

ATLAS

of Headache disorders and resources in the world 2011

この the Atlas of Headache Disorders の最終目標は、ここで集められた情報がグローバルかつ国内レベルでの頭痛疾患に対する意識を高め、頭痛患者の診療とサービスの向上につなげていくことである。頭痛診療に携わるあらゆる人の他に、健康関連プランナー、政策作成者らの助けになることが目標である。

Executive Summary

頭痛疾患は偏在し、広く支障を起こす。しかし、専門的に正しく診断を受け、治療を受けている者は少数であり、過小評価を受けている。今後、医療従事者に対するより良い教育、学会の発展、より良い頭痛診療を広めていくことが重要である。頭痛患者に関わる間接的経済コストは非常に高いが、効率のよい頭痛診療を実現することで、全体的コストの削減につなげられるだろう。

Methods

The *Atlas of Headache Disorders* は WHOが “Lifting The Burden: the Global Campaign against Headache” と共同で収集したデータを示している。データの大半は101か国の神経内科医、一般内科医および患者らに質問票を用いて収集されたものである。疫学的データはすでに発表されている研究結果に、このGlobal Campaignで得られた人口ベースの研究結果を加えて編纂された。

Introduction

疫学・負担

頭痛疾患は実によく遭遇する疾患ではあるが、その疫学に関しては偏りがある。片頭痛に関するものが多いが、実際には緊張型頭痛が最も一般的である。いずれにせよ、頭痛疾患が一般的な疾患であるにもかかわらず、人口ベースの研究dataは少ない。現時点では、片頭痛は成人の11%に影響を及ぼすとされる。反復性緊張型頭痛は一年の罹患率が平均42%とされ、そのうちの1-3%が慢性化する。薬物乱用頭痛は1%以上の罹患率とする報告がある。

どの頭痛疾患も大きく死亡率に寄与するものではなく、それゆえ認識されにくいのである。しかし、生活支障度、経済負担という点では大きなものになりうる。特に、片頭痛では、寿命の1.3% (life lost to disability: YLDs)がその支障により失われるとされる。Public healthの観点からは頭痛疾患は重要な分野である。

Barriers to care

治療にたどり着くまでの障壁：

頭痛は一般内科医や神経内科医を受診する理由の中でも頻度の高いものである。しかし、頭痛で困る状況にある人でも有効な治療を受けられていないことが多い。アメリカ、イギリスでも、片頭痛患者が医師の診察を受けるの

は約半数で、そのうちの2/3の者のみが正しい診断に至っている。ほとんどの患者が市販薬のみで対応しているのが現状である。特に日本では、片頭痛に対する意識が低く、医師を受診する比率が低い。

有効な治療にたどり着くまでの障壁として、ヘルスケア提供者側の頭痛診療に対する知識不足があげられる。これは医学部教育にまでさかのぼる。医学部教育の中で、頭痛診療にほとんど時間が割かれていない。頭痛に関する意識の低さは、一般社会にも同様にあてはまる。頭痛疾患のほとんどが反復性（episodic）で、致命的でもなければ感染性でもないため、頭痛患者自身らも含め、軽く受け止められる傾向にある。日本では、片頭痛を持っている事に気づかず、治療を受けるべき事を知らずにいる患者も多いとされる。多くの政府機関も頭痛疾患が社会に及ぼす影響を認識していない。このATLASの目的は頭痛疾患に関する意識を高め、知識に基づいた対策が取られるようにすることである。

METHODS

The *Atlas of Headache Disorders* は WHOが “ Lifting The Burden: the Global Campaign against Headache” と共同で収集したデータを示している。データの大半は101か国の神経内科医、一般内科医および患者らに質問票を用いて収集された。疫学的データはすでに発表されている研究結果に、このGlobal Campaignで得られた人口ベースの研究結果を加えて編纂された。質問票は基本的には、WHOの各地域（region）から一か国が割り当てられた。各国は6つのWHO regions（アフリカ、アメリカ、東地中海、ヨーロッパ、東南アジア、西太平洋地域）に分けられ、2009年のgross national income/人に基づき4段階に分けられた。質問票は簡易版も含め101か国の神経内科医から、そして47か国の一般内科医から回収された。193のメンバー国（member?）のうち、92か国(48%)からは回答が得られなかったが、人口ベースでは大多数（86%）からの回答を得られことになる。ただし、低所得の国々では回答者の同定が難しく、頭痛診療が遅れている地域でのdataが過小評価されている可能性はある。

RESULTS

Data Quality

特に低所得国からの回答は少なく、バイアスの存在は否めない。各国につき1~6人から情報を得た。得られた情報は8つのテーマに分類され、それぞれのテーマにつき地域・収入によりさらに分類された。

テーマ：疫学

18歳から65歳の人の約半数から2/3が昨年1年間で頭痛を自覚している。この年齢の10%以上の人らが片頭痛を有していた(アフリカ、東地中海除く)。Table 2.1に、頭痛全般、片頭痛、緊張型頭痛、薬物乱用頭痛、月15日以上頭痛の罹患率が地域ごとに示されている。

テーマ：社会的影響および国内data

頭痛による社会的影響に関するdataは回答が得られたうちの18%のみで存在した。そのうち、ヨーロッパでもっとも情報があり、東南アジアでは皆無であった。これは経済状況と強く相関した。回答が得られたうちの12%のみで頭痛疾患が年次健康調査に含まれており、ほとんどの国で十分には調べられていない。直接的および間接的な頭痛

疾患によるコストがそれぞれの国で正確に把握されれば、健康関連政策（health policy）の作成に有益であろう。

テーマ：医療機関利用率

世界的にみて、約50%の頭痛患者が医療機関を受診せぬままであり、10%の患者が神経内科医による治療を受けていた（Fig4.1）。Fig.4.3に、各地域の頭痛の疾患別の神経内科医の受診率が示されている。高収入国では片頭痛による受診比率が高かった。また、薬物乱用頭痛でも同様であった。二次性頭痛による専門医受診率は収入と逆相関を示した。

テーマ：診断と評価

世界的にみて、医療専門家は約40%の患者の片頭痛と緊張型頭痛を診断していた（Fig5.1）。高収入国では片頭痛の診断率は高くなり、薬物乱用頭痛も同様の傾向であった。回答が得られた56%の国で明確な診断基準が用いられていたが、低収入国では診断基準は使われない傾向にあった。診断と評価にどのような検査が施行されたか、Table 5.6に示されている。検査の理由は診断の補助に用いるというのが一番多かった。評価には MIDAS 質問票やHIT-6が用いられていた。

テーマ：治療

GUIDELINES:

回答があった国の約半数でガイドラインあるいはrecommendationsが用いられていた（Fig6.2）。地域差が大きく、東地中海地域と東南アジアではほとんど用いられておらず、低収入国で使用頻度が低い傾向にあった。国内ガイドラインがある国は26カ国であった。

AVAILABILITY of MEDICATIONS:

主に使われる治療薬の使用状況が調べられている。鎮痛剤としては、paracetamol、aspirin、他のNSAIDs、barbiturate含有薬、opiates/opioids、そしてopioid含有鎮痛薬、制吐剤としてはdomperidone、metoclopramideが調査対象薬（リストアップ）であった。抗片頭痛薬としてはergotsとtriptan、予防薬としてはβブロッカー、flunarizine、methysergide、pisetifen、valproate、三環系抗うつ薬、topiramateが調査対象であった。（結果：図6.4－6.9）回答のあったすべての国で、鎮痛剤のparacetamolとaspirinは使用可能であった。Availability（入手可能性）が最も高かった抗片頭痛薬はergotamine(96%)、次いでsumatriptan(93%)であった。予防薬では、βブロッカーと三環系抗うつ薬がほぼ100%使用可能であった。

USE of MEDICATIONS:

使用頻度であるが、片頭痛急性期治療には、aspirin以外のNSAIDsが最も使用され、次いでparacetamolとaspirinであった。片頭痛に特化した薬剤では、ergotamineとsumatriptanが同様に用いられていた。制吐剤としては、metoclopramideが（東南アジア除く）よく使われていた。予防薬ではβブロッカーが最も用いられ、次に三環系抗うつ薬、valproate、topiramate、flunarizineの順であった。

反復性緊張型頭痛にはその他のNSAIDs(aspirin以外)に分類される薬剤が最もよく使われていたが、単剤（single drug）としてはparacetamolの使用頻度が最も高かった。

ALTERNATIE or COMPLEMENTARY THERAPIES

代替治療法に関しては、理学療法、針灸、自然療法が上位3種であった。

IMPLICATION:

それぞれの地域の特色を組み込んだガイドライン作成は頭痛診療の向上につながるであろう。低所得国ほどガイドラインを用いられない傾向にあり、またそれと同時に、頭痛疾患に対する意識を高め、ガイドライン作成を進めていく専門組織が存在しない傾向にある。頭痛のために医師を受診しないのであれば、医師用ガイドラインの有用性は減少し、clinical officersや看護師ら向けのガイドラインは同等あるいはより有用なものとなるかもしれない。

使用可能な薬剤が全て保険適用 (reimbursement)されているのは半数以下の回答国においてであった。より広く保険適用が認められることが望ましいであろう。

片頭痛の急性期治療と予防のために頻用される薬剤は広く使用可能な薬剤ではあったが、最も有効な薬剤というわけではなかった。例えば、2005年にWHO's essential medicines listから削除されているergotamineが最も広く使用可能な薬剤であった。Ergotamineは、triptan製剤に比し低コストではあるが、有効性においては劣っていた。緊張型頭痛の治療は世界的にみて、ほぼ同一であった。Opiates/opioidsは広く使用可能であったが、よく使われているわけではなかった。頭痛発作頻度が高い患者においては薬剤依存性が問題になっていた。

テーマ : PROFESSIONAL TRAINING

頭痛疾患に関して費やされた教育時間が、医学部および神経内科医の専門医教育において調べられている。世界的にみて、医学部では平均4時間、専門医トレーニングに10時間が費やされていた。専門医トレーニングに関しては地域差が大きく、アメリカ、ヨーロッパではより多くの時間が割かれていた (Fig7.1)。また、収入の格差による違いも認められた。

臨床の現場で頻回に遭遇する頭痛疾患に対し、医学部ではわずか5時間足らずしか割かれていない。これは頭痛疾患に重きを置かれていないことに起因し、後の無効な頭痛疾患の治療へとつながっていく。頭痛診療に対する医学教育の改善は、より良い頭痛診療につながり、そして全体的コストも下げうるであろう。

国際的および地域での頭痛診療教育の新たな取り組みが必要であろう。頭痛疾患は主にプライマリーケアで診療されており、医学部における教育、そして専門医トレーニングではなく一般医教育に重点がおかれるべきである。

テーマ : NATIONAL PROFESSIONAL ORGANIZATION

自国での頭痛学会の有無、もしなければ他の学会内 (例えば、神経学会) における頭痛部門の有無について調べられた。回答のあった国の約2/3でいずれかが存在し、ヨーロッパ・アメリカで多くみられ、東地中海・アフリカで最も少なかった。収入格差でみると、low-income国で極端に少なかった (16%)。会員数に関しては東南アジア地域が最も多く、アフリカが最も少なかった。高収入国ほど会員数が多いという傾向があった。ここで一点注意すべきは、専門組織が存在しない地域ほど回答入手が困難であったことは推察され、WHOメンバー国193か国すべてを含めた場合、専門組織の存在率はさらに低下するであろう。

約1/3の頭痛学会あるいは頭痛部門が研究会や総会を企画し、頭痛疾患に関する意識の向上、ガイドライン作成に携わっていた。一方、卒後教育に携わっている団体は少なく、医学部でのカリキュラム作成に至ってはさらに少

なかった。たった13%が政府に対しロビー活動をしており、高収入国でより広く行われていた。政府に対しての助言は17%と少し高い比率で行われていた。

テーマ：ISSUES

神経内科医らに頭痛診療にまつわる問題点を5つ列挙してもらい、それらを18のカテゴリーに分類した(Fig9.1)。

主な問題点として、専門家教育の欠如、共存症の問題、頭痛疾患に関する医療施設不足(health care resources?)、特定薬剤が使用不可であること、社会的意識の低さなどが挙げられていた。

次に、神経内科医と一般内科医に5つの改善点を挙げてもらい、9つのカテゴリーに分類した(Fig9.2)。専門家教育が突出して一位であった。二番目に頭痛疾患に関する意識向上があげられていた。

THE WAY FORWARD

このサーベイの結果に基づき、今後の展開に向けて、次のように進言される。

政治的意志の必要性。

ここで提議された問題の存在と治療の必要性を認識する。

政策制作者に対する知識提供ははまだ不十分である。特にデータが不十分な国を中心にさらなる疫学調査をしっかりと行う必要がある。

約半数の頭痛患者は医療機関を受診しておらず、患者自身で対応している。

頭痛の診断率は頭痛診療の質と範囲(reach?)を反映するが、まだまだ改善の余地がある。

ガイドラインは診療の手助けになる。低収入国では未使用の国が多いが、すでにあるガイドラインを地域に適応させて使用することにより低costでサービスの向上が図れる。診断に際し、高率で検査をする必要性はない。頭痛による支障度の評価は重要である。すでにある評価法を用いることは容易であり、低コストで診療の改善につながる。治療に際し、有効な薬剤は多数存在するが、いずれに国においても使用不可能なものが存在し、弊害と認識されている。特にtriptanはもっと広く使用されるべきであろう。多くの人にとって、保険収載(reimbursement?)が薬剤使用の鍵を握る。

頭痛診療は広く大勢の患者に提供可能でなければいけないが、その方法を確立していくのは容易ではない。現在、患者の10%が専門家による治療を受けているが、専門家による診療はそれを必要とする患者に限るべきであろう。今後、プライマリーケアでの頭痛診療の充実が重要となる。

様々なレベルでの教育が必要であろう。特に医療従事者に診断治療に関するより深い知識を提供し、よりよい治療へと結びつけていく。それにより、全体的コストの削減を図っていく。

頭痛の大半はプライマリーケアで治療されるべきで、その為には医学部教育が重要となる。医療環境がより充実

している国では、薬物乱用に関する教育も必要である。

国内の頭痛学会は、教育のプロモーション、地域での診療向上、ガイドラインの使用奨励、国際組織との連携により国際レベルの診療へと向上させていくという明確な役割を持つ。このような組織の設立・継続を支援していくことは有益である

頭痛疾患にまつわる間接的な経済的損失は膨大であり、この疾患により良く対処していく方法を探ることは経済的損失の抑制につながるであろう。