

【主訴】 右目のかすみ、鼻充血、頭痛

【現病歴】 26歳男性。8日前に右目がかすんで眼窩周囲の痛みが進み、6日前に独歩にて MEEI(Massachusetts Eye and Ear Infirmary)救急外来受診。最近状気道感染と鼻充血があり、pseudoephedrine を投与された。右目 2-3/5(0-5 の評価、5 が最重症)、眼鏡をかけての視力は右 20/50、左 20/20 であった。瞳孔径 4mm、眼球運動は正常で、視野測定・細隙灯顕微鏡試験では正常であった。眼瞼炎の診断がなされ、warm-compress での治療が勧められた。

そこからの5日間は右目の重症度が次第に減少してきて、目の動きへの不快感も低下してきた。鼻充血と頭痛は持続し、pseudoephedrine の摂取は続けた。

入院予定日前日、患者は MEEI 救急へ再来院し、右目の不快感を 2-3/5 と評価した。BP 150/83 mmHg、HR 104bpm、眼鏡をかけての視力は右 20/60 +1、左 20/20 であった。右眼を照らした後より、左目を照らした後の方が瞳孔収縮は両眼で亢進し、右眼の求心路の低下を示唆した。眼球運動・視野測定では両眼とも正常で、眼圧測定では右 16mmHg、左 17mmHg であった。眼底検査では、右神経の腫脹が見られた(※1)。

MRI ガドリニウム造影では、両側性の鼻ポリープ状の炎症が確認され、副鼻腔の粘膜肥厚、左前方の篩骨蜂巢細胞の拡張が見られ、反復性の粘液瘤と考えられた。鞍部の左側は挙上しており、視交叉に隣接した下垂体は上方変位していたが、正常外観であった。T2 強調で視神経の信号異常なし。

その後鼻腔内へのステロイドとメチルプレドニゾン療法が開始された。

入院予定当日、神経眼科部にて診察された。

【既往歴】 5年間の慢性副鼻腔炎

【生活歴】 患者はインド出身で、2年前にアメリカへ移住。喫煙歴なし、飲酒なし、違法ドラッグなし。

【薬歴】 pseudoephedrine, ステロイドとメチルプレドニゾン

【アレルギー】 なし

【家族歴】 特記すべき点なし

【入院時現症】

【身体所見】 バイタルサイン正常。皮疹・発熱・筋痛・硬直・脱力・運動失調はない。鼻出血が繰り返された。補正視覚重症度は、右 20/40、左 20/15、pinhole 試験(※2)で改善がなかった。Ishihara color-vision test では右眼の色盲、左眼正常。Amsler grid(※3)では右眼でびまん性の変視症(像の歪み)を示した。瞳孔は左右差なし、光を当てての縮瞳も確認、輻輳も正常。右眼の相対的求心性瞳孔反応欠損が再び確認された。

眼瞼正常、眼球運動正常。

細隙灯顕微鏡試験(※4)では両側前方区域の正常を確認、眼圧は両眼とも 17mmHg であった。

Humphery 視野計(※5)では左眼は正常、右眼では特に上鼻側にびまん性の視野欠損が認められた。

立体眼底鏡が行われ、右視神経の拡大した腫大(swelling)が見られ、耳側より鼻側が強かった。眼毛様体の側副血管はなく、左視神経は正常であった。班(maculae)と中心部から末端に至る網膜は両眼とも正常。

【画像所見】入院予定前日に撮影された MRI を別ページに記載。

【外来経過】(入院を延期し外来での検査を続けたものと思われる)

入院予定日翌日、造影 CT が眼窩・副鼻腔に行われ、放射線不透性の物質＝篩骨蜂巢が副鼻腔に見つかり、蝶形骨洞が見られ、そこでは拡張した篩骨蜂巢があった。造影 CT については別ページに記載。両視神経管、蝶形骨洞底、トルコ鞍に侵食があり、下垂体は左蝶形骨洞の拡大のために右上向きに変位。Mass effect(※6)あり。翌日、患者は MEEI に入院した。

ここで、ある診断的手技が行われた。

※1) optic nerve としか書いておらず乳頭ではない

※2) もし複視が一眼なら、多孔 (pinhole) 装置 を使用して複視が良くなるか消失するか調べる(多孔装置は普通病気が広範でなければ一眼性複視を矯正する)

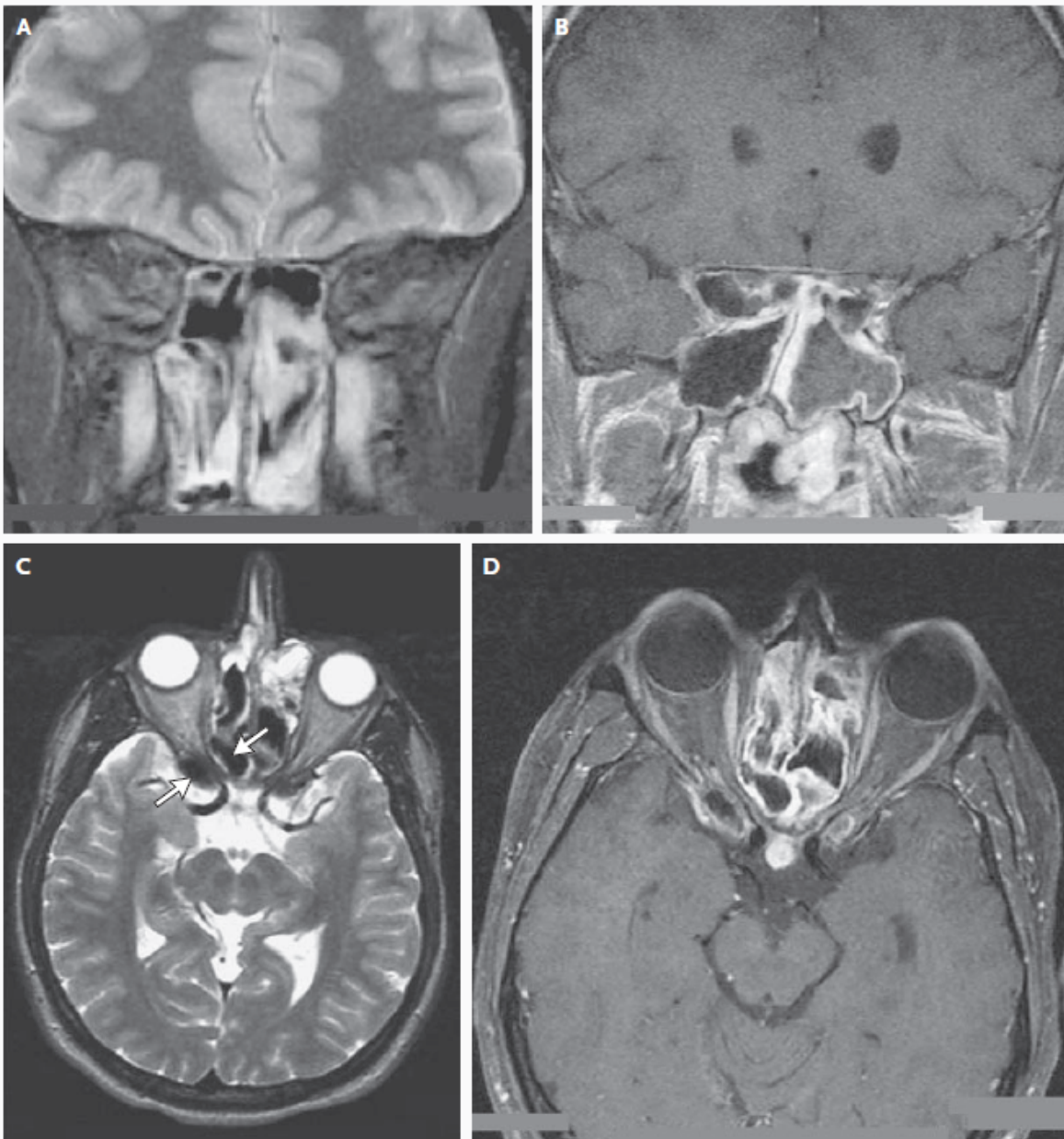
※3) 中心視野における欠損を患者本人が 5mm 方眼に分割された 10cm 四方の表に表す

※4) 眼科に行けばまず行われる検査。主に角膜の異常を見る。患者の顎と額を固定して医師が眼を観察。

※5) 現在は検査結果の統計的評価法である STATPAC I Iにより、患者に検査結果とその経時的変化をわかりやすく示せる。(右写真)

※6) 画像で見ると CT では腫瘍の周囲がうっすらと黒く抜けるような所見。脳腫瘍などで現れる周囲に浮腫ができた状態が多い。





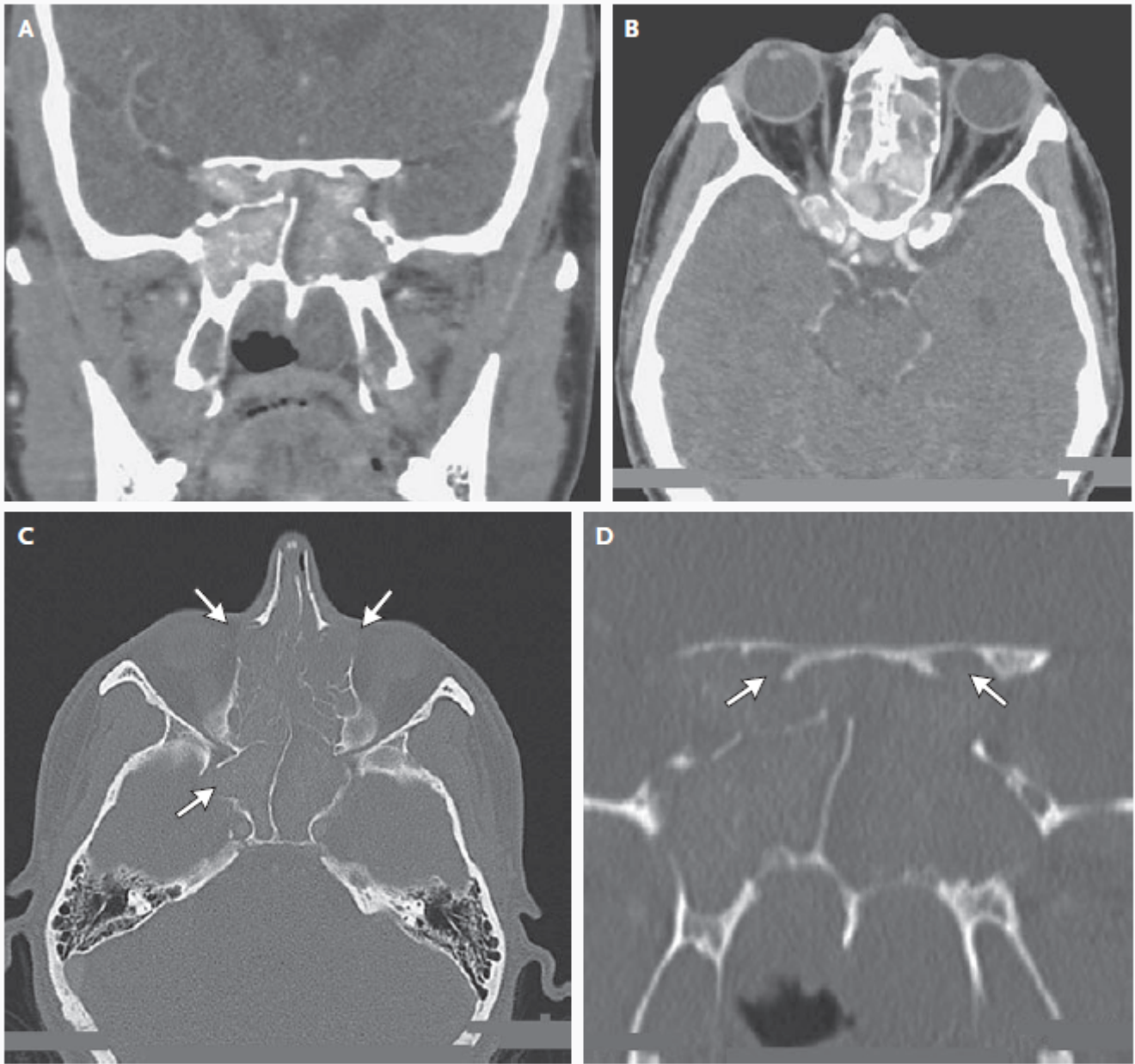
[救急外来で撮影された MRI]

左上>反復回転法 (T1)。なお、反復回転法は T1 緩和を起こす処理が入ることによって、通常の Spin Echo 法に比べて、T1 強調度の強い画像を得ることができる。

右上>右視神経自体の増強や神経に沿った腫瘍性病変は認められない。

左下>T2 強調。信号の dropout が、右蝶形骨洞と合気した床突起に認められた。

右下>T1 強調。粘膜の肥厚が副鼻腔に認められる。



[入院予定日翌日に撮影された CT]

A>冠状断、B>軸位断。副鼻腔に軟組織と思われる混濁形成。

C>bone window で粘膜が拡張し、右前篩骨洞と右蝶形骨洞を浸潤している。

D>冠状断の拡大図。両視神経管の下壁が侵食されている。