

突発性難聴に合併した良性発作性頭位めまい症

頭位眼振 第2相について

◎中村 久子¹⁾、西田 千恵¹⁾、関 莉乃¹⁾、田中 藍子¹⁾、山田 浩久¹⁾、三輪 高喜²⁾、飯沼 由嗣³⁾
 金沢医科大学病院 中央臨床検査部¹⁾、金沢医科大学 耳鼻咽喉科学²⁾、金沢医科大学 臨床感染症学³⁾

【はじめに】良性発作性頭位めまい症 (BPPV) の多くは単独で発症する。BPPV が続発性に起こる原因として、頭部外傷や手術後の長期臥床がよく指摘されるが、内耳性あるいは末梢前庭系疾患の経過中にも約 10% の患者に BPPV 様症候がみられることがある (稲垣ら Equilibrium Res Vol 67,2008) 今回、突発性難聴 (SD) に合併した BPPV の経過観察中に眼振第 2 相が認められた症例を経験したため報告する。

(眼振第 2 相について)
 誘発眼振の消失後に逆方向に眼振が出現した場合これを眼振第 2 相と呼ぶ。視運動性後眼振、回転刺激後眼振等で見られるが、日常臨床的に末梢性めまい疾患において同一頭位で見られることはまれである。

【症例】48 歳 女性 20XX 年 8 月、研修先で左耳難聴とめまいで救急車搬送後、左突発性難聴と診断された。2 週間経過後もめまい症状と聴力の改善なく当院へ転院となった。入院時の純音聴力検査結果は右が正常、左は気導・骨導ともスケールアウトであった。どの頭位においても SD の麻痺性眼振 (右向き水平性および斜行性) を示唆する方向への眼振が出現した。

【入院後の経過】6.11.11: 頭位変換検査 (右下から左下) において左後半規管結石症を疑う眼振が出現、向地性方向交代性水平回旋混合性眼振であった。BPPV 治療目的で主治医による耳石置換法が実施された。脳神経外科受診において中枢性疾患は除外された。

1.1.2.11: 当日実施された温度眼振検査 (冷水 20℃、20 秒法) による緩徐相速度は右 47(°/s)、左 28(°/s) と正常で半規管麻痺は否定的

であった。頭位眼振検査では、以前見られた回旋成分は消失し外側半規管結石型 BPPV に見られる水平方向 (向地性) 眼振を認めた。また右下から左下への頭位変換後に潜時 4 秒、約 20 秒続く強い水平方向 (向地性) 眼振の後に、背地方向へ向かう眼振第 2 相が出現した。1.9.11: 前回 (1 2 日目) とは逆向きで回旋成分を含む方向交代性眼振へと変化した。外側半規管結石がクプラ型結石へと移行したと推測された。

2.6.11: 聴力とめまいの改善が乏しいため、外リンパ瘻が疑われ試験的鼓室開放術が実施された。術後の平均聴力 (4 分法) は 80dB、めまい症状はスローな歩行が可能なまでに回復し、3.4.11 に退院となった。

【考察とまとめ】同一頭位で眼振方向が変化する眼振第 2 相が観察し得た良性発作性頭位めまい症例を経験した。この症例の第 2 相眼振出現の原因として、医師が行った耳石置換法により耳石が後半規管から外側半規管内に迷入し、外側半規管内で半規管結石症とクプラ結石症が混在したのではないかと推察した。諸家の眼振第 2 相出現の機序についての報告は「膨大部神経の興奮性に起因する説」や「2 つの半規管内に混在する耳石」など見受けられるが未だ不明な点も多く、更なる見聞を広げていきたい。今回は突発性難聴と複雑な良性発作性頭位めまい症の併発であったが、検査の現場では病態の変化が把握し難く診断に苦慮する患者に遭遇する可能性は常にある。めまい患者の検査時には、初診の眼振所見をうのみにせず自分の耳と患者の声で日々の変化を聴取することが重要である。

(連絡先) 076-286-3511 (内線 7256)