EIN FALL DES LAGENYSTAGMUS UND SEINE DIFFERENTIALDIAGNOSE

VON

E. SAKATA, J. SUZUKI, K. TOKUMASU UND T. OGURA

*Aus der Hals-Nasen-und Ohrenklinik der Universität Tokyo, Japan**(Vorstand: Prof. I. Kirikae)*

Wir haben einen klinischen Fall, 51 jährigen Mann, des anfallsweise auftretenden Lageschwindels, der während des Anfalls von dem grobschlägigen, richtungswechselnden Lagenystagmus begleitet war, berichtet.

Es liegt eine Besonderheit, insofern es den Schwindelverlauf betrifft, daran, dass der Schwindel dieses Falls ganz anfällig nach den symptomlosen Zwischenzeiten wiederholt. Aber wenn der Sitz der Ménièreschen Erkrankung peripher im Labyrinth lokalisiert ist, wird die Hypothese, dass richtungswechselnder Lagenystagmus auf ein zentrales Geschehen hinweist, entkräftigt.

Trotz dem genannten Schwindelverlaufe waren weder positive Zentralsymptome noch aktiver klinischer Befund, der die Erkrankung des peripheren Labyrinths beweist, zu finden, bis auf die mässige Hirnarteriosklerose.

Demnach fällt es uns ein, dass dieser Fall eine Quelle seiner Symptome wahrscheinlich zur zentralvaskulären Disfunktion oder Veränderung fordern müsste.

Dann haben wir über den mehreren Probleme auf die Diagnose erforscht und ferner betont, dass die Untersuchung des Lagenystagmus grosse klinische Wichtigkeiten wie die anderen hätte.

頭位眼振患者症例とその鑑別診断

東京大学医学部耳鼻咽喉科学教室 (主任: 切替一郎教授)

坂 リカ	田 ジ	英 エイ	治 ジ	・	鈴 スズ	木 キ	淳 ジュン	一 イチ
徳 トク	増 マス	厚 コウ	二 ジ	・	小 オ	倉 クラ		孝 タカシ

まえがき

頭位を変化することによって、自発眼振が発現したりまたは変化したりする現象 即ち頭位眼振が、いろいろの疾患に伴つてみられることは、今日吾々耳鼻咽喉科医にとつてはほとんど常識となつている。廻転性眼振・温度性眼振・視性運動性眼振など、眼振の観察法や理論のすべてが Bárány によつて基礎づけられたのであるが、この頭位眼振を初めて観察したのも実に彼、Bárány¹⁾であつた。その後 Nylén²⁾ が方向交代性の頭位眼振を発見するにおよんで一躍諸家の注目を集めたのであつた。以後、Frenzel, Lindsay, Hallpike 等の幾多の学者の報告をみれば、その眼振の多様性に驚かされる。この頭位眼振の発生機転、病変部位と眼振の特長との関連等に関する議論、仮説、またそれに基づく実験が今日に至

つて、なおますます盛んに行われている現状である。

吾々の最近観察した例は今までに発表された特異な報告症例の一つに加えられるべきものとして、いさゝか詳しくその状態を記し、あわせて簡単な考察を加えてみた。

症 例

患者: 本○辰○ 51才♂ 商人

初診: 昭和33年11月20日

主訴: 頭位変換時に発する眩暈

家族歴および既往歴: 母親58才にて死亡(死因不明)。存命中しばしばメマイ感を訴えていたという。患者は約半年前に左側頭部に材木が落下した事があるが意識を失うほどではなかつた。

現病歴: 5年前メマイのため約1週間臥床、悪心を

伴ったが嘔吐なく、難聴・耳鳴などの蝸牛症状はなかった。その後無事経過していたが、約1年半位前から3カ月に2回位の割合でメマイの発作を起すようになり、最近半年はさらに20日位に1回となってきた。同年11月24日診断ならびに治療の目的で当科へ入院した。

現症：(1) 全身所見；体格栄養中等度、顔貌正常、瞳孔反応・形態に異常なし。脈搏規則的、緊張良であるが軽度の撓骨動脈硬化あり。呼吸正常で心臓所見、胸部所見、腹部所見はいずれも認められない。耳鼻科の所見として軽度の血管運動性鼻炎の像を認める。聴力正常。自覚的、他覚的に軽度の記憶力減退がみられるほか、脳・脳神経症状、小脳症状、脊髄神経症状等はいずれも認められない。血圧132/82、視力・視野正常。眼底検査上動脈硬化像 (Keith-Wagner II 度) がある。

(2) 臨床検査の所見；血液、尿、糞便検査いずれも異常なし。心電図にごく軽度の心筋障害、脳電図所見には特別の異常所見は認められない (Border-line Record)。脳脊髄液異常なし (W 氏反応陰性)、血液 W 氏反応陰性 (前庭検査については後述する)。

入院時の眩暈発作の性質：(1) 坐位で頭を傾けると廻転性のメマイ (周囲のものが左に廻る) を感じ悪心を伴うが嘔吐したことはない。頭痛なく、耳鳴・難聴等の蝸牛状を伴わない。

(2) メマイを起す頭位としては、左下に頭を傾けるとき最も烈しく、右下では軽度である。頭位を正常に戻すとメマイはいずれも間もなく消失する。なお、仰臥位にて頭を左下にとるとき最も悪く、腹臥位・左右側位でも悪いが、正坐位では殆どメマイを感じない。

(3) 上のような発作持続時間は3乃至4日程度でその前後にわたって1週間位は多少ともメマイ状態である。発作の半日位前から体動にさいして軽いメマイ感があり、なま唾、なまあくび、嘔気などを覚える。

(4) 発作間隔は半年位前までは2カ月、最近1カ月乃至20日に1回程度であるが、全経過をみると発作それ自身は増悪の傾向なく、発作間歇期は全く自覚症がない。

前庭機能検査とその経過：(入院後急速に恢復したので特別の治療は行わなかった)。

(1) 初診時 (昭33.11.20；入院前4日)

第1図

第2図 (a) 視方向性眼振

A: 開眼 B: Bartel 氏眼鏡装用 C: 閉眼 L: 左向 M: 正面 R: 右向

第2図 (b) 頭位眼振

A: 開眼 C: 閉眼 I: 下向 L: 左下 R: 右下 S: 上向

※ 遮眼書字・足踏み検査・偏示試験・ロンベルグ現象・アデアドコキネーゼ等いずれも異常所見は認められなかった。

(2) 入院2日目 (33.11.25)

※ 左向きの眼振が存在する。カロリー刺激にたいする反応は両側共存在。

(3) 入院9日目 (33.12.2)

クプロメトリー（微弱廻転刺激）による成績においては過大反応、左右差等いずれもみられなかった。

(4) 退院時 (33.12.16; 入院23日目)

※ 正覚作にはこの時期に急に立上ったり、頭を下げたり、後方を振向くときメマイを感じるが廻転感訴えない。

(5) 退院後10日目 (33.12.25)

※ その後発作はみられないが、急に坐ったり、高い所の品を取ろうとする時“フラフラ”する

第 8 図

※ 左 D.P. 傾向を認める

(7) 退院後 156 日目 (34.5.29; 最近の状態)

頭を左下にしてもメマイ感なし。発作も爾来全くみられない。時折頭頂部に頭重感を覚えるが、以前にまして快適であるという。たゞし第 9 図に示したような頭位眼振を認めた。

第 9 図

註：記載方法は Frenzel に従った。

即ち、

その他の検査成績；

(1) 自律神経検査； a) ビロカルビン試験 (++) b) アドレナリン試験 (-) c) アトロピン試験 (+)

(2) Thorn 試験； $\frac{14-8.3}{18} \times 100 = 40.7 (\%)$

考 按

頭位眼振は中枢性原因で発生する場合もあり、また末梢性原因で発生する場合もある。脳腫瘍や多発性硬化症等にみられる極めて特異な頭位眼振は既に諸家の報告の山積するところであり、その病変の局在にしたがつて現れる頭位眼振の種類・性質にはおのずからある一定の傾向があるといわれている。メニエル氏病にみられる頭位眼振は末梢性頭位眼振の好例である。

頭位眼振が末梢性原因によつて起つているのか、中枢性原因によつて起つているのかの判断は、眼振の観察・その他の症状や所見の総合によつてある程度可能であ

る。ここにそれぞれの特長を列記してみると、(1) 眼振が粗大であるにもかかわらず、(2) 眩暈感を伴わない。(3) 頭位を変えると方向交代性であり、(4) 一定の頭位を保持するかぎり眼振が衰えることなく持続する。(5) 斜行性、垂直性眼振、純粹に水平性、又純粹に迴転性の眼振、さらには注視方向性の粗大な眼振の存在。(6) 末梢迷路の反応性(カロリー等)には異常がないか、あるいは時に過大反応を示し、また D.P.⁸⁾ を呈することが多い。(7) 蝸牛反応を欠如し、あるいは中枢性聴力障害が存在し、(8) 他の脳・脳神経症状など中枢病変の存在を示し、(9) 経過は長く多くは年月をもつて数えられる。(10) 発作性・突発性発症を示すことは比較的稀である——等々は眼振の原因が中枢性に存在することを予想させるものである。

これに反し末梢性原因を思わせる所見としては、(1) 眼振は中枢のものにくらべて細小であることが多く、(2) 強い眩暈感に嘔気、嘔吐などの自律神経症状を伴い、(3) 方向一定性眼振でこれは患側を下にしたときみられることが多い。(4) 頭位眼振には疲労現象が認められ、メマイ感もこれに伴つて消退する。(5) 眼振は多く迴転性水平性の混合型で、(6) 末梢迷路の反応に多く異常が認められ、多少とも C.P. を示し、ロンベルグ現象には方向性が明らかなことが多く眼振方向と反対に倒れる傾向が強い。(7) 蝸牛症状を伴うことが多く、末梢迷路の病変のときは補充現象を示すが、末梢性であつても後迷路性の場合には補充現象は陰性である。(8) 他の中枢神経症状を欠如し、(9) メマイは多く発作性に現れ、その持続は日時をもつて数えることが多し——等々である。

さて、本症例の眼振をみると、発作時に観察した眼振所見では左側また右側頭位にしたときに、(1) 肉眼にても明らかに認められる粗大、(5) 水平性迴転性混合性の眼振が比較的短い潜伏時間をもつて現れた。(2) メマイ感が次第に増大するために長くその頭位を保つことができなかったが、すくなくとも 1 分内外の観察ではその眼振は増強することはあつても(4) 疲労消退の傾向を認めることはできなかった。(3) この場合特記すべきことは、左右側頭位にしたとき眼振がそれぞれ、右向き・左向きと方向交代性であつたことである。これは諸文献を参照してみてもまず中枢性と考えるのが妥当であるが、末梢性原因が全く予想されないわけではないことは、町井⁹⁾、Aschan⁵⁾ 等の報告に示されている。坐位および仰臥位にて頭を真直な正常位に保つとき、発作期

間中は初め右向き、後に左向きに保たれたが、これは頭位眼振と同じ機転で発生しているものであつて左右の頭の傾斜を適当にすれば眼振の認められない点があつたのであろうと想像される。発作の消退にともない頭位を右下にとつたときにも、左下の場合と同様に眼振方向は共に左向きとなり、あたかも方向固定性に変つたように思われるが(類似のことは Aschan⁵⁾ 等のメニエル氏病の観察結果にも表わされているが)、これは本来左向きの D.P. があつたものが右の頭位眼振消失によつて、左方向にのみ眼振が現れる結果になつたのであろうと、吾々は推察している。(6) カロリー眼振を検査すると、いずれもこの傾向を残して左向きの D.P. 所見を示すが、末梢器管自体の反応性には左右差はないものと判断したがいかであらうか。

本例は、(7) 聴力正常である。これは末梢迷路性病変ではないとする有力な要素ではあるが決定的所見ではないことは言をまたない。一例をあげれば、Dix, Hallpike⁶⁾, Haas, Becker⁷⁾ 等の所謂 “vestibular neuro-nitis” あるいは “vestibuläre Neu: onopathie” は前庭神経核以下の末梢性病変が第8神経のうち、前庭神経に限局したものであると推定し、これに突発性に発来する頭位眼振が多く通常蝸牛症状を欠くと述べている。ただしこの場合の眼振は方向一定性で、末梢刺激で C.P. が証明されるという。本症例は聴力正常であるのみでなく眼振以外の(8) 中枢神経、末梢神経症状を全く欠如しているのは中枢性病変、例えば脳腫瘍・退行性病変などを原因と考え難い点である。また Lindsay⁸⁾ の報告は、眩位眼振と頭位眩暈を示す症例において末梢迷路の前庭器管に限局した病変を認め、その他 Hallpike 等も前庭部分、とくに卵円嚢などに頭位眼振の発生原因のある例を報告している。この場合正確に一定の傾斜角によつてメマイが発生してくることをみて、この説の臨床的裏づけとしている点は注目に値するものである。

本症例の、(9) メマイが発作性である点に関しては Cawthorne, Lindsay⁸⁾ 等の報告にみられるように、末梢迷路性のものがきわめて多く、Lindsay は特に症状の消失は時日をもつて数えられることを強調している。

ところで、本例の最も特異な点はこのような方向交代性頭位眼振を伴つたメマイ発作が、ある一定期間(1週間前後)続き、また幾日かの間隔をおいて襲来する点であり、その症状はあたかもメニエル氏病に酷似している。したがつてもしこの患者について頭位眼振検査を怠つたならば、たんにメニエル氏病として診断治療され、

かような特異点を看過していたであらうと考えられる。

しかし、この場合のメマイには、嘔気を伴っていたが嘔吐したことはなく、眼振が粗大、大打性で激しかった事実と考えあわせ、典型的メニエル氏病の場合にくらべると、メマイに随伴する嘔気・嘔吐などの自律神経症状がやや軽いように思われる。

また一方、一つの発作がメマイも眼振も並行しておよそ1週間で経過しおわる点は何かメニエル氏病類似の末梢性の病変が想像される。即ち、Lindsay⁸⁾ の報告によれば、中枢神経症状、蝸牛症状を欠き、発作反覆性の頭位眼振を示す患者の剖検例において、迷路血管の部分的閉塞が上および水平半規管や卵形嚢に認められたというが、この場合もこれに類似の病変を想定することも可能である。しかしまた、Lindsay⁸⁾ 10) の他の報告にみられるように 中枢性を思わせる頭位眼振患者に中枢の障害が発見されない場合も少なくなく、これには中毒・感染・高血圧・低血圧・血管運動不安・頭位外傷等々によることが多いことを述べている。本症例もむしろその原因を中枢の血管性変調に求めるのが順当であらうと思われる。

以上のべたように、この症例はあるいは中枢性を思わせ、あるときにはまた末梢性を考えさせらるものであり、現在なおその経過を観察中である。今後、これに類似の症例を重ね、また似て非なる症例との比較検討に多くを期待している。

む す び

この症例は頭位の変化によつて、粗大・方向交代性の強い眼振を示した。かなり強いメマイ感を随伴したが、眼振の強さに比してはやや軽いように思われた。この症例の特異な点は、すくなくとも眩暈の発生・経過に関するかぎり、あたかもメニエル氏病におけるごとく発作性におこり、幾日か全く無症状の間歇期において襲来した点にある。中等度の脳動脈硬化所見のほか、特別の中枢の症状、所見を欠き、また末梢前庭・蝸牛の病変を示す積極的な臨床所見も認められない。以上を総合して、この症例は、その原因を中枢の血管性変調に求めるのが順当であらうと思われる。

診断上の諸問題について検討し、一般に頭位眼振検査の重要性を強調した。

主要文献

- 1) Bárány, R.: Dauernde Veränderungen des spontanen Nystagmus bei Veränderung der Kopf-lage: Monatschr. f. Ohrenh., 47, 481~483, 1913. 2)

Nylén, C.O.: A clinical study on positional nystagmus in case of brain tumor: *Acta Oto-Laryng. Suppl.*, 15, 1931. 3) *Fitzgerald, G., Hallpike, C.S. and Cawthorne, T. E.*: Studies in human vestibular function: *Brain.*, 65, 115-137, 1942. 4) 町井浩一: 頭位眼振に関する臨床的観察, 新潟医学会雑誌 69(12), 1111~1120, (1955), 昭 30. 5) *Aschan, G., and Stahle, J.*: Nystagmus in Ménière's disease during attacks: *Acta Oto-Laryng.*, 47, 189~201, 1957. 6) *Dix, M.R., and Hallpike, C.S.*: The pathology, symptomatology and diagnosis of certain common disorders of the vestibular system: *Proc. Roy. Soc. Ned.*, 45, 341~354, 1952. 7) *Haas, H., und Becker, W.*: Die vestibuläre Neuronopathie (Neuronitis) und ihre Differentialdiagnose: *Zschr. H.N. Ohrenheil.*, 37 (3), 175~182, 1958. 8) *Lindsay,*

J.R. and Hemenway, W.G.: Postural vertigo due to unilateral sudden partial loss of vestibular function: *Ann. Otol. Rhinol. & Laryng.*, 65, 692~706, 1956. 9) *Lindsay, J.R.*: Postural vertigo and positional nystagmus: *Ann. Otol. Rhinol. & Laryng.*, 60, 1134~1152, 1951. 10) *Lindsay, J.R.*: The significance of a positional nystagmus in otoneurological diagnosis: *Laryngoscope*, 55, 527~551, 1945.

筆をおくにあたり、ご指導ならびに校閲を賜った恩師切替一郎教授にたいして深甚なる感謝の意をあらわしたい。

(原稿到着＝昭和 34. 7. 7 日)