

資料

前庭性片頭痛 (Vestibular Migraine) の診断基準
(Barany Society: J Vestib Res 22: 167-172, 2012)

五島史行, 室伏利久
診断基準化委員会
担当理事: 池園哲郎, 堀井 新
委員長: 今井貴夫
副委員長: 中村 正
委員: 渡辺行雄, 重野浩一郎, 高橋幸治,
浅井正嗣, 山本昌彦, 武井泰彦,
池田卓生, 橋本 誠

はじめに

Vestibular migraine は, 片頭痛に伴って生じるめまい, 基本的には片頭痛の症状としてのめまいであり, 片頭痛関連めまい (migraine associated vertigo, migraine associated dizziness), 片頭痛性めまい (migrainous vertigo) と呼ばれてきた疾患とほぼ同じである。前庭性片頭痛は, vestibular migraine の日本語訳として日本頭痛学会が提案した¹⁾。本診断基準は, Journal of Vestibular Research 誌に掲載された Barany Society の診断基準²⁾ の和訳であるが, 同じ内容の診断基準は, 国際頭痛学会 (International Headache Society) による国際頭痛分類第3版³⁾ にも掲載されている。すなわち, この診断基準は, Barany Society と国際頭痛学会の片頭痛分類委員会の合意のもとに作成された診断基準である。引用した文献³⁾ は, 暫定版である beta 版であるが, 2018年に最終的に公開された第3版の診断基準も同じものである。これまで片頭痛に伴うめまいは, 研究者ごとに独自の診断基準で臨床研究が行われてきたが, この提案によって同一の診断基準に基づいた議論が可能となった。

診断基準

1. 前庭性片頭痛 (vestibular migraine)
 - A. 少なくとも5回の中等度から重度²⁾の前庭症状¹⁾の発作が5分から72時間続く³⁾
 - B. 現在あるいは過去に ICHD (International

Classification of Headache Disorders, 国際頭痛分類)⁴⁾ の前兆のない片頭痛あるいは前兆のある片頭痛の診断基準を満たした頭痛がある

- C. 前庭発作の少なくとも50%に次の一つ以上の片頭痛兆候がある⁵⁾
 - ・次のうちの二つ以上の特徴を持つ頭痛。片側性, 拍動性, 中等度から重度の痛みの強さ, 日常動作による痛みの増悪
 - ・光過敏と音過敏⁶⁾
 - ・視覚性前兆⁷⁾
 - D. 他の前庭疾患や ICHD の診断基準にあてはまらない⁸⁾
2. 前庭性片頭痛疑い (probable vestibular migraine)
 - A. 少なくとも5回の中程度から重度²⁾の前庭症状¹⁾の発作が5分から72時間続く³⁾
 - B. 前庭性片頭痛の診断基準のBまたはCのうち一つのみ該当する (片頭痛既往または発作中の片頭痛兆候)
 - C. 他の前庭疾患や ICHD の診断基準にあてはまらない

注 記

1. 前庭性片頭痛の前庭症状 (Barany Society の定義による⁴⁾) は以下のものを含む。
自発性めまい

- ・自己の疑似運動感覚を伴うめまい（内的めまい）
- ・外界が回転あるいは流れるような疑似運動感覚を伴うめまい（外的めまい）

頭位性めまい：頭の位置を変えたあとに起きるめまい

視覚誘発性めまい：複雑なあるいは大きな動く視覚刺激によって誘発されるめまい

頭部運動誘発めまい：頭部運動の最中に起きるめまい

頭部運動で誘発される嘔気を伴う浮動感（dizziness）：浮動感（dizziness）は空間識が障害された感覚を特徴とする。他のタイプの浮動感（dizziness）は、現時点では前庭性片頭痛の前庭症状には含まれない。

Barany Society の定義⁴⁾では、dizziness は疑似運動感覚を伴わない、空間認知が障害された感覚とされている。dizziness の適当な和訳が決まっておらず、ここでは浮動感（dizziness）とした。

2. 前庭症状のため日常活動に支障はあるが、なんとか可能な場合には“中等度”とされる。日常活動が続けられない時には“重度”とされる。
3. 発作の持続時間は非常に様々である。数分間、数時間、数日以上が1/3ずつで、残りの10%は頭部運動時、視覚刺激時、あるいは頭の位置を変えた後に繰り返す数秒程度のものである。これらの患者の発作の持続時間は、短い発作が繰り返し起きた期間全体とする。一方では発作から完全に回復するのに4週間かかる患者もいる。しかしながら中核となる発作は72時間を超えることはまれである。
4. 片頭痛はICHDのカテゴリ1.1および1.2である
5. 一つの発作には、一種類のの前庭症状と一つの片頭痛兆候を認めればよい。別の発作では異なった片頭痛兆候を認めても良い。関連する片頭痛兆候は前庭症状の前、最中、後のいずれに起こってもよい。
6. 音過敏（phonophobia）は音によって誘発される不快症状で、一過性で両側性の現象である。

持続性で片側性のことが多いリクルートメント（補充現象）とは鑑別する必要がある。リクルートメントは聴力が低下した耳で起こる自覚的な音の知覚の増強で、大きな音が歪んで聞こえる。

7. 視覚性前兆はきらきらしたあるいはジグザクの線の特徴とし、しばしば文字を読むのを妨げるような暗点を伴う（閃輝暗点）。典型的な視覚性前兆は5分から20分かけて拡大し、60分は続かない。多くの場合、片側の視野に局限する。他のタイプの片頭痛前兆、すなわち体性感覚性や言語障害性の前兆は診断基準には含まれない。それらの前兆の特異性は低く、患者の多くは視覚性前兆も有しているからである。
8. 病歴や身体所見から他の前庭疾患を疑わない、あるいは疑っても適切な検査によって鑑別されていること。またはそのような疾患は共存症として、あるいは独立して存在しているが、発作は明らかにそれらの疾患によるものではないこと。片頭痛発作が前庭刺激により誘発される場合があるため、前庭疾患によって引き起こされた片頭痛発作を前庭性片頭痛と鑑別する必要がある。

文 献

- 1) 日本頭痛学会・国際頭痛分類委員会：国際頭痛分類第3版（日本語版）。医学書院、東京、2018
- 2) Lempert T, Olesen J, Furman J et al.: Vestibular migraine: diagnostic criteria. J Vestibular Res 22: 167-72, 2012
- 3) Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS): The international classification of headache disorders, 3rd edition (beta version). Cephalalgia 33: 629-808, 2013
- 4) A. Bisdorff, M. von Brevern, T. Lempert and D. E. Newman-Toker (on behalf of the Committee for the Classification of Vestibular Disorders of the Barany Society), Classification of vestibular symptoms: Towards an international classification of vestibular disorders. J Vestibular Res 19: 1-13, 2009