原 著

メニエール病疑い例の検討

池田 元久¹⁾・渡辺 勲²⁾

Evaluation of Probable Meniere's Disease

Motohisa Ikeda¹⁾, Isamu Watanabe²⁾

¹⁾ *Department of Otolaryngology, Soka Municipal Hospital*

²⁾ *Neurootological Research Laboratory*

In 1974, the Meniere's Disease Research Committee of Japan published recommended guidelines for diagnosis of Meniere's disease. This guidelines advocated definite Meniere's disease (DMD) and probable Meniere's disease (PMD). DMD was defined as repeated rotatory vertigo, fluctuating cochlear symptoms and exclusion of other causes. PMD was defined as repeated rotatory vertigo and exclusion of other causes or fluctuating cochlear symptoms and exclusion of other causes. We divided PMD patients into four groups as follows: Group I: Three or more definite episodes of rotatory vertigo and non-fluctuating cochlear symptoms. Group II: Three or more definite episodes of rotatory vertigo without cochlear symptoms (vestibular MD). Group III: One or two definite episodes of rotatory vertigo with fluctuating cochlear symptoms. Group IV: Fluctuating cochlear symptoms without vertigo (cochlear MD).

The time course of fluctuating hearing loss in groups III and IV was similar to that in DMD. The time course of patients who showed canal paresis or directional preponderance on bithermal caloric irrigations in DMD was similar to those in Groups III and IV but different from those in Groups I and II.

We speculated that PMD could be divided into four morbid states as follows: 1. Progress to DMD in the future. 2. Similar to old DMD. 3. Similar to remission of DMD. 4. Different disease from DMD. Some PMD patients might be able to control vertigo and/or cochlear symptoms by therapy, while in other patients repeated vertigo and/or fluctuating cochlear symptoms might not appear during the natural course. It is important that the patients with PMD be treated as carefully as those with DMD.

Key words: definite Meniere's disease, probable Meniere's disease, fluctuation of hearing level, CP and DP on caloric test

緒 言

メニエール病の経過は2~3ヶ月の症状の持続

のみで回復してしまう症例からめまい発作を長期にわたり反復しつつ、内耳機能低下が進行し、高度難聴、耳鳴、持続する平衡障害に悩まされる症例まで多様な経過をとりうる¹⁾ことから診断は容易ではない。しかし水分・塩分制限、利尿剤の内

¹⁾ 草加市立病院耳鼻咽喉科

²⁾ 神経耳科学研究室(湯島)

表1 厚生省特定疾患「メニエール病」調査研究班の診断の手引⁴⁾

1. 回転性めまい発作を反復すること。
2. 耳鳴り、難聴などの蝸牛症状が反復、消長すること。
3. 1, 2の症状を来す中枢神経疾患、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。

診断基準 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。

服、内耳・前庭神経への手術治療法などの、他の内耳疾患には用いられない特異的な治療法を行う場合があるので診断は明確につける必要がある²⁾。まためまいが出現する前に治療を開始した方が予後は良好であるともいわれており³⁾、初診時にメニエール病確実例（以下確実例と略す）と診断できる症例以外のいわゆるメニエール病疑い例（以下疑い例と略す）にどのように対処すべきかは、臨床上重要であると考えられる。疑い例の臨床像および確実例との関係を明確にするために、臨床症状の特徴、神経耳科検査所見などについて、確実例と比較しながら検討し、若干の文献的考察も加えた。

研究対象・方法

1. 1985年8月から1995年12月までの期間に埼玉医大耳鼻科、草加市立病院耳鼻科のめまい外来を受診し、神経耳科検査、神経学検査、血液検査、画像検査を行い、5ヶ月間以上の経過観察を行った各種内耳疾患（以下内耳疾患と略す）439症例を、蝸牛症状、回転性めまい発作の状況によって分類し、「厚生省研究班メニエール病診断の手引」⁴⁾（表1）によるメニエール病疑い例をさらに以下の4群に分類した（図1）。

I群。診断基準1, 3を満たし、反復・消長しない蝸牛症状を伴う症例。

II群。診断基準1, 3を満たし、蝸牛症状を伴わない症例→いわゆる前庭型メニエール病（以下前庭型と略す）。

III群。診断基準2, 3を満たし、反復しない回転性めまい発作（めまい発作2回以下）を伴う症例。

IV群。診断基準2, 3を満たし、めまい発作を伴わない症例→いわゆる蝸牛型メニエール病（以下蝸牛型と略す）。

2. 確実例96例、疑い例120例の内、1年間以

上経過観察できた、確実例57例（一側25例、両側32例）、疑い例（I群：一側12例、両側24例；計36例、II群：20例、III群：一側4例、両側3例；計7例、IV群：一側7例、両側8例；計15例）について、純音聴力と温度刺激検査結果の経時的な変化について比較検討した。

純音聴力および温度刺激検査の経時的変化は初診後経過であり、初診後1年目、2年目、3年目に検査を受けた症例を対象とし、各経過年時全てに検査を受けている症例のみでなく、1年目のみの症例、1年目2年目のみの症例、1年目3年目のみの症例が含まれる。

3. 聴力は低音部は250 Hz, 500 Hz, 1 kHzの聴力レベルの平均値を、高音部は2 kHz, 4 kHz, 8 kHzの聴力レベルの平均値を用い、初診日から1年間、1年後から2年後、2年後から3年後のそれぞれの期間中の最良聴力と最悪聴力（この両者の差が各期間中の聴力変動幅となる）を比較した。

4. 温度刺激検査は暗所開眼暗算負荷の条件下で44°C, 30°Cの冷温交互刺激を行い最大緩徐相速度のCP%を算出し、CP% 26%以上の場合を一側半規管機能低下（以下CPと略す）あり、26%未満の場合をCPなしとした。同様にDP% 29%以上の場合を眼振方向優位性（以下DPと略す）あり、29%未満の場合をDPなしとした⁵⁾。また左右各側の冷刺激、温刺激に対する反応の最大緩徐相速度の和が両側とも10°/秒未満の場合を両側CPありとした⁶⁾。初回検査、初回検査後1年目、2年目、3年目の検査結果を各群別に集計して比較した。

5. 本検討を行った対象症例の性別、初診年齢を表2に、めまい・蝸牛症状の初発年齢およびめまい・蝸牛症状のうちの先行症状初発から当科初

表2 疑い例各群と確実例の性別・年齢

	男	女	計	初診時平均年齢 (M±SD)
I. 診断基準1,3を 満たす症例	10(28)	26(72)	36(100)	49.4±13.1
II. 前庭型メニエール病	4(20)	16(80)	20(100)	40.2±12.4
I + II	14(25)	42(75)	56(100)	46.1±13.5
III. 診断基準2,3を 満たす症例	1(14)	6(86)	7(100)	49.4±10.8
IV. 蝸牛型メニエール病	6(40)	9(60)	15(100)	41.5±20.3
III + IV	7(32)	15(68)	22(100)	44.0±18.0
I + II + III + IV	21(27)	57(73)	78(100)	45.5±14.8
厚生省「前庭機能異常 研究班」資料(1983)	61(41)	87(59)	148(100)	43.1±13.4
メニエール病確実例 (自験例)	19(33)	38(67)	57(100)	50.6±16.5
厚生省「前庭機能異常 研究班」資料(1983)	67(42)	91(58)	158(100)	41.4±12.7

表3 疑い例各群と確実例の初発年齢・初発～初診期間・経過観察期間

	めまい 初発年齢 (M±SD)	蝸牛症状 初発年齢 (M±SD)	初発から初診 までの期間(年) (M±SD)	経過観察 期間(年) (M±SD)
I. 診断基準1,3を 満たす症例	43.9±13.0	44.7±13.8	6.0±7.5	3.7±3.1
II. 前庭型 メニエール病	38.0±11.7		2.2±3.5	3.3±2.2
I + II	41.8±12.8	44.7±13.8	4.6±6.6	3.5±2.8
III. 診断基準2,3を 満たす症例	48.7±11.5	45.4±16.6	4.4±8.0	2.3±1.5
IV. 蝸牛型 メニエール病		37.8±18.9	3.1±4.9	3.3±2.8
III + IV	48.7±11.5	40.3±18.1	3.5±5.9	3.0±2.5
I + II + III + IV	42.6±12.7	43.5±15.2	4.4±6.4	3.4±2.7
メニエール病 確実例	44.1±15.1	41.7±15.7	10.8±12.5	4.8±3.2

図2 疑い例(Ⅲ+Ⅳ群)と確実例の聴力変動状況の経時的変化

各グラフの上部の()内数字は検査対象症例数を示す。

×: I群の聴力, △: Ⅲ+Ⅳ群の最良聴力, ▲: Ⅲ+Ⅳ群の最悪聴力, ○: 確実例の最良聴力, ●: 確実例の最悪聴力。低音部: (250 Hz+500 Hz+1 kHz)/3, 高音部: (2 kHz+4 kHz+8 kHz)/3

(3) 3年目①Ⅲ+Ⅳ群(7耳): 低音部; 54.1 ± 8.9 , 67.0 ± 10.9 。高音部; 59.9 ± 16.5 , 68.3 ± 11.7 。②確実例(29耳): 低音部; 47.7 ± 20.1 , 55.3 ± 19.1 。高音部; 63.7 ± 24.7 , 71.1 ± 22.3 。

Ⅲ+Ⅳ群と確実例は1年目, 2年目は聴力レベル, 変動幅ともに類似した値を示し, 対応のない Wilcoxon 検定でも有意差を認めなかった。3年目は症例が少ないので傾向を述べるに留めるが, 最良聴力レベルと最悪聴力レベルは有意差を認めなかったが, 低音部の変動幅は5%以下の危険率でⅢ+Ⅳ群の方が確実例群より有意に大きかった。

3. 温度刺激検査で一侧 CP または両側 CP を示した症例数(表4)。

(1) 初回: ①I+Ⅱ群; 56例中13例(23.2%), ②Ⅲ+Ⅳ群; 22例中12例(54.5%), ③確実例; 57例中28例(49.1%)。I+Ⅱ群はⅢ+Ⅳ群および確実例に比して CP を示した症例の割合が1%以下の危険率で有意に少なかった(χ^2 検定)。

(2) 1年後: ①I+Ⅱ群; 17例中3例(17.6%), ②Ⅲ+Ⅳ群; 16例中8例(50.0%), ③確実例; 34例中16例(47.1%)。

(3) 2年後: ①I+Ⅱ群; 16例中5例(31.3%), ②Ⅲ+Ⅳ群; 5例中3例(60%), ③確実例; 19

例中8例(42.1%)。

Ⅲ+Ⅳ群と確実例は初回, 1年後とも一侧または両側 CP を示した症例の割合が類似していたが I+Ⅱ群は正常群の割合がⅢ+Ⅳ群, 確実例に比して多かった。

4. 温度刺激検査で DP を示した症例数(両側 CP 症例は除いた: 表5)。

(1) 初回: ①I+Ⅱ群; 55例中4例(7.3%), ②Ⅲ+Ⅳ群; 22例中4例(18.2%), ③確実例; 52例中11例(21.2%)。I+Ⅱ群は確実例に比して10%の危険率で有意に少なかった(χ^2 検定)。

(2) 1年後: ①I+Ⅱ群; 16例中1例(6.3%), ②Ⅲ+Ⅳ群; 16例中2例(12.5%), ③確実例; 32例中3例(9.4%)。

(3) 2年後: ①I+Ⅱ群; 14例中1例(7.1%), ②Ⅲ+Ⅳ群; 5例中1例(20.0%), ③確実例; 16例中5例(31.3%)。

初回, 1年後ともⅢ+Ⅳ群は DP を示した症例の割合が確実例と類似していたが, 初回は I+Ⅱ群はⅢ+Ⅳ群および確実例と比して DP を示す症例の割合が少なかった。

考 察

表1に示された診断の手引は主として病歴による診断基準であるが, 作成の目的は耳鼻科を受診

表 4 温度刺激検査の CP 発現の経時的変化

一側：一側 CP+, 両側：両側 CP+, () 内は%を示す。3 年後は症例数が少ないため%は示さなかった。

	初回			1年後			2年後			3年後		
	一側	両側	CP-	一側	両側	CP-	一側	両側	CP-	一側	両側	CP-
I. 診断基準1,3を満たす症例	8 (22)	1 (3)	27 (75)	2 (18)	1 (9)	8 (73)	2 (29)	1 (14)	4 (57)	1	0	1
II. 前庭型 メニエール病	4 (20)	0 (0)	16 (80)	0 (0)	0 (0)	6 (100)	1 (11)	1 (11)	7 (78)	1	0	3
I + II	12 (21)	1 (2)	43 (77)	2 (12)	1 (6)	14 (82)	3 (19)	2 (13)	11 (69)	2	0	4
III. 診断基準2,3を満たす症例	4 (57)	0 (0)	3 (43)	2 (40)	0 (0)	3 (60)	0 (0)	1 (100)	0 (0)	0	0	0
IV. 蝸牛型 メニエール病	8 (53)	0 (0)	7 (47)	6 (55)	0 (0)	5 (45)	3 (75)	0 (0)	1 (25)	1	0	1
III + IV	12 (55)	0 (0)	10 (45)	8 (50)	0 (0)	8 (50)	3 (60)	1 (20)	1 (20)	1	0	1
I + II + III + IV	24 (31)	1 (11)	53 (68)	10 (30)	1 (3)	22 (67)	6 (29)	3 (14)	12 (57)	3 (38)	0 (0)	5 (62)
メニエール病 確実例	23 (40)	5 (9)	29 (51)	14 (41)	2 (6)	18 (53)	5 (26)	3 (16)	11 (58)	9 (56)	4 (25)	3 (19)

表 5 温度刺激検査の DP 発現の経時的変化

() 内は%を示す。3 年後は症例数が少ないため%は示さなかった。

	初回		1年後		2年後		3年後	
	+	-	+	-	+	-	+	-
I. 診断基準1,3を満たす症例	2 (6)	33 (94)	1 (10)	9 (90)	1 (17)	5 (83)	2	0
II. 前庭型 メニエール病	2 (10)	18 (90)	0 (0)	6 (100)	0 (0)	8 (100)	0	4
I + II	4 (7)	51 (93)	1 (6)	15 (94)	1 (7)	13 (93)	2	4
III. 診断基準2,3を満たす症例	1 (14)	6 (86)	1 (20)	4 (80)	0 (0)	1 (100)	0	0
IV. 蝸牛型 メニエール病	3 (20)	12 (80)	1 (9)	10 (91)	1 (25)	3 (75)	0	2
III + IV	4 (18)	18 (82)	2 (13)	14 (87)	1 (20)	4 (80)	0	2
I + II + III + IV	8 (10)	69 (90)	3 (9)	29 (91)	2 (11)	17 (89)	2 (25)	6 (75)
メニエール病 確実例	11 (21)	41 (79)	3 (9)	29 (91)	5 (31)	11 (69)	5 (42)	7 (58)

したメニエール病患者のみでなく内科、神経内科、脳神経外科などの科を受診した症例も調査対象として検討するためにより一般的に作成されたものである。従って、さらに診断を確実にするために、表1に示す各項目を満たす病歴を有する症例について、神経耳科検査、神経学的検査、画像診断、経過観察などによって、表1の項目を客観的に確認することがその後提唱された⁸⁾⁹⁾。同様な考え方は国外の報告にも認められる^{2)10)~12)}。

病歴のみによる診断の場合、回転性めまい発作がないのにあると述べたり、蝸牛症状がないのにあると述べたりする症例はきわめて少ないと考えられる。従って、確実例でない症例を確実例と診断してしまう危険性を避けるために重要なことは、診断基準1, 2, 3を満たす疾患で確実例でない症例の鑑別であると考えられる。我々の症例では診断基準1, 2, 3を満たす疾患108例中96例(88.9%)が確実例であったので、いずれにしても表1による確実例診断の誤診率は低いものと考えられる。また図1に示したように内耳障害患者の内、確実例の占める割合は21.9%で、厚生省特定疾患前庭機能異常調査研究班(班長、檜 学)の前庭機能異常疾患5658例中確実例は1039例(18.4%)であった調査結果¹³⁾と類似した値であった。

しかし実際には、患者が自覚しない程度の軽度難聴が存在したり、回転性めまい発作を回転性めまい発作として自覚しない患者が存在したりする可能性がある¹⁴⁾、また聴力検査が行われた時期が難聴が回復した時期と重なり、聴力障害を把握出来ない場合もありうる。この様な理由で、診断の手引によって確実例を集積する際に、確実例である症例を見逃してしまう可能性がある。この見逃しを減少させる目的で病歴上、表1の診断基準1, 3または1, 2を疑い例として集積したのであるが、これら疑い例の中に確実例が含まれている可能性は少なくないと考えられる。

Day³⁾ はめまいを伴わないメニエール病を45例挙げており、メニエール病の発症機序について(1)メニエール病は最初は蝸牛障害で発症する、(2)内リンパ水腫が蝸牛管に局限している時には前庭症状は認めない、(3)初期の状態で球形嚢、卵型嚢に水腫を認めなくても、やがて蝸牛管から水腫が波及してきて障害が生じると考えられる

が、ほぼ同時に波及する場合と数年を経て発症する場合があると述べた。McKenzie¹⁵⁾ はメニエール病様めまい発作をおこす症例で、自覚的には難聴を訴えなくても聴力検査で軽度の難聴を認めるものはメニエール病である可能性が強く、めまい発作を伴わなくても低音障害型の内耳性難聴を認め、難聴側の温度刺激検査の反応低下を認める時はメニエール病を疑う必要があると述べた。Committee on Hearing and Equilibrium¹²⁾ はメニエール病の定義は自発的な20分以上続く(数時間が多い)めまいが2回以上反復し、障害側のオーディオグラムで確認された難聴、耳閉感、耳鳴を伴い他の原因の明らかな疾患が否定されれば definite Meniere's disease であり、さらに側頭骨病理所見で内リンパ水腫が確認できれば certain Meniere's disease とした。めまい発作は一回でオーディオグラムで確認された難聴、耳閉感、耳鳴を伴い、他の原因の明らかな疾患が否定されれば probable Meniere's disease で、めまい発作は一回でオーディオグラムで確認された難聴を伴わない症例か、または感音難聴(変動の有無にかかわらず)にメニエール病特有な型のめまい発作と異なる平衡障害を伴う症例で、他の原因の明らかな疾患が否定されれば possible Meniere's disease であるとした。またメニエール病において聴力変動は病初期によく認められるが、常に認められる症状ではないので、メニエール病診断における必須条件ではないと述べた。

Sperling ら¹⁶⁾ はメニエール病の臨床症状を呈した側頭骨29例と耳症状を呈さなかったが内リンパ水腫を認めた側頭骨13例を比較した。両者とも全ての症例で蝸牛頂に水腫を認めた。前者では59%が球形嚢に、45%が卵形嚢に10%が半規管に水腫を認めたが、後者では15%が球形嚢に水腫を認めたが、卵形嚢や半規管に水腫を認めた症例は1例もなかった。高度な水腫を認めた症例は前者の59%に認めたが、後者では1例も認めなかったことを示した。

これらの基礎的所見は、上述の疑い例の中に確実例と同様の病態生理を持つものが存在する可能性を示唆すると考えられた。

前庭型はAAOOの診断基準¹⁰⁾ではメニエール病の亜型として扱われたが表1の診断の手引では疑い例の範疇に含まれる。

渡辺¹⁷⁾ はめまい症例389例中29例(7.5%)が前庭型であったと報告し1~3年間の観察を続けた18例中確実例に移行した症例はなかったと述べた。松永¹⁸⁾ は前庭型の6ヶ月間の経過観察中に確実例に移行した症例はなかった。前庭型は温度刺激検査で一侧CPを示した症例が圧倒的に多く、Furosemide test が陰性であるなど確実例との相違点はあるが、めまい発作の状態、めまいの経過の類似点などから、両者は全く異なった病態のものとは考えられず、現在のところ、両者は同じ病態で障害部位、損傷程度の大小により区別される疾患ではないかと考えていると述べた。北原¹⁹⁾ は前庭型の20%しか確実例に移行しない。前庭型はめまい発作の頻度も低く持続時間も短く、温度刺激検査のCP・DP発現率も低い。前庭型のすべてを水腫と考えるのは無理で可逆性の強い病変をその一部に残して置きたいと述べた。水田²⁰⁾ は18例の前庭型中2例が、経過観察中確実例の臨床症状を呈したと述べた。Lelievre²¹⁾ は蝸牛症状や神経症状を伴わず、5分~24時間持続する反復性前庭障害は上部膜迷路の水腫の存在が考えられる。一侧メニエール病の初発年齢が45歳なのに対して反復性前庭障害の初発年齢は37歳と有意に若い。温度刺激検査でCPを示した症例の割合は一侧メニエール病の47%に対して反復性前庭障害は22%と低い割合を示した。63例の反復性前庭障害患者を6ヶ月~9年間観察すると、6例(10%)が一侧メニエール病に4例が良性発作性頭位めまいになったと述べた。

今回の検討では図1に示すように内耳疾患中前庭型は7.5%と渡辺の報告と極めて近似した値であり、めまいの初発年齢も他の疑い例群や確実例に比して若かった。前庭型は初診から約5ヶ月後に診断をつけたが、以後蝸牛症状を呈した症例は認めず、温度刺激検査でCPやDPを示す症例の割合も確実例に比して少なかった。

確実例の症状発現順序でめまい発作が最初の症状であった症例の割合は、3%³⁾、15%¹⁹⁾、5.2%²²⁾などと報告されていることから前庭型が確実例に移行しにくいことが推定できる。しかし神経内科を初診した患者の多い施設の報告²³⁾では610例中50%がめまい発作が先行症状であったとする報告もあるのでこの点についての配慮も必要と考えられる。

蝸牛型もAAOOの診断基準では亜型とされているが表1の診断の手引では疑い例に含まれる。確実例の初発症状として蝸牛症状先行は48.5%³⁾、36%¹⁹⁾、66.1%²²⁾と報告されており、確実例は疑い例やメニエール病類似疾患に比して蝸牛症状先行型が有意に多いとする報告²⁴⁾もある。従って蝸牛型から確実例に移行する症例が存在する可能性は少なくないと推測された。

今回の検討では蝸牛型は図1に示すように内耳疾患の4.1%と頻度の多い疾患ではないが、蝸牛型の診断で経過観察中初診後2年8ヶ月目、5年4ヶ月目に回転性めまい発作を反復するようになり確実例に移行した症例を経験している。蝸牛症状の初発年齢は他の疑い例群や確実例に比して若かったが、聴力変動の状況や、温度刺激検査でCPやDPを示す症例の割合などは確実例に類似していた。

I群の範疇に含まれる疑い例は前庭型よりも、III群の範疇に含まれる疑い例は蝸牛型よりもそれぞれ一歩確実例に近い臨床症状を示した疾患群と考えられた。

疑い例に対しても確実例と同様な治療を行うことが多いので、無治療であれば確実例に移行したり、増悪期になって再び確実例の臨床像を呈したはずの症例が治療に依って、蝸牛症状や回転性めまい発作が抑制されて、疑い例のままの経過を継続した症例の存在も否定できない。一方、本質的に確実例と同様な病態生理であるが、自然経過中に確実例の範疇に入る臨床症状を呈さずに、疑い例に留まる症例が存在する可能性もある。

以上の我々の検討結果および従来の文献を総合判断して、疑い例と確実例の関係について以下の4通りの可能性を考えた、①将来確実例になる症例、②確実例の一時期(発作の緩解期)と同様の症状を呈する疾患、③いわゆる陳旧性の確実例と同様の症状を呈する疾患、④確実例と似ているが別の疾患。従って、疑い例に対しては特に①~③に属する症例が、将来確実例の診断基準を満たす症状を呈する可能性を念頭においた治療計画および長期経過観察が重要であることを強調したい。

我々の各種内耳疾患に対する診療姿勢は常にその症例の影にメニエール病が隠れていないか、すなわちメニエール病の可能性を常に念頭においたものである。従って、初診の段階では原則として

問診・初診時所見で最も疑わしい疾患，確実例・疑い例以外では例えばめまい・平衡障害を伴う突発性難聴，聴神経腫瘍，良性発作性頭位めまい，前庭神経炎などと仮の診断をし，それらに最も適合した治療・検査を行いつつ，確実例・疑い例の確定診断に必須であるところの一定の観察期間の後に，一応の確定診断を行っている。しかし，充分な観察期間は特定できるものではなく，症例によっては後に疑い例から確実例へ，または他の疾患から疑い例や確実例に移行する場合がある。今回は初診時の仮の診断病名と確定診断病名との比較検討は行っていないが，これも重要事項と考えられるので，今後検討したい。

最後に診断基準で病態の診断を行う際の問題点²⁵⁾ すなわち表1の診断の手引の診断基準を満たせばなぜメニエール病であるのかという問題を解決するには種々の検査，長期経過観察が重要な要素になるであろうし，この診断基準に該当しないメニエール病があるか否かについては疑い例の検討が解決の糸口になるのではないかと考え，今後さらに検討を続けたい。

結 語

厚生省特定疾患「メニエール病」調査研究班による診断の手引による疑い例はその臨床像，神経耳科検査所見とも確実例と類似した症例が多く存在し，確実例へ移行したり，確実例と同じ病態生理を有しながら確実例の臨床症状を呈さない症例が存在することが考えられた。

特に反復するめまい発作を伴わないが反復消長する蝸牛症状を示す症例群は，聴力変動状況，温度刺激検査のCP・DPを示す症例の割合が確実例と極めて類似しており，その病態生理の近縁性が強く示唆された。一方，めまい発作は反復するものの反復消長する蝸牛症状を示さない症例群は温度刺激検査でCP・DPを示す症例の割合が確実例に比して有意に少なく，確実例と異なった病態生理による疾患が含まれている可能性も示唆された。

以上の結果から疑い例に対しては聴神経腫瘍などの他疾患との鑑別診断を継続しつつ，確実例に移行する可能性を念頭に置き，出来るだけ長期にわたって経過観察をすることが望ましいと考えた。

文 献

- 1) Andrews JC, Honrubia V: Meniere's disease. Disorders of the vestibular system. In eds Baloh RW, Halmagyi GM. pp 300-317, Oxford University Press, 1996
- 2) Shepard NT, Telian ST: Practical management of the balance disorder patient. pp 33-50, pp 187-191, Singular Publishing Group, 1996
- 3) Day K: Meniere's disease: Present concepts of diagnosis and management. Ann Otol Rhinol Laryngol 59: 966-979, 1950
- 4) 渡辺 勲: 厚生省研究班のメニエール病診断基準について. 耳鼻臨床 69: 301-303, 1976
- 5) 池田元久, 渡辺 勲: 温度刺激検査のCP%, DP%の正常範囲の再検討—病的症例の検査結果との対比—. Equilibrium Res 54: 257-263, 1995
- 6) 池田元久, 渡辺 勲: 温度刺激検査による半規管機能の分析. Equilibrium Res 55: 301-308, 1996
- 7) 北原正章: 年次総括報告および3年間のまとめ. 厚生省「前庭機能異常調査研究班(班長, 北原正章)」昭和63年度研究報告書: 3-7頁, 1989
- 8) 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
- 9) 松永 喬: メニエール病の診断基準の見直し(臨床分科会長案). 厚生省特定疾患「前庭機能異常調査研究班(班長, 石井哲夫)」平成7年度研究報告書: 13-14頁, 1996
- 10) Alford BR: Committee on Hearing and Hearing and Equilibrium: Meniere's disease: Criteria for diagnosis and evaluation of therapy for reporting. Trans Am Acad Ophthalmol Otolaryngol 76: 1462-1464, 1972
- 11) Committee on Hearing and Equilibrium: Meniere's disease: criteria for diagnosis and evaluation of therapy for reporting. AAO-HNS Bulletin 5: 6-7, 1985
- 12) Committee on Hearing and Equilibrium: Committee on hearing and equilibrium guid-

- lines for the diagnosis and evaluation of therapy in Meniere's disease. *Otolaryngol Head Neck Surg* 113: 181-185, 1995
- 13) 渡辺 勲, 大久保仁, 池田元久, 他: 前庭機能異常に関する疫学調査報告(続報) —特に外来初診症例における各種前庭機能異常の比率について—. *耳鼻臨床* 77: 2079-2085, 1984
 - 14) 安田宏一, 北島敦子: めまいを訴えないメニエール病患者. 厚生省特定疾患メニエール病調査研究班(班長, 渡辺 勲) 昭和53年度研究報告書並びに研究業績集: 232-240頁, 1979
 - 15) McKenzie W: Aural vertigo: An account of certain cases resembling Meniere's disease: *J Laryngol Otol* 65: 70-88, 1951
 - 16) Sperling NM, Paparella MM, Yoon TH, et al: Symptomatic versus asymptomatic endolymphatic hydrops: A histopathologic comparison. *Laryngoscope* 103: 277-285, 1993
 - 17) 渡辺 勲: いわゆる“前庭型メニエール病”一序にかえて—. *耳鼻臨床* 71: 405-406, 1978
 - 18) 松永 喬, 仁村多美子, 森 望, 他: メニエール病の類似疾患, 周辺疾患の検討—メニエール病との関連性より—. *耳鼻臨床* 73: 1069-1075, 1980
 - 19) 北原正章: メニエール病の基礎と臨床. 第82回日耳鼻宿題報告. 1981
 - 20) 水田啓介, 近藤由香, 伊藤八次, 他: 前庭型メニエール病の転帰. *Equilibrium Res Suppl* 7: 30-33, 1991
 - 21) Lelievre WC, Barber HO: Recurrent vestibulopathy. *Laryngoscope* 91: 1-6, 1981
 - 22) 猪 初男, 水越鉄理, 石川和光, 他: 疫学分科会調査報告(最終年次報告) 個人調査表・症状調査表による集計. 厚生省特定疾患メニエール病調査研究班(班長, 渡辺 勲) 昭和51年度研究報告書. 12-36頁, 1977
 - 23) Thomas K, Harrierson MS: Long-term follow up of cases of Meniere's disease. *Proc R Soc Med* 64: 853-857, 1971
 - 24) 池田元久, 渡辺 勲, 奥 常幸, 他: 初発めまい発作とそれに伴う症状との関係によるメニエール症候群の鑑別診断. *日耳鼻* 86: 182, 1983
 - 25) 上村卓也: メニエール病の治療—私の経験—. *耳鼻と臨* 29: 544-548, 1983

原稿到着: 平成8年12月13日
 別刷請求先: 池田元久
 〒340 埼玉県草加市金明町354-3
 草加市立病院耳鼻咽喉科