



(第 50 回)

脳腫瘍によって生じる頭痛の特徴

山 畑 仁 志 花 田 朋 子 清 水 真未子 米 澤 大
藤 尾 信 吾 東 拓一郎 花 谷 亮 典

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 脳神経外科学

はじめに

頭痛は大きく一次性頭痛(片頭痛、緊張型頭痛、群発頭痛など、頭痛そのものが疾患であり画像異常を伴わない)と、二次性頭痛(脳腫瘍やくも膜下出血など、何らかの原因疾患が存在し、頭痛はその症状の一つとして出現し、疾患によっては画像異常を伴う)に分類される。日常診療においては、まず生命に関わる疾患も含まれる二次性頭痛の鑑別を行い、次いで頻度の高い片頭痛を含む一次性頭痛の診断・治療を進めることが、「頭痛の診療ガイドライン2021」においても推奨されている¹⁾。脳腫瘍は比較的稀ではあるが、脳神経外科・脳神経内科の診療において遭遇しうる疾患である。そのため、

脳腫瘍による頭痛の特徴を理解しておくことは、日常診療における鑑別診断の一助になると考えられる。

脳腫瘍による頭痛

脳腫瘍を有する患者における頭痛の有病率は32～71%と報告されており、その性状は非典型的で、緊張型頭痛に類似することが多いとされている²⁾。国際頭痛分類第3版では、「脳腫瘍による頭痛」の診断基準は図1のように定義されている。片頭痛の診断基準のような頭痛の性状は含まれておらず、主として脳腫瘍の進行や古典的な頭蓋内圧亢進症状(嘔気、嘔吐、早朝頭痛)との関連によって診断される。

脳腫瘍による頭痛 診断基準 (ICHD 3: 7.4.1)

- A. Cを満たすすべての頭痛
- B. 占拠性脳腫瘍が証明されている
- C. 原因となる証拠として、以下の少なくとも2項目が示されている
 - 1. 頭痛は腫瘍の発現時期に一致して発現したか、または頭痛がその発現の契機となった
 - 2. 以下のいずれかまたは両方
 - a. 頭痛は腫瘍の悪化に平行し有意に悪化した
 - b. 頭痛は腫瘍の治療の成功時期に一致して有意に改善した
 - 3. 頭痛は以下の4つの特徴のうち少なくとも1つを満たす
 - a. 進行性
 - b. 朝または臥位で悪化する
 - c. ヴェルサルヴァ様手技によって悪化する
 - d. 悪心や嘔吐を随伴する
- D. ほかに最適なICHD-3の診断がない

脳腫瘍による頭痛のレッドフラッグ

- 神経学的異常所見を伴うもの
- 50才以上の新規頭痛
- ガンの既往のある頭痛
- 普段の頭痛とは異なる頭痛や、最近発症の頭痛
- 数日、数週間で悪化する頭痛
- 新規発症の群発頭痛や三叉神経・自律神経性頭痛
- 運動やValsalva手技で起こる頭痛

Do TP et al. Neurology 92:134-144, 2019

図1：国際頭痛分類第3版
脳腫瘍による頭痛の診断基準

図2：頭痛のレッドフラッグ

我々の施設では外来受診時に頭痛に関するアンケート調査を行っているが、過去4年間の約350名の脳腫瘍患者のデータを解析したところ、診断基準に合致する頭痛を訴えた症例は約30%であった。すでに症候性で他院から紹介・転院となった症例や、神経障害によりアンケートに回答できない症例も含まれるため、実際の頻度はさらに高い可能性がある。

診断に際しては、多くの場合、頭痛が発見の契機となることや腫瘍発現時期と一致する頭痛、症状の進行性などが重視される。一方で診断基準C項目の中で示される症状の頻度は、吐き気20%、朝の悪化20%、睡眠(臥位)での悪化5%と必ずしも高くなかった。いわゆる古典的な脳腫瘍による頭痛の特徴として知られる「早朝に強い頭痛が出現し、吐き気・嘔吐を伴い、日中にかけて改善する」という症状は約5%程度と報告されており²⁾、我々の施設のデータでも同様の傾向を示した。

頭痛の部位(片側性40%、両側性24%)、性状(拍動性42%、重い・締め付ける感じ24%)、生活への支障度(支障なし41%、中等度影響42%、支障あり9%)、体動による悪化の有無(あり17%、変化なし66%)、光や音に対する過敏性(両方2.4%、光過敏のみ15%、音過敏のみ9%)などをみると、頭痛の特徴は片頭痛や緊張型頭痛のいずれにも該当しうる傾向を示していた。頭痛の程度が強くなく生活への支障度が低い場合には、対症療法や経過観察となることもあり、頭痛以外の神経症状を伴わない場合には「脳腫瘍による頭痛」と診断されない可能性もある。

危険な二次性頭痛を疑う徴候として、随伴する神経症状を伴う頭痛、50歳以降の初発頭痛、がん治療の既往、進行性の

頭痛、運動やValsalva手技で誘発される頭痛などが「頭痛のレッドフラッグ」として報告されている³⁾(図2)。頭痛自体が軽度であっても、上記のような特徴を認める場合には、脳腫瘍による頭痛の見逃しを防ぐ一助となる可能性がある。

また、「脳腫瘍による頭痛」の診断基準には「進行性」という要素が含まれており(図1)、初診時に頭痛がなくても後日出現する可能性や、初診時には軽微であっても悪化する可能性を考慮する必要がある。紹介元の市中病院・クリニック受診時には頭痛がなかったものの、脳腫瘍の診断後に大学病院を紹介受診した時点では、約20%の症例で新たに頭痛が出現していた。新規に頭痛が出現した症例の中には水頭症を合併した例が多く含まれていた。このことから、プライマリケアにおける頭痛診療では、画像評価によって脳腫瘍の有無を除外するだけでなく、腫瘍によるmass effectや水頭症の有無を評価し、将来的な症状進行の可能性を推測することも重要と考えられる。

参考文献

- 1)頭痛の診療ガイドライン2021 日本神経学会・日本頭痛学会・日本神経治療学会監修,「頭痛の診療ガイドライン」政策委員会編集,医学書院,2021, pp6-8.
- 2)Palmieri A, et al. Update on headache and brain tumors. Cephalalgia. 2021 ; 41 : 431-437.
- 3)Do TP, et al. Red and orange flags for secondary headaches in clinical practice: SNNOOP10 list. Neurology. 2019 ; 92 : 134-144.