

研究要旨

前庭神経炎の診断基準の改訂に向けて、国内外の研究論文における診断基準について、PubMedで“vestibular neuritis or vestibular neuronitis”をキーワードに2012年以降の文献を検索し、そのなかで診断基準について明確な記載のある文献を抽出し、検討した。前庭神経炎は、急性に発症する末梢前庭機能障害であり、他の神経症状・蝸牛症状を伴わない単発性のめまい発作、を特徴とする疾患であることにはコンセンサスがあり、診断基準はこの特徴を有する症例を適切に選別できる必要がある。診断基準改定における検討課題として、末梢前庭機能低下の証明法として温度刺激検査以外の方法、具体的には、vHITやVEMPをどう扱うか、非定型例としての下前庭神経炎という疾患概念をどう扱うか、前庭神経炎という名称自体が適切か、が挙げられる。

A．研究目的

前庭神経炎は、通常単発で突発的に発症する急性末梢前庭機能障害に起因するめまい発作を特徴とし、蝸牛症状やその他の神経症状を呈さない。末梢前庭性めまいのなかでは、良性発作性頭位めまい症、メニエール病に次ぎ、三番目に多い疾患である。(前庭性片頭痛も症例数は多いが、この疾患は、末梢性なのか中枢性なのか判定できない部分がある。)症例とその特徴をまとめて報告したのは、Dix and Hallpike である(1)。彼らの示した前庭神経炎の特徴の多くは、今日でも認められているが、一部は必須なものとは考えられていない。わが国においては、日本めまい平衡医学会の前身である日本平衡神経科学会による診断基準がある(2)。しかし、今日の診断法の進歩や疾患概念の変遷に伴い、診断基準の見直しが求められている。本研究班では、前庭神経炎の診断基準の改訂をその使命の一つとしている。

診断基準の改訂案の作成に先立ち、国内外での前庭神経炎の診断に用いられている診断基準の現状について文献的調査を行い、改訂案の作成に資することが今回の研究目的である。

B．研究方法

PubMedで“vestibular neuritis or vestibular neuronitis”をキーワードに2012年以降の文献を検索し、そのなかで診断基準について明

確な記載のある文献を抽出した。

(倫理面への配慮)

文献調査のため、倫理的な問題は生じない。

C．研究結果

PubMedでの検索に基づき、文献の内容を精査できた18編の論文について検討した(3-20)。

基本的には、急性に発症した単発性(非反復性)のめまい発作であり、定方向性眼振を認め、一側末梢前庭機能の低下を認め、中枢神経症状、蝸牛症状、他の脳神経症状を欠く、という4点を満たすものを前庭神経炎とするという点ではほぼ一致していた。体平衡障害の存在については記載のあるものもないものがあった。また、めまい症状の持続時間についても記載のあるものもないものがあった。しかし、いずれの文献においても持続時間の比較的長いめまい発作であるという点では一致していた。

文献によって差異が認められたのは、の末梢前庭機能の低下の証明法であった。方法としては、多くの文献が温度刺激検査(caloric test)を用いていた。低下の判定法には、反応の左右比(canal paresis, CP)を用いていた。ただし、左右比の呼び方は、canal paresisのほか、caloric paresis、vestibular paresis、caloric deficitなど様々な呼称が用いられていた。また、カットオフラインには、CP 25%とするものが多かったが、この他、

20%、30%、50%とするものなど、さまざまであった。一部には、vHIT (video head-impulse test) や VEMP (vestibular evoked myogenic potential) を末梢前庭機能低下の証明法として認める研究も存在した。また、下前庭神経領域に限局した前庭神経炎 (inferior vestibular neuritis) という疾患概念を用いている研究も存在した。病変が迷路にあるか後迷路 (前庭神経) にあるかの鑑別を診断基準に含めているものは認めなかった。

D. 考察

海外文献の検索からも、前庭神経炎を、通常単発で突発的に発症する急性末梢前庭機能障害に起因するめまい発作を特徴とし、蝸牛症状やその他の神経症状を呈さないものとするには、ほぼ議論の余地はないものと考えられた。検討点は、末梢前庭機能障害の証明法として、診断基準上何を採用するか、

下前庭神経領域に限局した病変によるめまいを前庭神経炎として認めるか、Dix and Hallpikeの指摘する後迷路に病巣が存在することの証明を診断基準に加えるか、疾患の名称は前庭神経炎のままではよいか、という点に集約される。

末梢前庭機能障害の証明法については、現状では、温度刺激検査を主体とすべきであるが、vHITやVEMPについても検討の余地がある。下前庭神経炎については、現行の診断基準のなかに、前庭神経全体の障害による症例に加えて、病変が上前庭神経に限局した症例も含まれることから(21)、何らかの形で前庭神経炎のなかに含めてゆくことを考える必要があると思われた。後迷路に病変があることの証明は、電気刺激に対する反応をみることで、ある程度可能と考えられる(22)が、診断基準は、一般的な医療施設で利用可能である必要があること、国際的にも一般的でないことから、診断基準には含まない方向で検討することが適当ではないかと考えられた。疾患の名称については、今後の国際学会などの動向を見極めてゆく必要があり、将来的な検討課題と考えられた。

E. 結論

1. 前庭神経炎の診断基準の改訂に向けて、国内外の研究論文における診断基準について調査検討した。

2. 前庭神経炎は、急性に発症する末梢前庭機能障害であり、他の神経症状・蝸牛症状を伴わない単発性のめまい発作、を特徴とする疾患であることにはコンセンサスがあり、診断基準はこの特徴を有する症例を適切に選別できる必要がある。

3. 前庭神経炎の診断基準改定における課題として、末梢前庭機能低下の証明法として温度刺激検査以外の方法をどう扱うか、非定型例としての下前庭神経炎をどう扱うか、前庭神経炎という名称自体が適切か、が挙げられる。

F. 研究発表

1. 論文発表
なし。
2. 学会発表
なし。

G. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)

1. 特許取得
なし。
2. 実用新案登録
なし。
3. その他
なし。