

メニエール病の 診療ステップ 1・2・3



將積日出夫 (富山大学医学部耳鼻咽喉科頭頸部外科学講座教授)

本コンテンツはハイブリッド版です。PDF だけでなくスマホ等でも読みやすい HTML 版も併せてご利用いただけます。

▶HTML 版のご利用に当たっては、PDF データダウンロード後に弊社よりメールにてお知らせするシリアルナンバーが必要です。

▶シリアルナンバー付きのメールはご購入から 3 営業日以内にお送り致します。

▶弊社サイトでの無料会員登録後、シリアルナンバーを入力することで HTML 版をご利用いただけます。登録手続きの詳細は <https://www.jmedj.co.jp/page/resistration01/> をご参照ください。

▶登録手続

Introduction p2

1 メニエール病とは何か? p4

2 メニエール病の診断基準 p4

3 急性期の診断と治療 p10

4 間欠期の診断と治療 p11

▶HTML 版を読む

日本医事新報社では、Web オリジナルコンテンツ
を制作・販売しています。

▶Webコンテンツ一覧

Introduction

1 メニエール病とは何か？

- ・メニエール病とは、反復する回転性めまい発作に随伴する難聴，耳鳴などの蝸牛症状を特徴とする特発性内リンパ水腫である。内リンパ水腫形成の機序は，内リンパ液の過剰産生，吸収障害などが原因と推定されている。
- ・メニエール病では女性患者が多く，また，専門技術者，既婚者，几帳面で神経質な性格の患者が多いのが特徴である。
- ・メニエール病の好発年齢は30～50歳代であるが，近年，60歳以上の高齢者でも新規発症例が報告されており，高齢化のスピードが先進諸国の中で最も早いわが国では，高齢メニエール病患者の増加がよりいっそう問題となる可能性がある。

2 メニエール病の診断基準

- ・1974年に厚生省メニエール病調査研究班により「診断の手引き」が発表され，めまいと聴覚症状（難聴，耳鳴，耳閉感）を併発する「確実例」と，いずれかひとつの症状をもつ「疑い例」に分けられた。
- ・2008年に厚生労働省前庭機能異常調査研究班により診断基準が改定され，疑い例は，蝸牛症状が変動する「非定型例（蝸牛型）」と，めまいのみを反復する「非定型例（前庭型）」に分けられた。
- ・2017年には日本めまい平衡医学会により診断基準の改定が行われ，確実例の症状に，新たに検査所見が加えられ，症状のみのは疑い例と分類された。確実例かつ難聴のある耳に造影MRIで内リンパ水腫を認めた場合には，確定診断例と分類された。

3 急性期の診断と治療

- ・メニエール病のめまい急性発作期には，聴力検査で「感音難聴」を認める。感音難聴は病初期では低音域に限局し，発作が終了すると，聴力は正常

レベルに改善する。進行すると、難聴は中・高音域に及び、聴力は正常レベルまで戻らない。急性の聴力低下に対しては、ステロイドの投与が行われる。

- ・眼振検査では、発作時には水平性または水平回旋混合性眼振が観察される。
- ・患者を安静にして、めまい・嘔気・嘔吐を抑えるために7%重曹水の点滴、ジアゼパムやメトクロプラミド、ジフェンヒドラミンの内服を行う。

4 間欠期の診断と治療

- ・発作期から回復したら、保存的療法として生活指導および薬物治療を行い、メニエール病の発作予防に努める。メニエール病の発症には精神的・肉体的過労、睡眠不足が関与しているため、ストレス回避に努め、過労防止、睡眠不足を緩和し、有酸素運動などの適当な運動について生活指導を行う。
- ・薬物治療として利尿薬、抗めまい薬を用いる。浸透圧利尿薬であるイソソルビドはメニエール病に対する施設参加の二重盲検試験において、メシル酸ベタヒスチンの効果を上回っていることが報告されている。
- ・薬物治療が奏効しない場合には、「段階的治療」に進む（「メニエール病・遅発性内リンパ水腫診療ガイドライン2020年版」参照）。この治療のアルゴリズムは侵襲性に応じて治療法を選択するもので、中耳加圧治療、内リンパ嚢開放術、選択的前庭機能破壊術の順で低侵襲から治療法が列挙されている。
- ・中耳加圧装置による中耳加圧治療は2020年4月より正式に保険収載されている。適正使用指針に従い在宅で使用することで、保険請求が可能となる。
- ・「メニエール病・遅発性内リンパ水腫診療ガイドライン2020年版」では、クリニカルクエスチョンとして抗めまい薬、利尿薬、抗ウイルス薬、中耳加圧治療、内リンパ嚢開放術、選択的前庭機能破壊術の有効性について、推奨度をふまえて記載されている。

1 メニエール病とは何か？

メニエール病とは、反復する回転性めまい発作に随伴する難聴、耳鳴などの蝸牛症状を特徴とする特発性内リンパ水腫である。内リンパ水腫形成の機序は、内リンパ液の過剰産生、通過・吸収障害などが原因と推定されている。

メニエール病では女性患者が多く、また、専門技術者、既婚者、几帳面で神経質な性格の患者が多いのが特徴である。めまいの発症に影響する要因として、精神的ストレス、過労、睡眠不足があることが知られており、そのほか、気象や気圧変化でめまい発作が起こりやすいと言われている。

メニエール病の好発年齢は30～50歳代であるが、近年、60歳以上の高齢者でも新規発症例が報告されており、高齢化のスピードが先進諸国の中で最も早いわが国では、高齢メニエール病患者の増加がよりいっそう問題となる可能性がある。

2 メニエール病の診断基準

(1) 1974年・診断の手引き

1974年に厚生省メニエール病調査研究班により「診断の手引き」が発表され、めまいと聴覚症状（難聴、耳鳴、耳閉感）を併発する「確実例」と、いずれかひとつの症状をもつ「疑い例」に分けられた¹⁾。

また、めまいは誘因なく発来し、数分ないし数時間持続すると記述された。聴覚症状はめまいの発来とともに出現もしくは悪化し、めまいの軽快とともに軽減もしくは改善する点が診断のポイントである。

通常、高齢者では加齢性難聴のため、持続する聴覚症状を有している。そのような患者ではめまいを反復する場合があるが、聴覚症状の変動がなければ、メニエール病確実例と診断することはできない。そのため、「めまいとともに聴覚症状は変化しますか？」などと質問することは重要である。

(2) 2008年・診断基準の改定

2008年に厚生労働省前庭機能異常調査研究班により診断基準が改定され、疑い例は、蝸牛症状が変動する「非定型例(蝸牛型)」と、めまいのみを反復する「非定型例(前庭型)」に分けられた。その診断基準は、「メニエール病診療ガイドライン2011年版」²⁾の中に記述されている。

①めまいの持続時間とBPPV

めまいの特徴として、めまいの持続時間の範囲については、最短が数分から10分程度と修正され、数秒から数十秒程度のきわめて短いめまいが主徴である場合は、メニエール病は否定的と記述された。この記載は、末梢性めまい疾患の中で最も多い「良性発作性頭位めまい症(benign paroxysmal positional vertigo : BPPV)」を念頭に置いたものである。

BPPVはメニエール病を含む内耳疾患で2次的に起こり、めまいの持続時間の多くは1分以内である。メニエール病の治療中にめまいが再発した場合には、めまいが誘発される頭位とともに持続時間を確認することが、メニエール病に併発するBPPV診断のために重要である。ちなみにBPPV治療の主体は「頭位治療」と呼ばれる理学療法であり、メニエール病に併発するBPPVの場合も同様である。

②そのほかの特徴

そのほかのめまい、および聴覚症状の特徴として、2011年版のガイドラインでは主に次のように紹介されている。

めまいの性状は回転性が多数であるが浮動性の場合もあり、めまい発作の回数は週数回の高頻度から、年数回程度まで多様性がある。家庭・職場環境の変化、ストレスなどにより影響を受け、発作が群発化することが少なくない。聴覚症状では、主にめまい発作前または発作と同時に発現・増悪し、めまいの軽減とともに軽快することが多い。また、強い音に対する過敏性を訴える場合も少なくない。病初期には、難聴は一側性であるが、発症後1~2年程度から両側性(メニエール病の両側化)になる場合が認め