

Q&A

眼科診療の ピットフォール

監修

下村嘉一 近畿大学教授

編集

松本長太 近畿大学教授

落とし穴を
要チェック!

「見逃がしやすい症例」「注意すべき症例」
「診断に苦慮する症例」など

52症例をピックアップ!

見逃さない
見落とさない

■執筆者一覧（五十音順）

阿部考助	近畿大学医学部奈良病院眼科 准教授
石橋康久	筑波病院眼科
植木亮太郎	長崎大学大学院医歯薬学総合研究科眼科・視覚科学教室
大江雅子	多根記念眼科病院 診療部長
奥山幸子	近畿大学医学部眼科学教室 講師
蕪城俊克	東京大学大学院医学系研究科眼科学 講師
國吉一樹	近畿大学医学部眼科学教室 講師
慶野博	杏林大学医学部眼科学教室 准教授
小泉範子	同志社大学生命医科学部 教授
児玉彩	近畿大学医学部眼科学教室 助教
杉岡孝二	近畿大学医学部眼科学教室 講師
高本光子	東京警察病院眼科
留守良太	医療法人涼悠会 トメモリ眼科・形成外科 理事長
中井慶	大阪大学医学部眼科 助教
中尾雄三	近畿大学医学部眼科学教室 客員教授
橋本茂樹	近畿大学医学部眼科学教室 講師
秦野寛	ルミネはたの眼科 院長
檜垣史郎	近畿大学医学部堺病院眼科 准教授
福島敦樹	高知大学医学部眼科学教室 教授
福田昌彦	近畿大学医学部眼科学教室 准教授
堀裕一	東邦大学医療センター佐倉病院 准教授
前田直之	大阪大学大学院医学系研究科視覚情報制御学寄附講座 教授
丸山和一	東北大学大学院医学研究科神経感覚器病態学講座・眼科学 講師
丸山耕一	川添丸山眼科 副院長
横井則彦	京都府立医科大学眼科学教室 准教授
渡辺仁	関西ろうさい病院 眼科部長

監修に当たって

眼科は臨床医学のなかでも長い歴史を誇る診療科です。かつ古い歴史だけでなく、常に最先端の臨床医学の成果を生み出し、白内障手術をはじめ、眼感染症、網膜疾患などの眼科領域で絶えず進歩しつづけてきた今日があります。

この度、金芳堂のピットフォールシリーズのなかの1冊として眼科の分野を企画・出版いたしました。

コンタクトレンズやメガネの処方、眼科検査法、薬の投与、手術の術前・術後処置や後療法など、日常診療のなかで、検査・診断・治療を進めていく上で判断に迷ったりして苦慮する場合、陥りやすい落とし穴についてその対処法を知っていることでの確かな診断・治療を行うことができます。

本書では、鑑別診断の局所写真や画像写真を最初のページに Question とともに提示し、鑑別すべき疾患を考え巡らして頂いたところで、次頁に Answer として、検査・診断・治療の解説をしています。「涙液、涙器、涙道」「結膜」「角膜」「水晶体」「毛膜、硝子体」「ぶどう膜」「緑内障」「斜視、弱視」「神経眼科」の疾患から52症例を挙げています。

体裁は本シリーズのコンセプトとして、診療上のピットフォールとその対処法についてクイズ感覚で気楽に読んでいただくという2頁か4頁の読み切りスタイルになっています。

眼科の診療を行っているうえで、どのような検査、診断、治療をすれば良いか考え悩むときがあると思います。そういった場面を想定みてください。そのようなとき、陥りやすい落とし穴（ピットフォール）の知識をもった確かな診療を行うにはピットフォールの対処法を知っていれば鬼に金棒です。どこからでも気楽にパラパラと読み進めて「なるほど」と診療のお役に立てるようにしたつもりです。時代のニーズに沿った眼科診療の知識と眼科領域の最新の情報を踏まえたピットフォールを漏れなくクリアできて、眼科の急速な進歩にも対応すべく、up to date な新しい知見も満載されています。

執筆は、眼科のなかでそれぞれの領域に造詣が深く、第一線で日常診療をこなしておられる専門家の先生方をお願いしました。

通読するよりは必要に応じて目次や索引から項目を選んで興味ある症例からクイズ感覚で読んでいただくと、きっとお役にたつことと思います。

本書が読者のこれからの眼科診療の一助となり愛読書となることを念じております。

2013年9月

近畿大学眼科主任教授 下村 嘉一

目 次

涙液，涙器，涙道

症例 1	生後より続く眼脂・流涙	大江雅子	1
症例 2	持続する流涙と結膜炎の繰り返し	大江雅子	5

結 膜

症例 3	目の異物感と痛み	渡辺 仁	9
症例 4	涙目と眼の渇き	横井則彦	13
症例 5	両眼の眼痛と開瞼維持困難	横井則彦	15
症例 6	両眼眼球結膜，上眼瞼結膜に充血を認める例	福島敦樹	17
症例 7	眼周囲の紅斑に滲出液とびらんを伴う例	福島敦樹	19
症例 8	右目に多量眼分泌と急激な充血と腫脹が生じた例	秦野 寛	21

角 膜

症例 9	コンタクト装用者の眼痛	福田昌彦	23
症例 10	ステロイド点眼，内服治療中に生じた眼痛	福田昌彦	25
症例 11	上皮下混濁，角膜神経に沿った炎症細胞の浸潤などがみられる例	石橋康久	27
症例 12	角膜癬痕による角膜混濁と樹枝状角膜炎を認めた例	檜垣史郎	31
症例 13	異物感，視力低下	檜垣史郎	33
症例 14	左眼の視力低下と両眼に充血を繰り返す例	植木亮太郎・前田直之	35
症例 15	若年者で左眼に視力低下を自覚する例	植木亮太郎・前田直之	37
症例 16	角膜異物除去後に角膜穿孔をきたした例	堀 裕一	39
症例 17	コインリージョンを伴う角膜浮腫と虹彩炎を認める例	小泉範子	41

水晶体

症例 18	原因不明の肉芽性ぶどう膜炎で受診	留守良太	43
症例 19	中年者で両眼の視力低下	留守良太	47
症例 20	視力低下と白内障手術	留守良太	51

網膜, 硝子体

症例 21	視力低下, 前房内の炎症および硝子体混濁を認める例	杉岡孝二	55
症例 22	若年者で右眼の視力低下, 眼底出血を認める例	児玉 彩	57
症例 23	視力低下と変視を伴う例 (両眼強度近視)	杉岡孝二	59
症例 24	軽度白内障と前房内に炎症細胞とフレアを認める例 (眼球への叩打癖あり)	杉岡孝二	61
症例 25	高血圧で内服治療中, 視力低下	杉岡孝二	63
症例 26	急激な視力低下 (微熱のあと)	児玉 彩	65
症例 27	手術後の右眼の変視	橋本茂樹	67
症例 28	突然の左眼視力低下 (高血圧治療中)	橋本茂樹	69
症例 29	全身病からの視力低下	橋本茂樹	71
症例 30	日本人に少ない加齢黄斑変性のタイプ	橋本茂樹	73
症例 31	視力低下と変視	橋本茂樹	75
症例 32	加齢黄斑変性を疑われた例	橋本茂樹	77
症例 33	緑内障と間違われやすい網膜疾患	國吉一樹	79
症例 34	夜盲と視野狭窄を自覚	國吉一樹	81
症例 35	片眼性の視力低下 (両眼に網膜色素上皮変性)	國吉一樹	85
症例 36	眼底が正常で片眼性の視力低下	國吉一樹	89

ぶどう膜

症例 37	両眼に飛蚊症, 両眼のかすみ変動性に伴う例	中井 慶	91
症例 38	飛蚊症が出現しその後霧視も伴う例	丸山和一	95
症例 39	左眼充血, 眼痛, 下肢関節痛も伴う例	慶野 博	99
症例 40	ベーチェット病の難治例	高本光子・蕪城俊克	103
症例 41	小児ぶどう膜炎への対処例	丸山耕一	107

緑内障

症例 42	若年近視眼コンタクト装用者の眼底所見	奥山幸子	111
症例 43	視神経乳頭陥凹拡大を指摘された例	奥山幸子	113
症例 44	両原発開放隅角緑内障を治療中患者の眼底所見	奥山幸子	115
症例 45	緑内障が悪化しており、視野も悪化している患者例	奥山幸子	117
症例 46	右緑内障が進行、視野異常の患者例	奥山幸子	119

斜視, 弱視

症例 47	物が二重にみえ、内斜視と診断された例	阿部考助	121
症例 48	右眼の視力不良、不同視弱視と診断された例	阿部考助	123
症例 49	2歳までに受診した間欠性外斜視と考えられる例	阿部考助	125
症例 50	不同視弱視と考えられる例	阿部考助	127
症例 51	小児期から斜視がある成人の例	阿部考助	129

神経眼科

症例 52	ステロイドパルス治療無効の視神経炎	中尾雄三	131
-------	-------------------	------	-----

索引			133
----	--	--	-----

症例

1

生後5か月，男児

主 訴 生後より続く左眼の眼脂・流涙.

既往歴 特記すべきことなし.

家族歴 特記すべきことなし.

現病歴 生後すぐから眼脂，流涙を認めており3か月検診時に小児科医師に相談. 点眼を処方され継続していたが，休薬すると再発を繰り返し紹介受診された.

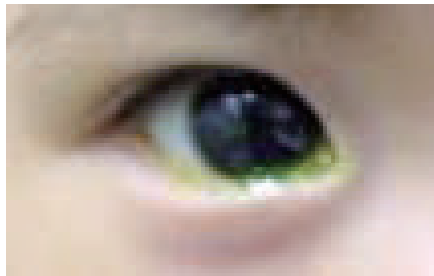


図1 初診時所見

Question 1 考えられる疾患は？

Question 2 治療方針は？

Q1 Answer 先天鼻涙管閉塞症

先天鼻涙管閉塞症は、顔面の発生に伴い形成される鼻涙管の尾側が下鼻道に開口されず閉塞している状態。新生児の6～20%に認め、生後すぐからの眼脂・流涙が続いているのが特徴である。合併症として急性涙囊炎や蜂窩織炎がある。確定診断は通水試験で通過障害を認める。しかし患児の固定は容易ではなく、その結果、検査のために涙点から挿入した通水針で涙管を損傷し専門外来に紹介される症例も少なくない。他の検査として色素消失試験で確認できる。鼻涙管が開放しており、結膜炎に伴う流涙ではフルオ消失試験では陰性となる。色素消失試験では sensitivity は 90%、specificity は 100% であるのでスタッフに患児を抑制してもらい、診察室にて検査が容易である。

鑑別診断として結膜炎・先天内反症・先天緑内障・角膜炎・ぶどう膜炎・先天涙囊皮膚瘻を考えておく。

- ## Q2 Answer
- ①保存的療法
 - ②プロービング：ブジー，または涙道内視鏡
 - ③涙管チューブ挿入
 - ④涙囊鼻腔吻合術（DCR）

①保存的療法

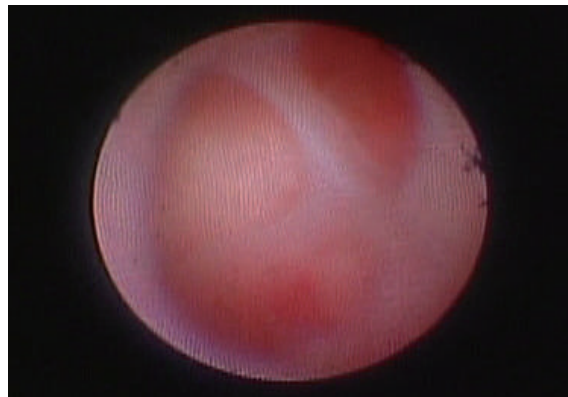
自然治癒が多い。従来わが国では早期プロービングが推奨されてきた。しかし一方では生後1年以内に自然治癒するという報告も多く、加えて経過観察が長いことで閉塞部がますます線維化を助長させるという説のエビデンスはない。生後9か月までに70%、12か月までに90～96%が自然治癒するといわれている。しかし自然治癒までの間に漫然と抗菌薬の点眼を処方され、薬剤耐性菌の発現している患児も多い。いつまで経過観察するか議論はあるが、当施設での治療方針は、必要なら生後18か月までにプロービング施行するが、それまでは経過観察。点眼は眼脂が開瞼障害をきたす日のみ1日2回（極力控える）とし、経過中に眼瞼炎が悪化するようならプロービングとしている。他施設で何度もプロービングされ不成功だった症例については、未処置の患児より自然治癒率が低いいため、その時の患児の状態に応じて治療している。涙囊マッサージは涙囊部を鼻根部骨面に押しつけるように人差し指の腹のあたりで下方に向かって圧力がかかるように指導する。圧迫が強すぎると涙囊破裂につながるため注意する。他疾患を合併している症例（早期頭蓋癒合など）や上顎骨の形成不全を合併する症例では、涙道自体の形成不全を認めることが多いことを念頭に置いて、治療法を選択する。

②プロービング：ブジー，または涙道内視鏡

合併症はないが自然治癒が見込めない、あるいは家族希望でのプロービングの処置時は、従来通りのプロービングを施行する。以前は、「即日」プロービングが推奨されていた。

しかしそのプロービング後に、発熱だけでなく敗血症や化膿性関節炎・心内膜炎・髄膜炎などの大きな合併症を起こしている症例が最近認識されてきた。稀ではあるが、これらの合併症に関する十分な説明をプロービング施行前にしておく。当施設ではプロービングは予約とし、処置数日前から抗生剤の内服を指示。処置1週間前から抗菌薬と抗炎症剤の点眼を施行。処号泣した際、食直後であると誤嚥性肺炎の誘因となるため、当日は処置予定2時間前からは絶飲・絶食を説明する。また処置後、体調不良になるようであれば、すぐに小児科を受診するように促す。

涙道内視鏡下にプロービングを施行する場合、全身麻酔下で行う。適応は、複数回のプロービングの既往がある、2歳以上あるいは患児が大きく成長し体動の抑制が難しい症例としている。小児の涙道は成人のそれに比べその走行は、背側寄りに深く、その開口部は鼻側に向かっていることを念頭にプロービングを行う。



a. 1歳6か月，女児



b. 2歳，男児

図2 涙道内視鏡画像

- 同一他院にて生後6か月より十数回のプロービングを受けていた。涙嚢底部に無数の仮道(誤道)を認めている。
- 他院でプロービングを施行されてから流涙が増えたと来院。総涙小管部に仮道(誤道)を認める。

③涙管チューブ挿入

閉塞部が鼻涙管尾側（下鼻道開口部）のみであれば，閉塞部をブジーで開放するのみで治癒する．しかし複数回のプロービングで成功しなかった症例では，下鼻道開口部の閉塞だけではなく総涙小管部や涙嚢底部（涙嚢から鼻涙管移行部）に医原性閉塞を認めていることが多く，チューブ留置が必要となる．

④涙嚢鼻腔吻合術（DCR）

先天鼻涙管閉塞の治療法としてDCRを施行する症例は稀．上顎骨の発育不良に伴う鼻涙管形成不全および他の合併症をもつ患児に対して行う．早期に施行すると，顔面骨を形成する骨の一部に発育不良を起こす可能性があり，手術を施行する時期については小児科や耳鼻科など他科でも議論がなされている．



プロービングは初回が勝負．回数を重ねるごとに成功率は下がる．しかし盲目的手技である以上は危険な手技と肝に銘じ，無理はしない．手技が複数回に及ぶようなら，熟練者に任せる．

症例 2

70 歳，女性

主 訴 内眼角部下方の圧迫にて白濁した分泌物，流涙，眼脂。

既往歴 特記すべきことなし。

家族歴 特記すべきことなし。

現病歴 数年前から季節を問わず持続する流涙を自覚。また結膜炎を繰り返していた。最近，内眼角部下方の圧迫にて，白濁した分泌物を認め近医を受診。抗菌薬の点眼を処方されたが軽快せず紹介受診となった。

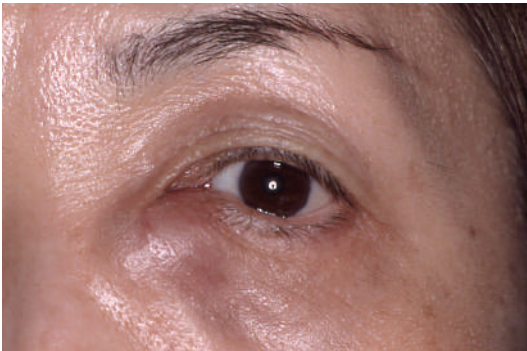


図 1



図 2 涙嚢造影

Question 1 最も考えられる疾患は？

Question 2 鑑別診断に必要な検査は？

Question 3 治療方針は？

Q1 Answer 慢性涙嚢炎

「女性」「数年前」「季節問わず」「難治性結膜炎」の4つで上記疾患を疑う。また慢性涙嚢炎では発赤・疼痛は認めず、緩徐に涙嚢周囲がやや腫れ、圧迫すると涙点から膿の逆流を認める。病態は鼻涙管閉塞を起因とした炎症と考える。

Q2 Answer ①涙液メニスカスの観察, ②涙管通水検査, ③涙道内視鏡, ④CT・MRI, ⑤涙道造影, ⑥涙道シンチグラフィ

①涙液メニスカスの観察

メニスカスが高いほど涙道上流の閉塞。本症例の閉塞部は鼻涙管閉塞のため、メニスカスの高さに著明な変化は認めない。涙嚢炎ではメニスカス中に白濁した分泌物が多く認められる。

②通水検査

通過障害を認める。一方の涙点から通水して他方の涙点から逆流がある。またその逆流液に膿・粘液の排出を認める。血液が混じれば結石か悪性腫瘍を疑う。

③涙道内視鏡検査

内視鏡下で直接閉塞部を確認する。

④CT・MRI

副鼻腔炎・副鼻腔炎症・眼科腫瘍の有無を確認。

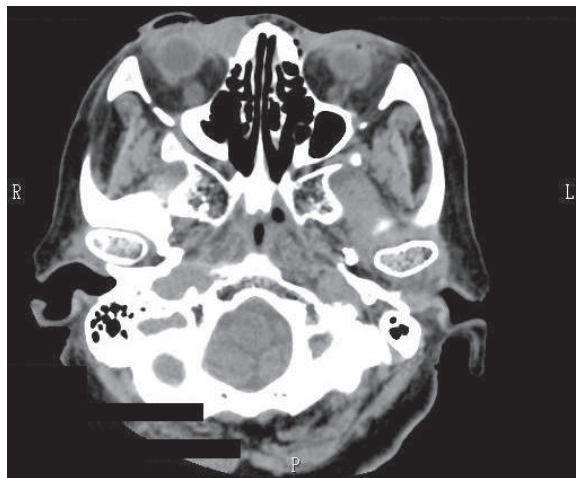


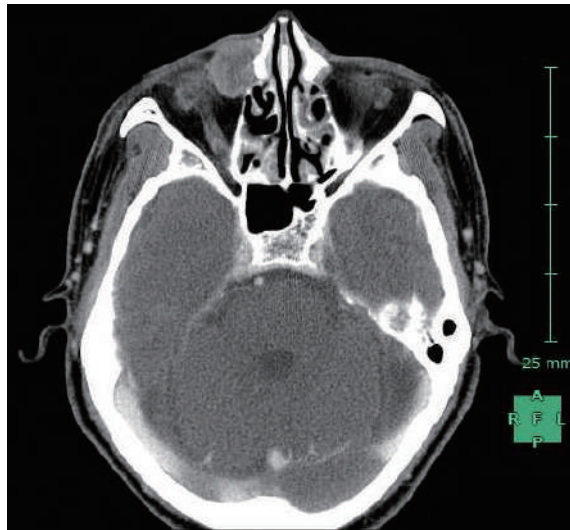
図3 通常の慢性涙嚢炎 (CT画像)

⑤涙道造影

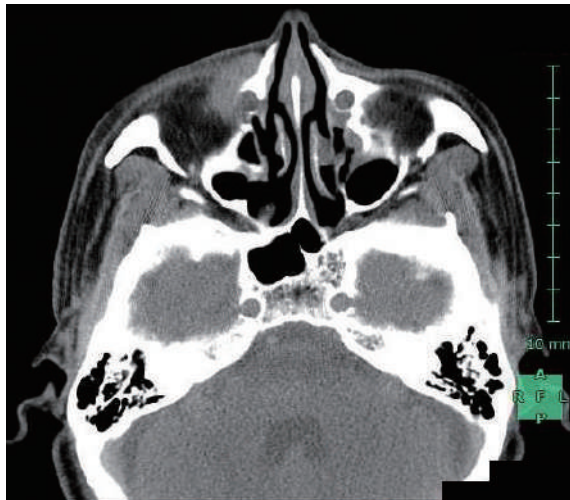
造影剤を注入し、造影剤が途切れ貯留した部分に閉塞を確認できる。

⑥涙道シンチグラフィ

悪性腫瘍の有無。



a



b

図4 涙嚢原発の悪性腫瘍（造影CT. 63歳，男性）

- 涙嚢部に充実性の腫瘍を認める。
- 上顎骨の前壁，鼻涙管の骨構造の破壊・浸潤性の変化を認める。

Q3 Answer ①涙管チューブ挿入術, ②涙嚢鼻腔吻合術, ③涙嚢摘出

抗菌薬の投与は必要だけでなく、長期使用にて薬剤耐性菌の発現を生じる。

①涙管チューブ挿入術

閉塞部を穿破し、再閉塞予防のために涙管チューブを挿入する手術。閉塞部を開放する手技として従来、盲目的プロービングを施行し、続いて涙管チューブを挿入する術式が多く施行されてきた。しかし、盲目的プロービングはブジーをもつ指先の感触に頼る術式だったために、その成功率は低く、また患者に痛みを伴う術式であった。その後2000年に涙道内視鏡が発売され、涙道内を観察することが可能になった。内視鏡下で閉塞部を確実に穿破し、涙管チューブを挿入することでその手術成績は格段に上昇した。また直接閉塞部を確認できることにより、無関係な粘膜への損傷が少なくなったことで、それに伴う痛みは減少した。罹患期間が短ければ涙管チューブ挿入術で治癒する場合もある。特に小児や若年者では術後成績はよい。

②涙嚢鼻腔吻合術 (DCR)

閉塞部直前の涙嚢と鼻腔に交通を作り、膿や涙を鼻腔に排出するバイパスを作成する手術。顔面皮膚に切開を伴う鼻外法と、鼻内視鏡を使用することで鼻腔からアプローチする鼻内法がある。どちらの術後成績も90%以上とよい。また鼻外法・鼻内法ともに手術適応症例に大きな違いはないが、小さい涙嚢の症例は鼻外法の施行では、術後の改善が十分ではないことが多い。手術行程で涙嚢に接する鼻の骨の一部を削り、骨窓を作成するが、皮膚に近い浅い部分ではなく、深部であるため、鼻筋・顔立ちに変化をきたすことはない。鼻内法は鼻硬性内視鏡を使用し、鼻腔内から涙嚢へアプローチするため鼻疾患に関する知識・鼻の解剖の深い知識を必要とする。術前に急性期の副鼻腔炎・広範囲に広がる鼻茸などを認める場合は耳鼻科疾患の治療を優先する場合もある。

③涙嚢摘出術

最近では推奨されない。涙道の機能や構造は複雑で、摘出後の流涙に対する涙道再建術は容易ではないためである。できるかぎり涙嚢鼻腔吻合術で再建した後、残存する症状に応じて次の治療選択肢を提示する。



涙嚢鼻腔吻合術鼻内法は、鼻外法と違い切開跡が残らないので、希望する患者は多い。しかし鼻腔よりアプローチするため、鼻外法より多くの耳鼻科の知識、特に深い解剖知識が必要となる。副鼻腔炎・悪性腫瘍に対しては必須である。

症例 3

ケース 1

48 歳, 女性

主 訴 3～4 か月前から瞬きが多く, 目の異物感を感じるようになったという.

既往歴 特になし.

家族歴 特になし.

眼科的所見 左眼でマイボーム腺開口部が meibum で閉鎖され下眼瞼縁が不整となっている. 同様の所見は右眼でもみられた.

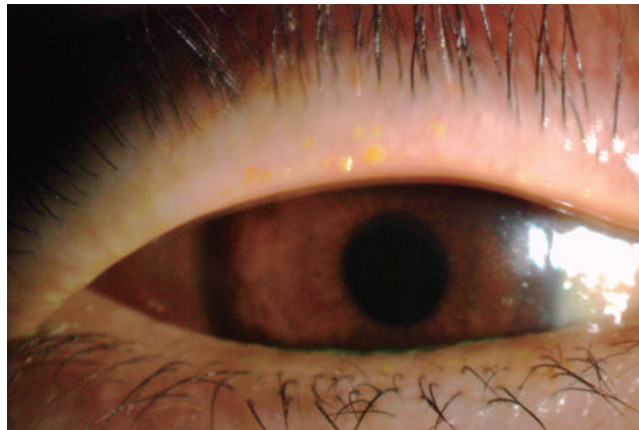


図 1 ケース 1 の前眼部
眼瞼炎に注目する!

Question 1 診断名は?

Question 2 治療はどうすればよいか?

Q1 Answer マイボーム腺機能不全（マイボーム腺閉塞）

マイボーム腺開口部に capping, pouting が生じ、マイボーム腺開口部が閉鎖している。そのため、マイボーム腺からの meibum に異常が生じることから蒸発亢進型のドライアイが生じ（図2）フルオレセイン染色で角膜下方の SPK がみられる。閉塞した meibum は融点が上昇しているのでホットパックして眼瞼をマッサージすると治療効果が出やすい。また、こうしたマイボーム腺閉塞が進行すると ridge 形成を呈するようになる（図3）。さらに進行すると涙液に泡沫（foaming）が生じることがあり（図4）、涙液の質的異常を表している。

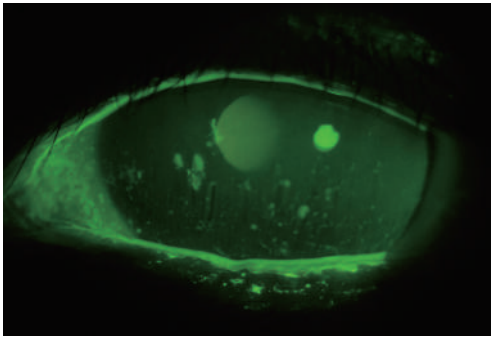


図2 蒸発亢進型のドライアイ
下方に SPK がみられる。

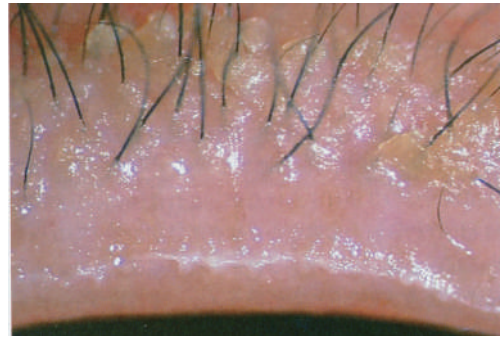


図3 マイボーム腺閉塞
閉塞部では ridge を呈している。

Q2 Answer

マイボーム腺閉塞では meibum の排出がスムーズに行われなければならない。

その際、マイボグラフィーが利用できれば、そのダクト、マイボーム腺自身の状態を把握でき治療方針が立てやすい。開口部付近だけの閉塞であれば、温罌法や眼瞼マッサージは非常に有効である。また、マイボーム腺圧迫鉗子で閉鎖が解放されることもある。

また、眼瞼縁を眼瞼清拭することは軽度のものであれば有効であり、開通後の再発予防も可能となる場合がある。また、meibum の質的異常を改善する目的でマクロライド系抗菌薬の軟膏も行うとよい。マイボーム腺が萎縮するとそのダクトが引っ張られ開口部、眼瞼縁がくぼんだような状態に陥る（図5）。

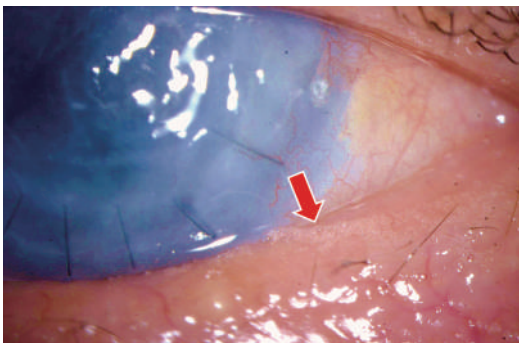


図4 マイボーム腺閉塞による泡沫形成
(Foaming)

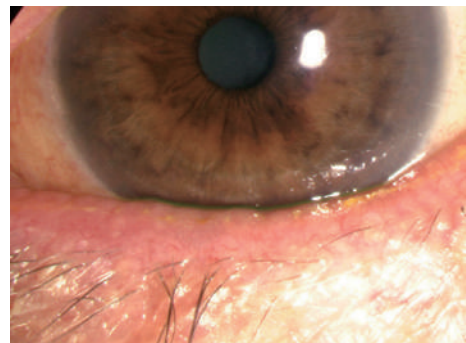


図5 眼瞼縁の変形
マイボーム腺の萎縮でダクトが引っ張られ、
開口部、眼瞼縁にくぼみが生じる。

トピックス マイボーム腺炎性角膜上皮症とは？

こうしたマイボーム腺の閉鎖とともにマイボーム腺内の細菌感染によるマイボーム腺炎が生じる場合があり、その起因菌として嫌気性菌である *P.acnes* が注目されている。最近、これに付随して角膜病変が生じるものをマイボーム腺炎性角膜上皮症とする考え方が提唱され、感染アレルギーを主体とする角膜フリクテンと角膜上皮障害を主体とする非フリクテン角膜上皮症の2つがある。この場合でもマイボーム腺開口部の閉塞、眼瞼炎、眼瞼結膜の炎症がみられる。これについてケース2でみてみよう。

症例 3

ケース 2

22 歳，女性

主 訴 以前より目が充血していたが、最近目の痛みも加わり、目を開けておられず、また流涙もあるとの主訴で、目の異物感を感じるようになったという。

既往歴 特になし。

家族歴 特になし。

眼科的所見 角膜浸潤が3か所、角膜輪部より少し距離を置いた周辺部で強い浸潤があり、その部位ではやや隆起、結節状で角膜上皮欠損がみられる。また、その部位に向かって表層性の血管侵入がみられる。マイボーム腺に明らかな炎症所見があり、眼瞼炎を呈している。

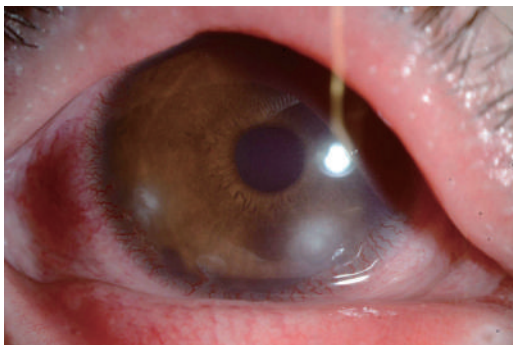


図 1

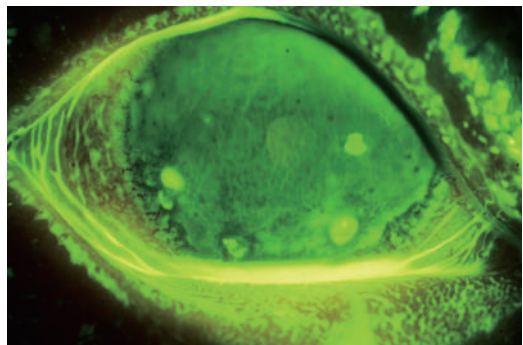


図 2

Question 1 診断名は？

Question 2 治療法は？

Q1 Answer 角膜フリクテン（マイボーム腺炎性角膜上皮症）

角膜フリクテンは主に若年女性で起こりやすく角膜周辺部に結節性浸潤病変が生じ、そこに向かう表層性の血管侵入がみられる（図1, 2）。本症例では眼瞼全体の強いマイボーム腺炎がみられている。マイボーム腺炎は1960年以前では結核菌が、それ以降は黄色ブドウ球菌が主な原因菌としてあげられてきたが、最近では*P.acnes*の関与が指摘されている。充血、眼痛、羞明、流涙、異物感といった自覚症状があり、病変の先端の角膜浸潤、および混濁が生じ、時にその部位で菲薄化し穿孔する。病態は女性周期、月経前から月経時にかけて増悪するケースもみられる。また、再発を繰り返す例も多い。マイボーム腺炎角膜上皮症としては角膜フリクテンのほか、非フリクテン性角膜上皮症として発症する場合もある（図3）。

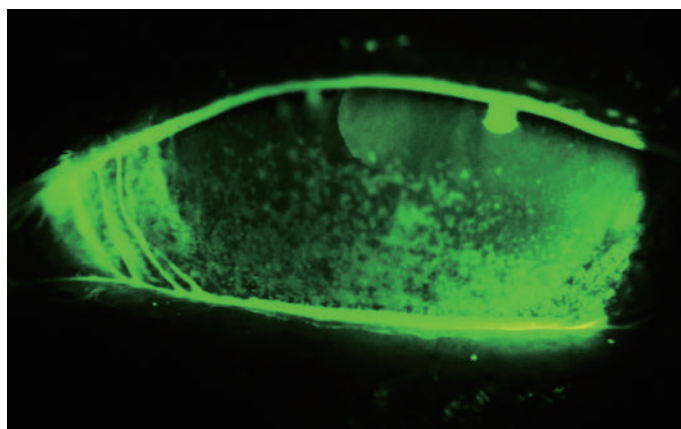


図3 非フリクテン性角膜上皮症

角膜フリクテンと異なり角膜上皮症を主体とするマイボーム腺炎性角膜上皮症のタイプ。

Q2 Answer 角膜フリクテンの治療法

治療としてはマイボーム腺内で増殖している細菌に対する治療が中心であり、セフトキシム（ベストロン）を中心にオフロキサシン（クラビット）を合わせての点眼でよいが、再発する例では塩酸セフカペンピポキシル（フロモックス[®]）などの内服が有効である。フルマリン[®]、ダラシン[®]の点滴治療は重症例では必要である。ステロイドは炎症の強い場合、効果的である。ただその場合、一旦は軽快、消炎されるが、その後再発しやすいので注意を要する。

症例 4

79 歳, 男性

主 訴 涙目で見にくい. ゴロゴロする.

既往歴 高血圧, 甲状腺機能低下.

家族歴 特記すべきことなし.

現病歴 約 1 か月前から, 涙目が気になるようになり, 非常に見にくく感じる. 眼が乾いてゴロゴロする日もあるという. 近医を受診し, 治療目的のため当科紹介となる.

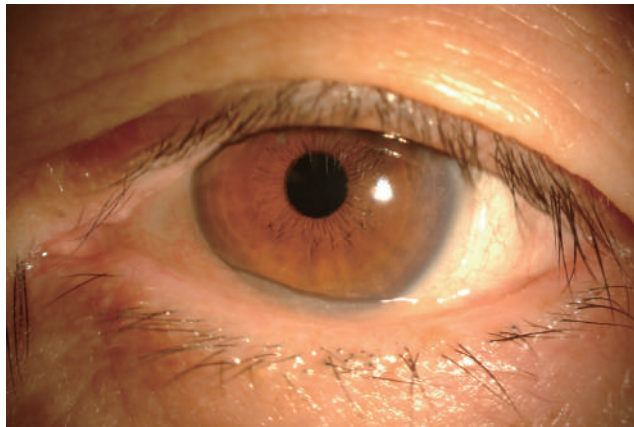


図 1 左眼前眼部所見 (ディフューザー観察)

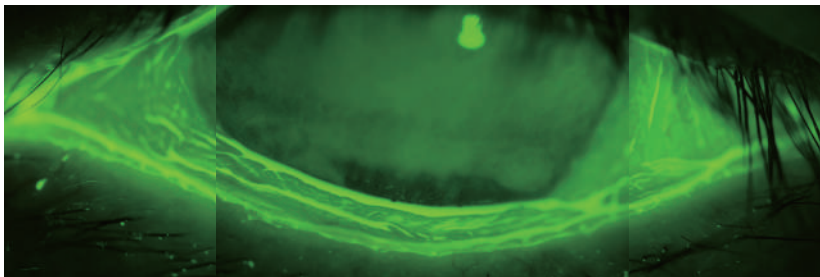


図 2 左眼フルオレセイン染色所見
ブルーフリーフィルターによる観察像のパノラマ写真.

Question 1 診断は?

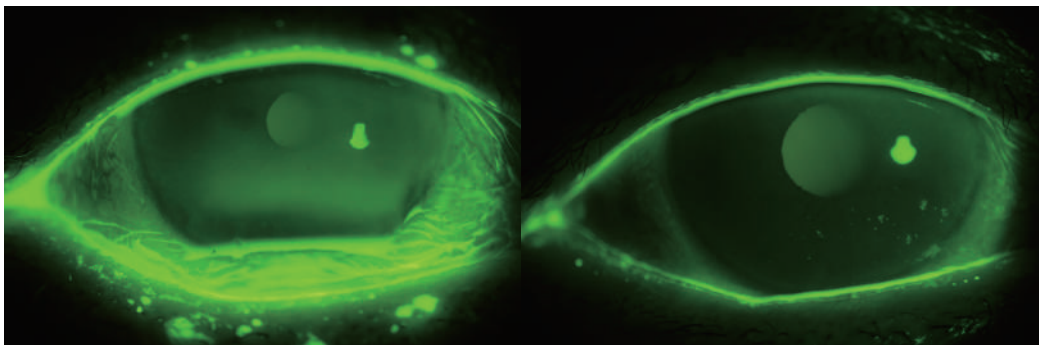
Question 2 治療は?

Q1 Answer 結膜弛緩症

結膜弛緩症とは、高齢者の両眼性に、高頻度にみられうる、眼球と眼瞼の間の余剰で弛緩した非浮腫性の結膜と定義され、60歳以上のほぼ100%に多少なりとも存在するとの報告がある。本疾患は、下方の涙液メニスカスを占拠する形で進行する(図1, 2)。結膜下の線維組織の退行性変化に、眼球運動やベル現象による機械的作用が加わることによる強膜からの結膜の剥離がその病態の本態と考えられる。本疾患では、涙液層の安定性の低下、および瞬目時の摩擦亢進を介してドライアイに関係するとともに、反射性に分泌された涙液がメニスカスで遮断されることにより分泌性流涙の原因にもなりうる。一方、瞬目時の摩擦亢進により、再発性結膜下出血の原因になることもある。本症例でも、弛緩結膜の上方で涙液層の破壊がみられ、これが乾燥症状の原因になるとともに、その刺激で反射性に分泌された涙液がメニスカスで遮断されて、流涙症状が生じていると考えられる。

Q2 Answer

結膜弛緩症の本態は、結膜の支持組織である結膜下の線維組織の破壊による結膜の強膜からの剥離と考えることができる。したがって、治療の主眼は、結膜を強膜に癒着させるとともに、その余剰部分のみを切除して、結膜表面を可及的に平坦にし、外眼角から涙点までの涙液メニスカスを完全再建することに尽きる。しかも、それが再発のない方法であることが望まれる。今のところ、結膜弛緩症は、その表現の多様さ故に個々の症例に対してテーラーメイド式に対応するしかなく、結膜下組織の切除を併用した分割切除法が症例のバリエーションによらず同じ方法で対応できるため、最も効果のある術式と思われる(図3)。



術前

術3か月後

図3 フルオレセイン染色所見(70歳, 女性)

ブルーフリーフィルターによる観察。3年来、涙目を訴えていたが3分割切除法により症状の完全解消を得た。



結膜弛緩症の治療は、まず、ドライアイに準じた点眼治療を行ってみる。しかし、1~2か月治療を試みて、改善が得られない場合は、症状が結膜弛緩症で説明できることをよく確認した上で、外科治療を検討する。

Q&A 眼科診療のピットフォール

2013年11月5日 第1版第1刷発行

監 修 下村嘉一 Shimomura Yoshikazu
編 集 松本長太 Matsumoto Chota
発 行 者 市井輝和
発 行 所 株式会社金芳堂
〒606-8425 京都市左京区鹿ヶ谷西寺ノ前町34番地
振替 01030-1-15605
電話 075-751-1111(代)
<http://www.kinpodo-pub.co.jp/>
組 版 株式会社データボックス
印 刷 株式会社サンエムカラー
製 本 新日本製本株式会社

© 下村嘉一, 松本長太, 2013
落丁・乱丁本は直接小社へお送りください。お取替え致します。

Printed in Japan
ISBN978-4-7653-1584-5

JCOPY <(社)出版者著作権管理機構 委託出版物>

本書の無断複写は著作権法上での例外を除き禁じられています。複写される場合は、その都度事前に、(社)出版者著作権管理機構(電話 03-3513-6969, FAX 03-3513-6979, e-mail: info@jcopy.or.jp)の許諾を得てください。

●本書のコピー、スキャン、デジタル化等の無断複製は著作権法上での例外を除き禁じられています。本書を代行業者等の第三者に依頼してスキャンやデジタル化することは、たとえ個人や家庭内の利用でも著作権法違反です。