シンポジウム 1 「めまい疾患の診断基準—日本めまい平衡医学会の新診断基準と Bárány Society の新診断基準」

Bárány Society による心因性めまいの新分類と持続性知覚性
姿勢誘発めまい (PPPD) の診断基準

堀井 新

Anxiety, depression, and persistent postural perceptual dizziness:
International classification of vestibular disorders by Bárány Society

Arata Horii

*Department of Otolaryngology Head and Neck Surgry, Niigata University
Graduate School of Medical and Dental Sciences*

The Behavioral Subcommittee of the Committee for the Classification of Vestibular Disorders of the Bárány Society defined the following seven conditions that are related to psychiatric disorders with vestibular symptoms: Episodic vestibular syndrome due to anxiety; chronic vestibular syndrome due to anxiety; anxiety complicating vestibular syndrome; vestibular symptoms due to depression; depression complicating a vestibular syndrome; vestibular illness anxiety; and fear of falling. Basically, anxiety and depression are the two major psychiatric disorders that could be associated with vestibular symptoms. They could be the primary or secondary psychiatric disorders that cause or amplify vestibular morbidity. Vestibular symptoms may be acute, episodic, or chronic. Vestibular illness anxiety is a category of somatoform disorders rather than anxiety and depression. Fear of falling is categorized as a phobia. In addition, persistent postural perceptual dizziness (PPPD) was defined as an interface of vestibular and psychiatric disorders that is characterized by chronic dizziness exacerbated by upright posture, active or passive movement and visual stimuli.

Key words: Anxiety, depression, vertigo, dizziness, persistent postural perceptual dizziness (PPPD)

はじめに

日本ではめまい疾患の分類として旧日本平衡神経科学会の1987年答申が用いられてきた¹⁾。その

新潟大学大学院医歯学総合研究科耳鼻咽喉科・頭頸部外科学分野

16番目に心因性めまいが挙げられ、その疾患概念として他のめまい疾患がなく心因性反応によって発症するめまい＝狭義の心因性めまいと器質的あるいは機能的なめまい疾患があり、それに心因性反応が合併する場合＝広義の心因性めまいが述べられている。アメリカ精神医学会が作成してい

PPPDはめまい症の一部を包括する可能性

図1 めまい分類上の PPPD

る精神疾患の診断マニュアルである DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edition) に記載のあるめまいを発症する疾患はうつ、不安症、身体症状症の3つである。世界最大のめまいに関する学会である Bárány Society はこれまでメニエール病²⁾、BPPV³⁾、前庭片頭痛¹⁾の診断基準を発表してきたが、心因の関与するめまいに関しては発表してこなかった。2014年にアルゼンチンであった Bárány 学会でそのたたき台が発表されすでに2年経つが、2017年1月現在ようやくその草稿のうち Persistent Postural Perceptual Dizziness (PPPD) に関する部分を Bárány 学会のホームページで発表し会員からパブリックコメントを受け付ける段階までこぎつけている。私自身その作成メンバーであり、本稿では現時点での最新版の心因性めまい分類 (Bárány 学会編) に関して概説する。最終版ではパブリックコメントを受けて多少の変更が加わる可能性があるが、その点はご容赦いただきたい。

診断分類作成中の議論

表1に当診断分類に関するワーキンググループのメンバーを記す。Bronstein は神経耳科医、Eckhardt-Henn は心身医学医、私は耳鼻咽喉科医、Jacob と委員長の Staab は精神科医、Strupp とアドバイザーの Brandt は神経内科医である。

このメンバーでレイキャビクの Bárány 学会 (2010年) で初めて顔をそろえ、その後 Bárány 学会中可能な限り集まって話し合いを行った。Staab 委員長が主として草稿を書き上げ、各メンバーに意見を求める形で作業を行った。最も意見が多く出たのは、PPPD に関してと、うつでめまいが起こるか、と言う点であった。かつての Brandt らの Phobic Postural Vertigo (PPV)⁵⁾、Bronstein らの visual vertigo (VV)⁶⁾、Jacob らの space motion discomfort (SMD)⁷⁾、Staab らの chronic subjective dizziness (CSD)⁸⁾ と呼ばれてきた疾患は根本的には同じ病態を違った側面から見ているのではないかと、言う点を話し合った。最終的には合意に至ったが、ドイツの PPV を提唱したグループからは新たに PPPD を定義する必要はないのではないかと、言うことでやや議論を要した。PPPD は PPV で言われるような強迫症的な症状を持つとは限らず、前庭症状も vertigo とは限らない、などの点が相いれないということになった。また、めまいがうつを続発する点は異論なかったが、うつがめまいを起こすかと言う点に関してはわれわれ日本からの主張、すなわち狭義の心因性めまい患者の中に不安症とともにうつの患者も多いという点が認められて収載されることとなった。Vestibular illness anxiety は本来身体症状症に分類される疾患であるが、“anxiety” が疾患名に入っており、不安症に分類される疾患であるとの誤解を生む可能性があり、今後改正の余地があるのではないかと考えられる。

診断分類のポイント

診断分類のポイントは、従来の不安症・うつによる前庭症状 (狭義の心因性めまい) だけでなく、前庭症状により2次的に不安症やうつなど精神疾患が引き起こされた病態の存在を明記し、かつ両者を区別して分類したこと、うつにより引き起こされるめまいが存在すること、不安症の1病態としての転倒恐怖 (Fear of falling)、身体症状症 (somatic symptom disorder) の一つとしての前庭疾患不安症 (vestibular illness anxiety) を収載したことなどである。これは大きくは従来の不安障害、うつ、身体表現性障害と関連した病態である。前庭症状により2次的に不安症やうつを引き起こした病態を明記した理由は、前庭症状の改善にこれら精神疾患の治療が重要であるからであ

表1 ICVD (International Classification of Vestibular Disorders) Behavioral Subcommittee

• Adolfo Bronstein, MD....Visual vertigo
Prof. and Head, <u>Neurotology</u> Unit
Charing Cross Hospital
Imperial College London, UK • Annegret Eckhardt-Henn, MD
Prof. Dr. Med. and Director, <u>Psychosomatic</u>
Clinic
Klinikum Stuttgart, Germany • Arata Horii, MD....Depression, SSRI
Prof. of <u>Otolaryngology</u> Head Neck Surg
Niigata University
Niigata, Japan | <ul style="list-style-type: none"> • Rolf Jacob, MD....Space motion discomfort
Prof. of <u>Psychiatry</u> and Otolaryngology
University of Pittsburgh (with Furman, Balaban)
Pittsburgh, Pennsylvania, USA • Jeffrey Staab, MD, MS (Chair)....CSD
Assoc. Prof. of <u>Psychiatry</u>
Mayo Clinic
Rochester, Minnesota, USA • Michael Strupp, MD....PPV
Prof. Dr. Med.; Dept. of <u>Neurology</u>
Ludwig Maximillians University
Munich, Germany |
|--|--|

Advisor: **Thomas Brandt, MD**, Munich, Germany

る^{9)~11)}。たとえば、メニエール病で不安症を併発した患者に対して、内耳性めまいの治療のみでめまいのコントロールが不良である場合は、不安症を治療することでめまいの自覚症状の改善を見ることが多い。一方、不安症を併発していないメニエール病患者に抗不安薬を投与してもめまいに対する効果はない。2次性に精神疾患を併発している病態をはっきりと心因性めまいの立場から診断することで患者の満足度に直結した治療を行うべき、という主張がこの診断基準には込められている。広義の心因性めまいの存在に関しては前述のように1987年の旧日本平衡神経科学会の答申では既に述べられていたことではあるが、Bárány学会の分類でこの点が明記された意義は大きい。

Bárány学会による心因性めまいの新分類案(表2)

現時点での分類案を表2に示す。このうちの、PPPDに関する部分は2017年1月現在、Journal of Vestibular Resのホームページ上でBárány学会会員からパブリックコメントを募集中である(URL: <http://www.jvr-web.org/Balary-feedback.html>)。表2の分類自体は第2弾として近く同様に公開される予定で現在草稿をまとめている。以下の分類のうち、③と⑤が広義の心因性めまいに相当する。

① Episodic vestibular syndrome due to anxiety (不安症による発作性前庭症状)

不安症による急性あるいは再発・発作性の浮動

感、ふらつき、回転性めまい。動悸、胸部痛、しびれあるいは刺すような痛み、発汗、呼吸困難、紅潮あるいは悪寒、震え、窒息する様な感覚、現実感消失、離人感、口渇、嘔気、死ぬかもしれないという恐怖感、自分をコントロールできないような感覚のうち4つ以上の症状を伴う。精神医学的には、パニック症、限局性恐怖症、全般不安症、社交不安症、広場恐怖、他の特定されない不安症のいずれかあるいは併存した病態と診断される。これら不安症が1次的に存在し、それが原因で前庭症状を引き起こす病態である。

② Chronic vestibular syndrome due to anxiety (不安症による慢性前庭症状)

①に示したいずれかの不安症が慢性的な浮動感あるいはふらつきを引き起こしている病態。①に示した不安症の急性症状に加え、不穏、筋緊張(肩こり)、ひどい緊張状態、不眠症を加えた症状のうち4つ以上を伴う。

③ Anxiety complicating a vestibular syndrome (前庭症状に併発する不安症)

前庭症状と不安症による身体症状、精神症状を示すが、不安症による身体・精神症状が前庭症状により2次的に引き起こされ、不安症が前庭症状を悪化させていると考えられる病態。

④ Fear of falling (転倒恐怖)

転倒自体あるいは転倒が予期される状況に対して極度に不安を感じる、転倒の危険のある状況を忌避する、のいずれか、あるいは両方を示す病態。

表2 心因性めまい Bárány 学会新分類 (案)

病 態	疾患名
不安症に関連する疾患 ・不安症が前庭症状の原因 1. 発作性めまい 2. 慢性めまい ・不安症が前庭症状に併発 (続発) 3. 急性, 発作性, 慢性めまい 4. 恐怖症の範疇に入るめまい	1. Episodic vestibular syndrome due to anxiety 2. Chronic vestibular syndrome due to anxiety 3. Anxiety complicating a vestibular syndrome 4. Fear of falling
うつに関連する疾患 5. うつが前庭症状に併発 (続発) 6. うつが前庭症状の原因 7. 身体症状症に関連する疾患 8. 一種の機能性疾患	5. Depression complicating a vestibular syndrome 6. Vestibular symptoms due to depression 7. Vestibular illness anxiety 8. Persistent Postural Perceptual Dizziness (PPPD)

下線は広義の心因性めまいを表す

転倒恐怖とともに、①で示した不安症による身体症状、精神症状のうち4つ以上が転倒あるいは転倒が予期される状況に遭遇した時に生じる。このような症状は実際に転倒の危険がある場合や転倒が予期される場合にのみ発現する。

⑤ Depression complicating a vestibular syndrome (前庭症状に併発したうつ)

前庭症状により2次的に抑うつ状態となっている病態。2週間以上続く身体違和感 (dysphoria) あるいは無快感症・喜びの喪失 (anhedonia) がふらつき、浮動感、あるいは回転性めまいにより引き起こされた状態。食欲の変化、集中力低下、睡眠の変化、無価値観、易疲労性、自殺願望・企図、不穏あるいは不活発のうち4つ以上の症状を伴う。

⑥ Vestibular symptoms due to depression (うつによる前庭症状)

発作性あるいは慢性のふらつき、浮動感、回転性めまい、2週間以上続く身体違和感 (dysphoria) あるいは無快感症・喜びの喪失 (anhedonia) および⑤に示す抑うつによる症状を4つ以上示す病態。精神医学的にはうつエピソード、反復性抑うつ障害、気分変調症のうちいずれか一つ以上の診断に当てはまり、うつにより前庭症状が引き起こされた病態である。今回の国際分類作成作業では、不安症がめまいの原因になっている

点に関してはすぐにコンセンサスが得られたが、うつがめまいを引き起こすのか、という点では議論があった。最終的にはわれわれ日本からの「うつによるめまい」は存在する、との主張が受け入れられ掲載された。

⑦ Vestibular illness anxiety (前庭疾患不安症)

単発あるいは複数回の急性あるいは発作性、慢性の回転性めまい、浮動感、ふらつきを訴え、下記のうち二つ以上に当てはまる病態。前庭症状を引き起こす重大な疾患があると恐れる、信じ込む、没頭する。前庭症状を過剰に心配する。検査を繰り返し要望したり、データを徹底的に調べ上げる、など前庭症状を探し求めそれを過剰に確認する。疾患を恐れて、あるいは疾患が悪化することを恐れて前庭症状に関連する行動を制限する。身体症状症、従来の身体表現性障害による病態と同じと考えられる。

⑧ Persistent postural perceptual dizziness (PPPD, 持続性知覚性姿勢誘発めまい)

以下のBarany学会の診断基準¹²⁾ (日本語訳案)を示す病態。日本語訳に関しては名古屋市立大学精神・認知・行動医学の近藤真前先生と私が中心になって作成し、同耳鼻咽喉科中山明峰先生、蒲谷嘉代子先生、東京医療センター五島史行先生、奈良県立医大北原 糺先生、吉田病院清水

謙祐先生からもご意見をいただいた。会員の先生方からもご意見をいただければ幸いである。この疾患の特徴は診断基準の通りであるが、ポイントは何らかの急性めまいに続発する慢性持続性のめまいであること、立位で症状が出やすく、体動や視覚刺激で悪化しやすいこと、である。また、瞬間的な増悪や症状に波があることも特徴の一つである。心因性めまいや器質的前庭疾患と合併する場合もあるが、それらの疾患だけでは説明しえない病態を含む場合、PPPDと診断する。ただし、PPPDの診断自体は除外診断で行うべきではない。例えば、パニック発作で初発したPPPDの視覚刺激によるふらつきの悪化は純粋な心因性めまいで説明できる症状ではない。前庭神経炎後のPPPDでは、平衡機能検査上動的前庭代償が進行しているにもかかわらず視覚刺激で悪化する慢性のふらつきを訴える。

PPPDはBrandtらのグループが以前から報告してきたPhobic Postural Vertigo (PPV, 恐怖姿勢めまい)と同類の疾患であるが、この概念は旧日本平衡神経科学会の1987年答申には含まれていない。除外診断で診断名を付けるめまい症とPPPDは厳とした別の概念ではあるが、従来、めまい症とされてきた疾患の中にPPPDやPPVが少なくとも一定数含まれている可能性は高い(図1)。PPPDは精神疾患の合併の有無にかかわらずSSRIが有効であることが知られており⁸⁾、また、認知行動療法による治療が試みられている¹³⁾。すなわち、PPPDの臨床研究を通して従来めまい症として半ば放置されてきた患者の少なくとも一部は治療対象となる可能性が高い。今後PPPDを発症する原疾患、精神症状の合併の有無、ある場合はその種類、合併時期、3つの誘因の頻度とオーバーラップ、治療への反応性などに関する研究の発展を期待したい。

持続性知覚性姿勢誘発めまい (Persistent Postural-Perceptual Dizziness: PPPD) の診断基準

PPPDは以下の基準A～Eで定義される慢性の前庭症状を呈する疾患である。診断には5つの基準全てを満たすことが必要である。

A. 浮遊感、不安定感、非回転性めまいのうち一つ以上が、3カ月以上にわたってほとんど毎日

存在する^{1)~3)}。

1. 症状は長い時間(時間単位)持続するが、症状の強さに増悪・軽減がみられることがある。

2. 症状は1日中持続的に存在するとはかぎらない。

B. 持続性の症状を引き起こす特異的な誘因はないが、以下の3つの因子で増悪する^{4)~5)}。

1. 立位姿勢

2. 特定の方向や頭位に限らない、能動的あるいは受動的な動き

3. 動いているもの、あるいは複雑な視覚パターンを見たとき

C. この疾患は、めまい、浮遊感、不安定感、あるいは急性・発作性・慢性の前庭疾患、他の神経学的または内科的疾患、心理的ストレスによる平衡障害が先行して発症する⁶⁾。

1. 急性または発作性の病態が先行する場合は、その先行病態が消失するにつれて、症状は基準Aのパターンに定着する。しかし、症状は、初めは間欠的に生じ、持続性の経過へと固定していくことがある。

2. 慢性の病態が先行する場合は、症状は緩徐に進行し、悪化することがある。

D. 症状は、顕著な苦痛あるいは機能障害を引き起こしている。

E. 症状は、他の疾患や障害ではうまく説明できない⁷⁾。

【注】

(1) PPPDの主症状には以下の症状が含まれる。

・空間認知の混乱や障害に伴う非運動性の感覚(dizziness: 浮遊感)

・立位あるいは歩行時の不安定な感覚(unsteadiness: 不安定感)

・自分自身あるいは外界が揺らぐ、揺れ動く、上下に揺れる、はずむという疑似運動感覚(internal or external non-spinning vertigo: 内的(自分自身)あるいは外的(外界)な非回転性めまい)

(2) 症状は、1カ月のうち15日以上存在する。ほとんどの患者は毎日あるいはほぼ毎日、症状を自覚する。症状は、その1日の中で時間が進むにつれて増強する傾向にある。

(3) 誘因なく、あるいは急な動きによって、症

状の瞬間的な増悪が生じることがあるが、全ての患者に生じるわけではない。瞬間的な増悪だけではこの基準は満たさない。

(4) 疾患が十分に進行すると、誘因に曝露されなくても症状が起こる。

(5) 基準Bの3つの因子すべてによる増悪を経過中に認める必要があるが、それらが同等に症状を増悪させなくてもよい。患者は、前庭症状の不快感を増悪を最小限にするために、これらの増悪因子を回避する場合があります、そのような回避が見られたときはこの基準を満たすと考えてよい。

a. 立位姿勢とは、起立あるいは歩行のことである。

b. 能動的な動作とは、患者が自ら起こした動作のことである。受動的な動作とは、患者が乗り物や他人によって動かされることである（例：車やエレベーターに乗る、人ごみに押される）。

c. 視野の大部分を占める視覚刺激でも一部分への視覚刺激でも症状は誘発される。全視野への刺激（例：行き交う車、賑やかな飾り付けで埋め尽くされた部屋、大画面に表示された画像）で誘発される場合が大多数であるが、視野の一部への刺激（例：本、コンピュータ、携帯用の電子機器）であってもそれを見続ける場合は誘因となる。

(6) PPPDを発症させる頻度の高い病態は、末梢性または中枢性の前庭疾患（PPPD症例の25～30%）、前庭片頭痛の発作（15～20%）、顕著な浮遊感を示すパニック発作または全般性不安（それぞれ15%）、脳しんとうまたはむち打ち症（10～15%）、自律神経障害（7%）である。他の不整脈や薬剤の副作用などめまい、浮遊感、不安定感を引き起こしたり平衡機能に影響したりする病態はPPPDの原因とはなりにくい（合計で3%以下）。PPPDを引き起こす病態の大半は急性または発作性であり、急性症状に続発してPPPDによる持続性の症状が始まると患者は訴える。しかし、全般性不安障害、自律神経障害、末梢性または中枢性の変性疾患などが先行した場合、発症時期を明確に同定できることは少ない。全ての症例において特定の先行疾患を同定できるわけではないが、特に症状が緩徐に悪化している場合は、診断を再評価することが必要であり、PPPDと診断確定するにはしばらく経過を追う必要がある。

(7) PPPDは他の疾患や障害と併存することがある。他の疾患が存在していても、必ずしもPPPDの診断を除外するものではない。むしろ、臨床的判断によって、同定された疾患のうち、患者の症状を最もうまく説明できる主診断を決定すべきである。

文 献

- 1) 小松崎 篤, 二木 隆, 原田康夫, 他: めまいの診断基準化のための資料, 1987年めまいの診断基準化委員会答申書. *Equilibrium Res* 47: 245-273, 1988
- 2) Lopez-Escamez JA, Carey J, Chung WH, et al.: Diagnostic criteria for Menière's Disease. Consensus document of the Bárány Society, The Japan Society for Equilibrium Research, the European Academy of Otolology and Neurotology (EAONO), the American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery (AAO-HNS) and the Korean Balance Society. *J Vestibular Res* 25: 1-7, 2015
- 3) von Brevern M, Bertholon P, Brandt T, et al.: Benign paroxysmal positional vertigo: Diagnostic criteria. Consensus document of the Committee for the Classification of Vestibular Disorders of the Bárány Society. *J Vestibular Res* 25: 105-117, 2015
- 4) Lempert T, Olesen J, Furman J: Vestibular migraine: diagnostic criteria. Consensus document of the Bárány Society and the International Headache Society, *J Vestibular Res* 22: 167-172, 2012
- 5) Brandt T: Phobic postural vertigo. *Neurology* 46: 1515-1519, 1996
- 6) Bronstein AM: Visual vertigo syndrome: clinical and posturography findings. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 59: 472-476, 1995
- 7) Jacob RG, Redfern MS, Furman JM, et al.: Space and motion discomfort and abnormal balance control in patients with anxiety disorders. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 80: 74-78, 2009
- 8) Staab JP, Ruckenstein MJ, Amsterdam JD: A prospective trial of sertraline for chronic subjective dizziness. *Laryngoscope* 114: 1637-

- 1641, 2004
- 9) Horii A, Mitani K, Kitahara T, et al.: Paroxetine, a selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI), reduces depressive symptoms and subjective handicaps in patients with dizziness. *Otol Neurotol* 25: 536–543, 2004
- 10) Horii A, Uno A, Kitahara T, et al.: Effects of fluvoxamine on anxiety, depression, and subjective handicaps of chronic dizziness patients with or without neuro-otologic diseases. *J Vestibular Res* 17: 1–7, 2007
- 11) Horii A, Imai T, Kitahara T, et al.: Psychiatric comorbidities and use of milnacipran in patients with chronic dizziness. *J Vestibular Res* 26: 335–340, 2016
- 12) Staab JP, Eckhardt-Henn A, Horii A, et al.: Diagnostic criteria for persistent postural-perceptual dizziness (PPPD): Consensus document of the Committee for the Classification of Vestibular Disorders of the Bárány Society. *J Vestibular Res* in press
- 13) Edelman S, Mahoney AE, Cremer PD: Cognitive behavior therapy for chronic subjective dizziness: a randomized, controlled trial. *Am J Otolaryngol* 33: 395–401, 2012
- 利益相反に該当する事項はない。
-
- 別刷請求先：堀井 新