性頭痛のための診断基準のフォーマットを標準化したのが、問題点がないわけではなかった。ICHD-3βで採用された改訂がICHD-3でも継続されている。

●二次性頭痛の一般診断基準

- A. Cを満たすすべての頭痛
- B. 頭痛を引き起こしうる事が科学的に実証されている他疾患の診断がなされている(注①)
- C. 原因となる証拠として、以下のうち少なくとも2項目が示されている(注②)
 - ① 頭痛が、原因と推測される疾患と時期的に一致して発現している
 - ② 以下のいずれか、もしくは両方
 - a. 頭痛は原因と推測される疾患が悪化するのと並行して有意に悪化している
 - b. 頭痛は原因と推測される疾患が軽快するのと並行して有意に改善している
 - ③ 頭痛は原因疾患の典型的な特徴を有している(注③)
 - ④ 原因となる他の証拠が存在する(注④)
- D. ほかに最適なICHD-3の診断がない

●注

- ① 頭痛は有病率の高い疾患であるので、他疾患と偶発的に合併しているだけで、因果関係がないということもありうる。したがって、診断基準Bで規定される疾患が頭痛を引き起こすことを示す科学的な研究に基づく根拠が存在する場合にのみ、二次性頭痛の確実な診断を行うことが可能となる。科学的な証拠は、ある疾患と頭痛の時間的な関連をその治療後と頭痛の経過を含めて観察した大規模な臨床研究や、小規模

でも、最新のより高度な画像検査、血液検査、他の臨床検査で、本診断基準を使用する医師が日常臨床ではまだ利用できないようなものであってもよい。換言すれば、診断基準として日常臨床に使用できるものでなくとも、診断基準Bの疾患と頭痛の因果関係を一般的に明確にするものであれば研究方法は有用であるということである。ただし、ICHD-3全体を通して、診断基準の内容は一般的な臨床で診断医が利用可能な情報や検査項目に制限されるべきである。

- ② 一般的な診断基準では、少なくとも2つの別個の証拠となる特徴が存在することが求められ、証拠を示す方式としては、ここで提示された4項目が認められている。これらの4項目はすべての疾患に必ずしも適切というわけではないので、そのような疾患に該当する場合には、診断基準に4項目すべてが記載されている必要はない。いくつかの二次性頭痛では、発症時期が一致していることが、原因と推測されている

疾患との因果関係を示すきわめて重要な証拠である。例として、7.2「低髄圧による頭痛」のサブタイプでは、通常起立性であるが、常にそうであるわけではないため、この特徴は、診断基準としては信頼できない。このような場合には、診断基準Dが特に重要である。

- ③ 1つの例として、6.2.2「非外傷性くも膜下出血(SAH)による急性頭痛」は、非常に突然の(雷鳴性の)発症形式である。それぞれの二次性頭痛ごとにその特徴が、(もしあれば)規定されなければならない。
- ④ それぞれの二次性頭痛に対して(適切な場合には)明記されるべきである。この種の証拠の一例は、頭痛の部位と、原因と推測される疾患の存在部位の一致である。他の例としては、頭痛の特徴(例えば頭痛の強さ)と、原因と推測される疾患の活動性を示すマーカー[例えば神経画像検査による変化、あるいは検査値(6.4.1「巨細胞性動脈炎(GCA)による頭痛」における赤血球沈降速度)]が並行して変化する場合がある。