メニエール病の治癒判定基準†

香 取 早 苗・高 安 劭 次*

序 論

メニエール病は、発作反復をその特徴的臨床像として
いるので、単なる症状経過を指標とする限り、治癒の判
定には、次の発作が決して起こらないことの確認こそ重
要条件となるため、実際には不可能である。従ってこの
件については治療効果の判定基準という表現が好んで用
いられているが、その判定ですら年余の期間を要しても
なお不確実さを拭えず、極めて非現実的なものとなってい
る。著者等は、メニエール病の治癒判定の実用化は、
その指標を現在事象におかない限り解決できぬとの観点
から、発病の Trigger となる背景因子を有するメニエール
病確実例20例について5年間追跡調査した結果、少く
共背景因子をもつメニエール病症例では、その背景因子
に対する治療を併用し、背景因子の消失（改善）した時
点で治癒と判定しても80%の確実性があり、AAOO の
治療効果判定基準よりも優れていることをすでに報告し
た¹⁾。本論文では、同一症例について更に5年間（通算
10年）継続観察し、その信憑性を再評価すると共に、臨
床の有用性について述べる。

対象と方法

前回報告した対象は、表1に示した如く、昭和53年1
月から12月までの1年間に国立立川病院めまいセンター
を受診した新患764例中、メニエール病確実例と診断さ
れ、かつ明らかな発症関連病態（背景因子）が確認でき
た症例で、5年間（昭和53年1月～昭和57年12月）背景
因子としての病態の治療による推移とメニエール病発作
の消長とを比較観察できた20例であった。今回も、同
じ対象について更に5年間（昭和58年1月～昭和62年12
月）めまい発作の消長と背景因子の状態を継続観察し
た。観察方法は、できるだけ外来にて定期的追跡検査を
施行することを第一条件とし、遠隔地、その他の条件か
ら通院不可能な症例には、電話又は手紙で定期的な追跡
調査を実施した。このうち通算10年間確実に追跡できた
症例は、15例であった。

表 1

前回報告（昭和58年）

昭和53年1ヵ年間めまい新患々者 764例中
メニエール病（確実例） 49例（6.4%）

背景因子なし 23例（46.9%）
背景因子あり 26例（53.1%）中
5年間追跡観察できた 20例

背景因子の病態	
起立性調節障害因子(OD)	9例
頸性因子(CS)	8例
OD+CS	3例

今回の対象

更に5年間経過追跡できた 15例

結果と検討

図1に示した症例1～14は、前回5年間の観察中、3
年以内に背景因子の病態が改善され、治癒と判定した
群、図2の症例15～20は、前回5年間では治癒と判定
できなかった群で、各群の通算10年間の経過を示してあ
る。各図は、1症例につき2段に分けて表示し、上段に
前5年の経過を、下段（灰色の標示）に後5年の経過を
示してある。●印は、背景因子の病態の存在を、○印は
その改善を、また▲印はメニエール病の発作を、↑印
は、めまいはないが蝸牛症状の発作性増悪を示してい
る。図1、即ち前回報告の際に治癒と判定できたうち通
算10年の経過観察ができた症例は、Case No. 1,3,4,5,
7,8,10,12,13の9例である。このうち Case No. 1,4,5,
7,8,13の6例では、後半5年間の観察期間中も、背景因
子となる病態が改善されたまま経過しており、メニエール
病の発作も亦起っていない。即ち、前回治癒と判定し
たことの正当性が立証されていた。これに対し、残りの
3例、Case No. 3,10,12では、後半5年の間にメニエール
病のめまい発作が発来していた。図3は、このうちの
1例 Case No. 10の経過を示したものである。前回は、
初診後1.8年をもって背景病態である頸性因子が改善さ
れ、治癒と判定したが、その後約6.5年で発作が出現し
た。ところがこの時点では、発作誘発の Trigger とな

† Healing Stage Evaluation Standard on Meniere's Disease

Sanae Katori and Shoji Takayasu*

国立立川病院めまいセンター

* 国立立川病院耳鼻咽喉科

図1 5年間の経過（上段白抜き）観察中に治癒と判定したメニエル病14例の、その後5年の経過（下段灰色）を示す。各例とも左端より病例番号、性別、初診時年齢、背景因子、初発年月日、および初診時迄の平均発作間隔（月）を示してある。説明は本文参照。

図2 5年間の経過中（上段白抜き）では治癒と判定出来なかった6例のその後5年の経過（下段灰色）を示す。以下図1に同じ。

Case No.10 (CS)

図3 再罹患と考えられる例の経過図。初診後1.5年で背景因子 (CS) が改善され治癒と判定したが5.5年後に発病し来院した。その時点ではCSの再発はなくOD因子を認めた。即ち別の Trigger で改めてメニエール病に罹病したと考えられた。

Case No.12 (OD)

図4 再発病と考えられる例の経過図。初診後2.5年で背景因子 (OD) が改善され治癒と判定したがその後6.5年目の検査でODが再発し、同時に軽度の自発眼振を認めた。その2週後にメニエール病が発病した。即ち同じ Trigger で改めて発病したと考えられた。

る背景因子の病態は顕性因子から起立性調節障害因子に変っていた。このことは、全く新しい別個の背景因子を Trigger として、改めてメニエール病が同側耳に発症した疑いが濃厚であった。もしこれをメニエール病の再罹患とみなすならば、前回治癒と判定したこと自体に誤りはなかったとも云える。Case No. 3も同様に別の背景因子を Trigger とした再罹患の例であった。これに対し、Case No. 12 (図4に拡大表示してある)は、前回報告の際は初診後2.5年で治癒と判定した。その後約7年目の定期検査の時点で、それまで消失していた背景因子となる病態が再び出現し、平衡機能検査で水平性眼振が確認されていたが、特にめまいも訴えなかったので背景因子に対する治療もしなかったところ、その2週間後に発作が連続して2回発来した。この症例では、同じ背景因子となる病態を Trigger に、再び同側耳にメ

ニエール病が改めて発症した疑いが濃厚であり、一旦治癒したメニエール病の「再発」とみることも可能と考えられた。従って図1の9例に関しては、発作の発来だけを指標とした場合の我々の治癒判定基準の正当性は66.7%であるが、発症の背景因子の経過から再罹患、再発の概念を導入すれば、正当性は100%となり、極めて高い信憑性をもっていることが立証されたことになる。さらに前回5年間の観察期間内では、背景因子が消失せず治癒の判定が不可能であった図2の6症例に関する後半5年間の観察では、Case No. 19と20がそれぞれ6年、6.5年の時点において治癒と判定され、残り4症例に関しては、初診より10年経過した現在でも背景因子となる病態が消失し得ず、治癒と判定することはできなかった。ちなみに、今回の対象15例の10年間の経過を資料とした時の「めまい発作」に関する判定を、AAO²⁾及びAAO-

表2 AAOO と本法との比較。判定の正当性は同等だが、判定時期は本法が遙かに早期であった。

No. 15

本法 AAOO	正しい	誤り	不能	計
正しい	7	1*		8
誤り		2*		2
不能	1		4	5
計	8	3	4	15

* 再発・再罹患例

表3 AAOO-HNS と本法との比較。正当性はほぼ同じだが固定残存症状を後遺症と見なす本法のほうが、治療完了時期が明確、早期であった。

No. 15

本法 AAO-HNS	正しい	誤り	不能	計
完治				
有効	6	2*	2	10
やや有効	2	1*		3
不変			1	1
悪化			1	1
計	8	3	4	15

* 再発・再罹患例

HNS³⁾ 基準のそれと比較した成績を表2、3に示したが、AAOO との比較では、前回5年間の観察時には我々の方法が優れていたが、通算10年の結果では、両者がほぼ一致していた。しかし、両者共に正しかった7例では、その判定時期に平均3.88年の差をもって本法が全て早期判定が可能であったこと、及び本法の誤り欄に示した3例は、前述した如く、再発・再罹患とみなすならば、判定自体も本法が優れていると考えられる。他方、AAO-HNS との比較では、仮りに完治を治療とみなすならば、完治例は1例もなかったが、後遺症という概念を入れないかぎり、経過の長いメニエール病には、治療をどこで終了するかの判定がしにくく、実用性において本法に劣ると云わざるを得ない。

考 按

一般にある疾患を治療する場合には、原因の除去、局

所病態の改善、機能の回復を目標とし、発病の基礎的条件が完全に消失して疾患特有の臨床異常所見や機能障害が消退またはあるレベルに固定するまで継続したら「治療」と判定される。その時点で認められる残存所見や機能障害は「後遺症」とみなし、必要に応じてリハビリテーションが実施される。治療と判定したあと、ある期間を置いて一旦消失した発病の基礎的条件が再び揃い、それを Trigger として同じ臨床症状が発来した場合は同一疾患の「再発病」と理解され、治療後の健康期間中も前回の病気が継続していたとは見なさない。また全く別の基礎的条件を新たな Trigger として（従って治療も異ってくる）同じ臨床症状が発来した場合には、前回とは別種の同一疾患に改めて「再罹患」と考えるのが妥当である。

しかるに、メニエール病に関してはこのような考え方が全く無視されており、従って疫学を始め、その病態生理、関連因子、手術的および保存的治療に関しては着実に解明されて来ているにもかかわらず、治療判定の基準だけが未だ確立されずに残されていた。

過去にもこの基準設定がない訳ではないがいづれも曖昧であったり矛盾が多い。即ち、上村⁴⁾は1年以上めまい発作がなく、かつめまい発作のない期間がそれまでの最長発作間隔より長いという2条件を満たす場合を治療としているが、その最長発作間隔をもって発来した発作以前にも当然最長発作間隔期（即ち、判定時では第二位の長期発作間隔）があった筈で、それが一年以上であったならば、その時点でも治療と判定できていたはずになる。そうするとその後それ以上の間隔をおいて発来した最終発作をどう考えるかが問題である。また佐野等⁵⁾は、メニエール病発作は3年間の治療観察が必要と説いており、山崎等⁶⁾も保存的治療に関して、2年～3年に亘り観察すれば、大部分治療効果の判定は可能であると述べているが、その論拠は単に発作が起りにくくなったという事実を示しているにすぎない。また徳増⁷⁾は、425名のメニエール病症例の追跡から、発作の起らなかった期間を3段階に分けて、3年治療60%、5年治療42%、10年治療10%とみることができると述べているが、この論法も実際には単に発作が起らなかった期間を区切った一つの呼称法に過ぎず、それ故に3年治療と5年治療の間に発作を起したと思われる18%の症例については特に解説がなされていない。

他方、治療効果の判定基準として広く用いられてきたAAOO (1972) 基準も、発作頻発例や手術例には適していても、発作散発例では判定までに長期間を要し過ぎて実用性に乏しいとの批判がある。著者らも前回5年間観察の成績でこの点を強く指摘した。また AAOO に替

って1985年に提示された AAO-HNS 基準についても、各判定法と比較検討した二木⁸⁾は、手術的治療以外の判定に問題ありとの見解を述べている。我々もめまい発作について我々の基準と比較してみたが表3に示したごとく15例中完治は1例もなかったが、AAO-HNSでは完治以外はその後も更に治療を続けるべきか否かを指摘することが出来ず、少く共2年ごとに治療法を変更しない限り以後の判定が不可能となる。

つまりは、治癒判定にしろ治療効果の判定にしろ、その指標を将来の不測の事象（次の発作）においている限り解決し難い問題なのである。

そこで我々はメニエール病に関しても一般の疾患と同等の観点から治癒判定が可能か否かを検討した。我々の判定基準のねらいは、指標を発病の基礎的条件（背景因子）に置き、その経緯からメニエール病の病状を評価する点で従来の方法とは全く異っており、発作間隔の長短や発作頻度の増減などには関係なく、治癒判定を現在事象で高い正確率で下せることが立証された。また我々の方法では、再発と再罹患を明確に区別できることから、いつまで、何を治療すべきか、いつ終了させてよいかなどを始め、背景因子の難治度からメニエール病の難治度まで推測可能であることが15例の長期観察で明確にすることが出来るなど、従来の判定法では到底解決し得ない数多くの指針が得られる点で、極めて示唆に富む実用性の高い判定基準と確信した。

ただし、我々の判定基準は飽くまでも背景因子をもつメニエール病例にのみ適用されるものであり、背景因子不詳のメニエール病例（46.9%）については適用できない難点は認めざるを得ない。従って今後はメニエール病の背景因子をいかに多く発見するが、最大の課題と考えている。

ま と め

メニエール病例の中には、その発病に関連性のある別の病態（背景因子）を持つ例が少くないので、前回、この背景因子の治療による推移を parameter とし、それとメニエール病発作の消長とを5年間に亘り観察した結果、背景因子となる病態の改善をもって現在事象で治癒判定が可能であることを報告した。今回は、更に5年間、通算10年間同一症例につき観察し、前回の結論の正当性を再評価した。その結果、新たな（別の）背景因子を Trigger として発症した場合を「再罹患」（2例あった）、同じ背景因子の再出現を Trigger とした発症を「再発」（1例あった）とすれば、我々の治癒判定基準はほぼ100%正当であることを立証できた。

尚、本研究は厚生省特定疾患前庭機能異常調査研究班の研究費援助により行われたものである。

文 献

- 1) 高安功次, 他, 背景因子からみたメニエール病の治癒判定に関する一考察 厚生省特定疾患前庭機能異常調査研究班. 昭和57年度研究報告書 31-37 昭和58年
- 2) Committee on Hearing and Equilibrium (ch. Alford BR): Reports of Subcommittee on Equilibrium and its Measurement. Trans Am Acad Ophth Otolaryng 76: 1462-1464, 1972
- 3) Committee on Hearing and Equilibrium (Pearson BW and De Brackmann D.) Guidelines for Reporting Treatment Results in Meniere's Disease. Otolaryng. Head Neck Surg 93: 579-581, 1985
- 4) 上村卓也: メニエール病, 病態と治療, 日耳鼻 80: 978-982, 1977
- 5) 佐野光仁ら: メニエール病の経過観察, 耳鼻臨床 73: 増4: 1861-1865, 1980
- 6) 山崎 勤: 他, アンケート調査からみたメニエール病患者の治療法の検討, 耳鼻臨床 73: 増2: 1134-1141, 1980
- 7) 徳増厚二: メニエール病の治療, 耳展: 28; 4: 35 357-366, 1985
- 8) 二木 隆: メニエール病の治療効果について. Equilibrium Res: 46: 238-248, 1987

Abstract

Many patients with Meniere's disease (53.1%) also have other underlying diseases. Our previous study showed that the stage of healing in Meniere's disease could be evaluated from the improvement of such background factors through a 5-year study of attacks of vertigo in 15 patients by correlating the changes in the background factors with the treatment. In this recent study, we re-examined the justifiability of our previous findings by a second 5-year observation of the same patients—a total of 10 years.

The recurrence of Meniere's disease triggered by new background factors we called "new pathopoiesis" and recurrences triggered by the same background factors "recidivation". The results of this study justified our healing stage evaluation standard nearly perfectly.

Further research to clarify the highly related background factors in this disease is needed.

Key words: Meniere's disease, Judgement of cure on Meniere's disease, Triggering factors of Meniere's disease.

（原稿到着：昭和63年3月31日）
別刷請求先：香取早苗
〒190 立川市曙町1-32-1
国立立川病院めまいセンター