

筋痛性脳脊髄炎(ME)／慢性疲労症候群(CFS)

臨床医のための臨床症例定義とガイドライン

～カナダの診断基準～

序 論

「筋痛性脳脊髄炎 (ME)」と「慢性疲労症候群 (CFS)」は、ほぼ同じ意味で使われており、この疾病は“ME/CFS”と呼ばれている。カナダ保健省によって選ばれた合意文書作成のための専門委員会は、臨床診断基準を確立し、ME/CFS の統一的な診断と治療への取り組みを開発した。

分類

ME/CFS は、後天的器質的疾患で、病態生理学的に多系統にわたる疾病であり、散発性にも起こりえるし、流行性の場合もある。慢性疲労症候群を含む筋痛性脳脊髄炎 (ICD 10 G93.3) は、世界保健機関の国際疾病分類 (ICD) において、神経系疾患と分類されている。慢性疲労を ME/CFS と混同してはならない。というのは、ME/CFS の「疲労」は、病態生理学的な極度の疲労を表すもので、多くの症状の一つにすぎない。研究によって生理学的かつ生化学的な異常という、注目に値するエビデンスが示されており、ME/CFS は他の疾病とは全く異なった、生物学的な臨床障害であると証明されている。

病因

ほとんどの患者は、ME/CFS を発症する前には、健康で活動的な生活を営んでいる。ウイルス関与の重要性は、しばしば感染が引き金となることによって裏づけられる。多種多様の細胞内病原体の高いレベルでの存在は、感染に対する生体反応の失調が重要な役割を果たしていることを示唆している。活性化免疫複合体の存在は、高レベルの T リンパ球の活性化によって裏打ちされる。細胞機能の低下は、NK 細胞の細胞傷害性の低下によって示される²。多くの症例では、単球内の 2-5A 連結酵素/リボヌクレアーゼ L・RNA 分解酵素 (RNase L) の抗ウイルス防御経路に、生化学的な調節不全があるという研究結果が確認されている^{3,4}。他の前駆のエピソードとしては、予防接種、麻酔、身体的トラウマ、環境汚染物質や化学製品・重金属への暴露、まれに輸血があげられる。急性発症例においては、急激かつ劇的な健康悪化がしばしば見られるが、その一方、明らかな原因もなく徐々に発症する人たちもいる。感染的要因に加えて、同居していない家族の一員の一人以上が疾病に罹患している場合には、遺伝的素因が考えられる⁵。

疫 学

有病率

疫学調査はさまざまな割合の有病率を示す。しかしながら、28,000 人以上の成人を対象にした大規模なアメリカの抽出調査では、100,000 人中 422 人が ME/CFS にかかっていることから⁶、125,000 人から 150,000 人の成人カナダ人が ME/CFS に罹患していると推定される。これは肺がんやエイズよりも有病率が高いことになる⁶。この疾病は、子どもや、あらゆる人種や民族、すべての経済・社会階層の人々を含むあらゆる年齢層が罹患し、また女性のほうが有病率が高い。ME/CFS の病因究明を困難にする一因は血液量と血球数の少なさかもしれない。

自然経過

ME/CFS は患者を衰弱させていく。予後のレビュー研究によれば⁷、6 つの研究のうち 5 つで、**成人が発症前のレベルの身体機能を取り戻す率は、0～6% (残りの一つの研究では 12%) と報告されている。**寛解後数年してからの再発もある。末端器官の進行性変性、特に心臓や膵臓の障害によって死に至る場合があり、また自殺の恐れもある。小児と若年者の予後はより良好である。症状の重症度が予後を最もよく示す指標であるが、一人ひとりの正確な予後について確実に予想することはできない。客観的指標である体位性心拍出量異常は、症状の重症度と反応性の極度の衰弱とよく相関する。

筋痛性脳脊髄炎(ME)のための国際的合意に基づく診断基準

ジャーナル・オブ・インターナル・メディスン

doi: 10.1111/j.1365-2796.2011.02428.x

本疾患の原因因子と病態の実態把握の欠如ゆえに、「慢性疲労症候群 (CFS)」というレッテルが長年持続した。広範囲の炎症と多系統にわたる神経病理を強く示す、ごく最近の研究や臨床経験を考慮すると、「筋痛性脳脊髄炎」(ME) という用語を使用の方が適切で正確である。ME は根本に潜んでいる病態生理を表すからである。それはまた **ME が世界保健機関の国際疾病分類 (ICD G93.3) において、神経系疾患と分類されている** こととも一致する。その結果、臨床医、研究者、大学の教員、独立した患者の権利擁護団体から成る国際的合意形成のための専門委員会が、最新の理解に基づいた診断基準を作成することを目的として組織された。委員会は、13 の国の広範囲の専門分野の代表から構成された。合計すると、委員たちにはほぼ 400 年もの臨床と教育経験を有し、査読を受けた何百という出版物を著し、おおよそ 50,000 人の ME 患者を診断又は治療し、数人の委員は先の診断基準 (訳注: カナダ基準) の共著者であった。Pub Med や他の医療情報源はもちろん、専門委員会のメンバーの専門知識や経験も、提案・草案・考察・修正を経る上で役立てられた。著者たちはいかなる後援団体からも束縛されることなく、デルフィ型のプロセスを経て、100% の合意に達した。この論文のカバーする範囲は、ME の診断基準とその臨床適用に限られており、従って診断基準は、本疾患の複雑な症候学を反映したものである。実施ノートは、様々な症状の表れ方や解釈についてのガイダンスを提供することで、さらに明確さと特異性を向上させた。臨床および研究適用ガイドラインは、主治医や他の医療提供者によって ME が最も適切に認識されることを促進し、成人及び小児患者の診断における国際的な一貫性を高め、調査研究のための患者をより明確に同定することを容易にする。

キーワード：慢性疲労症候群、診断基準、定義、診断、筋痛性脳脊髄炎
