前庭型メニエール病の臨床的検討

白戸 勝・長島 泰行・海野 徳二

A Clinical Study of Vestibular Meniere's Disease

Masaru Shirato, Yasuyuki Nagashima and Tokuji Unno

(Asahikawa Medical School)

A comparative study was made of the clinical features of 54 patients with vestibular Meniere's disease (VMD) and 112 with Meniere's disease (MD). The age distribution reached in those 40-49 years old for both VMD and MD. Females were slightly predominant in VMD. There was no significant difference in severity of vertiginous attacks between VMD and MD. Disturbance of standing was more marked in MD, whereas spontaneous nystagmus was more common in VMD. Incidence of canal paresis in caloric response was almost equal in VMD and MD.

Those results suggest that clinical features of VMD are very similar to those of MD except for the presence of cochlear symptoms.

Key words: vestibular Meniere's disease, Meniere's disease, peripheral vestibular disorders

はじめに

メニエール病（以下MDと略す）は末梢前庭障害に起因する代表的疾患であり、その診断、治療については多くの報告があり、また病態についても内リンパ水腫を基盤に理解しようとする趨勢がみられている。一方、蝸牛症状（耳鳴、難聴、耳閉塞感など）を全く欠いているが、前庭症状の方はMDのそれとそっくりで、回転性のめまい発作を反復し、他の神経症状は認めないという一群の症例がある。これを前庭型メニエール病（以下VMDと略す）と呼んで、蝸牛型メニエール病（めまいなしの内リンパ水腫）と共にMDの一亜型として取扱っているものもある。そこで私共はMDとVMDとが同じ病因の疾患であって、両者は単に障害部位や障害程度の相違によって区別されるべきもの

であるのか、あるいは全く別の病因に基づく疾患であるのかを検討するために、両者の臨床統計と平衡機能検査成績を比較検討し、あわせて私共の考えているVMDの疾患概念について述べたい。

診断基準

MDの診断基準は厚生省メニエール病調査研究班の診断基準によった（表1）。この診断基準は問診が重要な部分を占め、この点に異議を唱えるものもないわけではないが、現在のところではMD診断に対し最も妥当な基準であると考えられる。この診断基準のうち、1, 2, 3の全条件を充たすものがMD確実例、すなわち今回対象としたMDであるが、私共は問診のみで判断することなく、経過中の眼振所見や内耳性難聴の確認にも充分留意して診断を下して

いる。

表1の診断基準のうち、1, 3の条件を満たすものがVMDということになるが、これも以下の点に留意して診断を行っている。すなわち、原則として蝸牛症状の自覚のないもの、および検査上も聴力障害がないこと。他の原因によると思われる聴力障害がある場合でも、疑わしい例はVMDと診断しない。前庭所見については、経過中少なくとも一度は末梢型と考えられる水平・回旋混合性の自発眼振を認めること、あるいは温度眼振反応でCPを認めることを必須の条件としている。従って、問診のみからVMDとの診断はつけない。

成 績

A. 臨床統計

1. 対象

昭和55年から59年までの5年間に当科めまい外来を受診したものを対象とした。この間にMDと診断したものは112例、VMDは54例であ

った。患側をみると、MD112例中、右側37例、左側57例と左側にやや多く、両側MDは18例(約16%)であった。VMD54例中、右側24例、左側25例と左右差なく、またVMDの場合、患側を決定できない例が5例あった。

2. 年齢別、性別

問診上からめまい発作の初発の年齢を聞き出し、これを発症年齢として図1に示した。MDは10才代から70才代までの全年齢層にわたってみられ、40才代にピークをもっていた。平均年齢は42.0才であった。VMDも40才代にピークをもち、平均年齢は43.3才であった。年齢分布をみる限り、MDとVMDは同様の傾向を示した。

性別ではMDが男性33例、女性79例で男女比1:2.4、VMDは男性11例、女性43例で男女比1:3.9であった。全国的な資料¹⁾と比較するとMD、VMDともに当科では女性に多い傾向にあり、なかでもVMDに占める女性の割合が大

表1 厚生省メニエール病調査研究班によるメニエール病診断基準

1. 回転性めまい発作を反復すること

- ① めまいは一般に特別の誘因なく発来し、嘔き気、嘔吐を伴い、数分ないし数時間持続する。
- ② 発作のなかには、「回転性」めまいでない場合もある。
- ③ 発作中は水平、回旋混合性の自発眼振をみることが多い。
- ④ 反復性の確認されぬ初回発作では、めまいを伴う突発性難聴と十分鑑別されなければならない。

2. 耳鳴、難聴などの蝸牛症状が反復、消長すること

- ① 耳鳴、難聴の両方またはいずれかの変動に伴いめまい発作をきたすことが多い。
- ② 耳閉塞感や強い音に対する過敏性を訴える例も多い。
- ③ 聴力検査では、著明な中・低音部域値変動や音の大きさの補充現象陽性を呈することが多い。
- ④ 一耳罹患を原則とするが両耳の場合もみられる。

3. 1, 2の症候をきたす中枢神経疾患、ならびに原因既知のめまい、難聴を主訴とする疾患が除外できる。

これらの疾患を除外するためには、問診、一般神経学的検査、平衡機能検査、聴力検査などを含む専門的な臨床検査を行い、時には経過観察が必要な場合もある。

診断の基準

I 確実例: 1, 2, 3, の全条件を満たすもの

II 疑い例: 1と3, または2と3の条件を満たすもの

(注) 1, 2の症候の原疾患として、十分に中耳炎、耳中毒、梅毒などの原因既知の疾患を除外しえなかったときは、これらの疾患名を併記することとする。

きかった。

3. めまいの強さ

初回発作時のめまいの強さを問診上から、

1) 非常に強く、寝たきりで頭も動かさない、
2) 寝込む程強いが、トイレには行ける、3) 寝込む程ではないの3段階に分け検討した(表2)。MD、VMDの間にめまいの強さに関して差はなかった。

4. めまいの持続時間

初回発作時のめまいの持続時間を表3の如く

に分けて検討した。MD、VMDともに数分～1時間、および1～6時間の時間帯に多くみられ、両疾患群の間に差はなかった。

B. 平衡機能検査

当科初診時点での平衡機能検査の成績を比較検討した。

1. 立直り反射(表4)

表2 めまいの強さ

	MD	VMD	計
頭も動かさない	23	9	32
トイレには行ける	31	19	50
寝込む程ではない	58	26	84
計	112	54	166

表3 発作時間

	MD	VMD	計
数分以内	9	5	14
数分～1時間	39	16	55
1～6時間	39	16	55
6～12時間	9	8	17
12時間以上	9	5	14
不 明	7	4	11
計	112	54	166

図1 MD、VMD患者の性・年齢別症例数

マン検査にて10秒以内に転倒するものを陽性とした。MDの陽性率(39.3%)がVMD(31.5%)に比してやや高い傾向にあったが、推計学的に有意差はなかった。

2. 偏倚検査(表5)

足踏検査(50歩)にて回転角が45°以上偏倚するものを陽性とした。MDの陽性率(60.7%)がVMD(48.1%)に比しやや高い傾向にあったが、推計学的に有意差はなかった。

3. 自発眼振(表6)

正頭位でFrenzel眼鏡下あるいはENG記録下にて眼振の認められるものを陽性とした。MD59.8%, VMD72.2%とVMDの陽性率がやや高かったが、有意な差ではなかった。

4. 温度眼振反応(表7)

温度眼振検査にてCPおよびCP+DPを示すものを一括して検討した。MD112例中、CPを示したものの41例(36.6%), VMD54例中、CPを示したものの22例(40.7%)で、両疾患群の間に差はなかった。

考 按

MDは末梢前庭障害の代表的疾患として取扱われているが、先に述べた診断基準に合致したものをMD(確実例)とするならば、その診断

は比較的容易である。従って、このような手法をとる際には、それ以外の類似した疾患をどう整理して考えるかが問題となる。

蝸牛症状を欠き、末梢性に原因が考えられる疾患としては、例えば良性発作性頭位眩暈症、前庭神経炎など、診断が比較的容易なものもあるが、その他のものは耳性眩暈症、末梢性眩暈症という名称のもとに一括して取扱われる場合も多い。この中で、前庭症状の方はMD確実例と同じで、激しい回転性めまい発作を反復し、他の神経症状を認めない原因不明の一群のめまい症例を反復性平衡覚障害という曖昧な名称をつけるものもある。しかし、臨床像が同じならば、とりあえず一つの疾患単位として扱い、原因既知の疾患との対比により、病態を解明するのが妥当と思われる。

従来のVMDに関する報告をみると、発症年齢では高木ら(1982)²⁾がMD, VMDとも40才代にピークをもつ1峰性分布を示し、中年層の発症が多いと述べ、また水越(1982)¹⁾はMD確実例において、やはり同様の傾向を示し、私共の結果と一致している。

性別では、水越(1982)¹⁾はMD確実例において男女差はないと述べ、渡辺(1978)³⁾、松

表4 立直り反射障害

	MD	VMD	計
(-)	68	37	105
(+)	44	17	61
計	112	54	166

表5 偏倚現象

	MD	VMD	計
(-)	44	28	72
(+)	68	26	94
計	112	54	116

表6 自発眼振

	MD	VMD	計
(-)	45	15	90
(+)	67	39	106
計	112	54	166

表7 温度眼振反応低下

	MD	VMD	計
(-)	71	32	103
(+)	41	22	63
計	112	54	166

永 (1978)⁴⁾ は VMD は女性に多いという。当科の統計では MD においても女性が多く、VMD の方はより一層その傾向が強い。

めまいの強さに関して高木ら (1982)²⁾ は MD の方が程度が強いといい、北野ら (1981)⁵⁾ も VMD の前庭症状は軽微な例が多いと述べている。今回の成績ではめまいの強さ、持続時間ともに MD と VMD の間に差はみられなかった。

平衡機能検査所見では、高木ら (1982)²⁾ は眼振検査、温度眼振検査で VMD の異常出現率が少なく、松永ら (1976)⁶⁾ は温度眼振検査で MD 疑い例に末梢性障害を示す例が多かったと述べている。私共の結果では立直り反射、偏倚検査の陽性率が MD の方がやや高く、自発眼振は VMD に陽性率が高かった。このような相違は検査時期が報告者により異なることの他に、診断基準にも問題があるように思われる。とくに VMD の診断に際しては聴覚障害がないことから、末梢性障害の確認のためには眼振所見の性状や、その推移を注意深く観察しなければならないし、温度眼振反応も重要な指標となると考え、私共はこの点に特に留意して診断を行っている。

しかし、従来の報告を総合的にみた場合、MD と VMD の臨床像は若干の相違はみられるものの大差ないものと考えられる。今回の成績からも、VMD はその臨床統計、検査所見ともに、ただ蝸牛症状の有無という点を除けば、MD のそれと非常に酷似したものであることが理解できる。従って、VMD は臨床的には MD と同じように取扱って差支えないものと考えられる。

MD の最近の考え方は特発性内リンパ水腫を病態とする病因論的な疾患単位として考える傾向にあり⁷⁾、Glycerol test, Furosemide test, 蝸电图等の検査により内リンパ水腫を積極的に証明しようという傾向にある。これに対し VMD は症候論的な枠を出ていないと考えられる。従って、その診断にあたっては経過観察ととも

に、除外診断を厳密に行う必要がある。すなわち、原因が明らかな他の末梢性障害は勿論のこと、椎骨脳底動脈循環不全症をはじめとする中枢性障害も念頭に入れ対処する必要がある⁸⁾。

「前庭型メニエール病」という診断名を私共は好んで用いているわけではない。むしろ症候論的な、過渡的な病名と考えている。それでもなお、蝸牛症状を欠く以外は MD と非常に酷似したこの疾患群を総合して検討する中で、明らかに内リンパ水腫の証明され得るものは積極的に「メニエール病」として組み入れるべきであろうし、また慎重な経過観察を行って、他の器質的、機能的病変を除外していくべきであろうと考える。

結 語

VMD の臨床像を MD と比較することにより、その病態を推察するため VMD 54 例、MD 112 例に検討を加え、次の結論を得た。

1) VMD は MD と比較して女子に多かったが、発症年齢の分布に差はなかった。

2) VMD と MD の間に、めまいの程度に差はなかった。

3) 立直り反射検査、偏倚検査は MD にやや陽性率が高く、自発眼振は VMD にやや陽性率が高かった。温度検査 CP は両者に差はなかった。

4) 蝸牛症状を欠くという点を除けば、VMD と MD の臨床像に大差なく、臨床的には同じように取扱って差支えないと思われた。

参考文献

- 1) 水越鉄理：メニエール病調査研究班の疫学的研究のまとめ。耳鼻臨床 75：1145～1149, 1982.
- 2) 高木恭也, 他：前庭型メニエール病の検討。耳鼻臨床 75：1237～1242, 1982.
- 3) 渡辺 勲：いわゆる“前庭型メニエール病”。耳鼻臨床 71：405～406, 1978.
- 4) 松永 喬：“いわゆる前庭型メニエール病”の臨床。耳鼻臨床 71：418～421, 1978.

- 5) 北野 仁, 他: メニエール病の発症と類型. 耳鼻臨床 74: 2370~2378, 1981.
- 6) 松永 喬, 他: メニエール病確実例と疑い例の検討. 耳鼻臨床 69: 1824~1834, 1976.
- 7) 北原正章: メニエール病の概念. Equilibrium Res 38: 221~223, 1979.
- 8) 坂田英治: 蝸牛病状を欠く回転性めまい発作. 耳鼻臨床 71: 407~409, 1978.

(別刷請求先: 白戸 勝
〒078 旭川市西神楽4線5号3-11
旭川医科大学耳鼻咽喉科学教室)