

第8章 その他の関連疾患

I アレルギー性結膜疾患に合併する眼疾患

アレルギー性結膜疾患に合併もしくは併発する眼疾患は、アトピー性皮膚炎もしくはアトピー素因により生じる眼合併症または眼疾患である。代表的な疾患として、アトピー性眼瞼炎、円錐角膜、アトピー白内障、網膜剥離および伝染性膿痂疹やカポジ水痘様発疹症、伝染性軟属腫に代表される皮膚感染症による外眼部感染症があげられる。

1. アトピー性眼瞼炎

1) 概念

アトピー性眼瞼炎は、全身の皮膚に生じているアトピー性皮膚炎が眼瞼および眼瞼周囲皮膚に生じたものと考えられ、乳児型、幼児型および思春期以降にみられる成人型に分類される。アトピー性皮膚炎における眼瞼炎の合併頻度は、15～90%と報告により差がある⁵⁷⁾⁵⁸⁾。

2) 臨床所見・臨床診断

乳幼児のアトピー性眼瞼炎は、びらん、痂皮、浸潤性紅斑、亀裂、鱗屑などの病変が主体である。成人型では(図8-1)、苔癬化病巣が高度で、眉毛部外側1/3～1/2の脱毛または疎毛化(Hertoghe 徴候)、下眼瞼内側の皺襞(Dennie-Morgan 徴候)、眼瞼皮膚の色素沈着による黒色化などが特徴的な所見とされ、閉瞼不全、涙点外反、マイボーム腺炎、睫毛脱毛、睫毛乱生、眼瞼下垂などの所見が加わることも多い⁵⁸⁾。

3) 治療

アトピー性眼瞼炎軽症例の治療は、アトピー性皮膚炎に準じる洗顔とスキンケアが推奨される⁵⁹⁾。眼瞼皮膚のスキンケアは、保湿剤を用いて皮膚の乾燥を予防するが、保湿剤には、エモリエント効果が期待できる白色ワセリン、モイスチャライザーとして、ヘパリノイド入りクリームなどが用いられている。また、セラミド療法⁶⁰⁾

としてセラミド含有ジェルを用いる方法などが報告されている。

重症例に対しては、スキンケアに加えて副腎皮質ステロイド(ステロイド)軟膏、免疫抑制剤軟膏などを追加する。眼瞼に使用するステロイド軟膏は、作用が中程度(medium)または作用が弱い(weak)ことが望ましい。またステロイド軟膏には、フラジオマイシン含有製剤があるが、アトピー性皮膚炎例ではフラジオマイシンなどのアミノグリコシド系抗菌薬に過敏な症例が存在するため、使用時には注意が必要である。ステロイド軟膏の使用は短期間に止める。中止する場合には topical corticosteroid withdrawal syndrome などのリバウンド現象に注意し、用量を漸減する。また、ステロイド酒皰、ステロイド緑内障、感染症などの副作用に十分な注意を払う必要がある。免疫抑制剤は、ステロイド薬と同様の消炎目的で使用する場合とステロイド離脱困難例にステロイドの離脱目的で使用する場合とがある。

2. 円錐角膜

1) 概念

円錐角膜は角膜中央部が円錐状に突出し、菲薄化する非炎症性、進行性の疾患である。多くの場合、特発性であるが、全体の約26～30%の症例でアトピー性皮膚炎の合併がみられる⁶¹⁾⁶²⁾。アトピー性皮膚炎を合併する例では、円錐角膜とともにアトピー性眼瞼炎、アトピー性角結膜炎、春季カタルを併発している例が多い。一方、アトピー性皮膚炎に円錐角膜が合併する頻度は、1%前後⁶³⁾と報告されている。円錐角膜の成因は、角膜上皮説、角膜実質説、外傷説などが報告されているが、現時点では不明である。

2) 臨床所見・臨床診断

細隙灯顕微鏡検査で、角膜中央部付近に円錐状の突出と菲薄化がみられる。進行の程度により、Fleischer ring, keratoconus line, Bowman 膜断裂などの所見を伴う。またアトピー性皮膚炎例では、老人環様混濁を伴っていることがある(図8-2)。菲薄化した角膜部分の Descemet 膜破裂により、急激に角膜実質の浮腫性混濁を伴って膨化することを急性水症(acute hydrops)と呼び、眼瞼を強く擦る癖のある症例に生じやすいとされる。

細隙灯顕微鏡検査で診断不可能な初期病変には角膜形状解析が有用である。角膜形状の変化は、フォトケラトスコープまたは角膜トポグラフィにより診断するが、フォトケラトスコープでは、円錐角膜の初期変化が診断しにくいいため、現在では角膜トポグラフィによる診断が主流である。



図 8-1 アトピー性眼瞼炎。

眼瞼および眼瞼周囲皮膚に浸潤性紅斑がみられる。

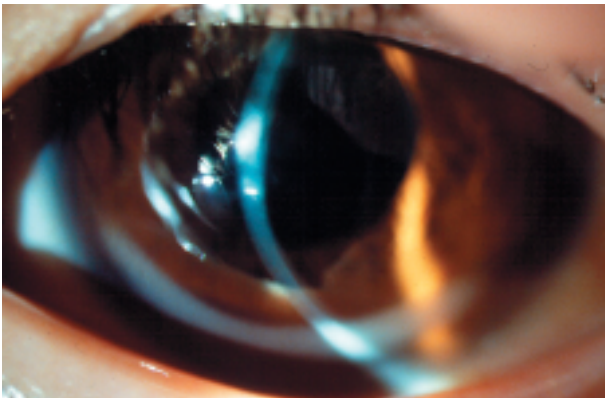
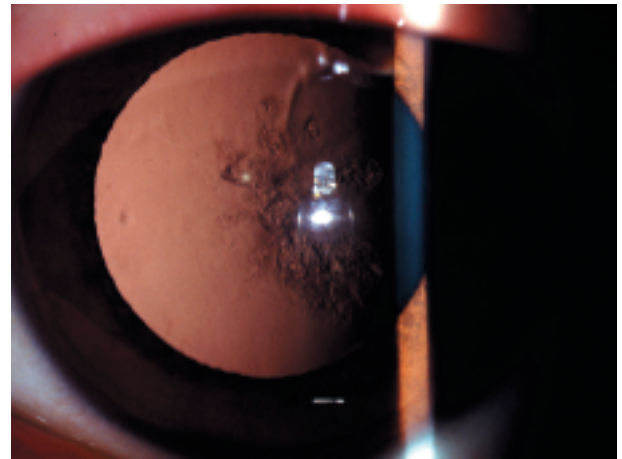


図 8-2 円錐角膜。

角膜は円錐状に突出して、菲薄化している。角膜周辺部に老人環様混濁がみられる。

図 8-3 アトピー白内障。
後囊下混濁を有する。

3) 治療

治療は、ハードコンタクトレンズによる屈折矯正が主体である。ハードコンタクトレンズにより十分な視力矯正が得られない例、ハードコンタクトレンズ装用により高度の角膜上皮障害が生じる例では、角膜移植術の適応となる。ただし、アトピー性眼瞼炎が高度な例では、角膜移植術後の感染症、創傷治癒遅延、拒絶反応などの術後合併症に対する対策を十分に行う必要がある。

アトピー性皮膚炎例では、巨大乳頭結膜炎の合併または春季カタルの増悪により、コンタクトレンズ装用が困難になる場合がある。コンタクトレンズに対するケア、特に蛋白除去を含めたレンズの汚れに対するケアを徹底させることが予防法として重要である。また、防腐剤を含まない抗アレルギー点眼薬を使用して結膜炎に対する予防を行う。重症例に対しては、巨大乳頭に対する治療として、ステロイドの水性懸濁液の瞼結膜下注射や免疫抑制剤の点眼などを行い、巨大乳頭を平坦化させた上で再装用させる方法をとる場合がある。しかし、ステロイド薬および免疫抑制剤は、感染症に対する宿主の防御機能を著しく低下させる薬剤であることを念頭におき、コンタクトレンズ装用時の定期検査を厳重に行う必要がある。

3. アトピー白内障

1) 概念

アトピー性皮膚炎における白内障の合併率は、10～37%と報告され⁶⁴⁾⁶⁵⁾、大多数は 20 代に発症する。性差に関しては、男女差なしとする報告と男性に多いとする報告がある。

2) 臨床症状・臨床診断

アトピー白内障の水晶体混濁は、前囊下のヒトデ状混濁が特徴的とされているが、後囊下混濁がみられる場合もある(図 8-3)。後囊下混濁は、ステロイドの影響が考えられているが、ステロイド非投与例にも後囊下混濁はみられる。水晶体混濁の進行とともに、羞明感、霧視、

視力低下などの自覚症状が増強する。

3) 治療

アトピー白内障に対しては、他の白内障と同様に、水晶体吸引術あるいは超音波乳化吸引術および眼内レンズ挿入術が選択される。眼底の状態によっては、網膜剥離を防止する目的で、輪状締結術が併用される場合もある。

4. 網膜剥離

1) 概念

網膜剥離の発生頻度はアトピー性皮膚炎症例の約 1～8%⁶⁴⁾⁶⁶⁾であり、顔面のアトピー性皮膚炎が重症であるほど合併しやすい傾向がある。好発年齢は 10 代後半～20 代である。

2) 臨床所見

顔面の叩打癖がある症例が多い。また、白内障合併例や白内障術後例での発症が多い傾向にある。裂孔の好発部位は、鋸状縁や毛様体扁平部が多い。若年者に発症しやすいために、扁平で進行の遅い網膜剥離が特徴である。時として、巨大裂孔や赤道部不正裂孔により急速に進行する網膜剥離がみられる。また、増殖硝子体網膜症(proliferative vitreoretinopathy : PVR)に移行しやすい重症例も多くみられる⁶⁷⁾(図 8-4)。症状は、無症状のもの、飛蚊症や霧視を自覚するもの、高度の視力低下や視野欠損がみられるものなど網膜剥離の状態によりさまざまである。網膜剥離の診断には、双眼倒像鏡と圧迫子を用いた眼底検査、圧迫子が付属した三面鏡などによる眼底検査などを行い、眼底周辺部を含めて詳細に観察することが必要である。眼底の透見が困難な場合には、超音波生体顕微鏡(ultrasound biomicroscope : UBM)が有用である。

3) 治療

他の網膜剥離と同様、強膜バックリング手術が基本である⁶⁸⁾が、毛様体皺襞部裂孔、多発裂孔、後極部裂孔、PVR、裂孔不明例などは硝子体手術の適応とされる。

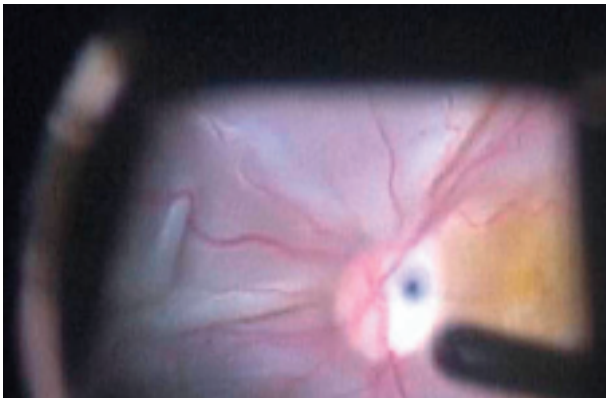


図 8-4 網膜剥離.

網膜剥離の術後に増殖硝子体網膜症(PVR)を発症したため、硝子体手術を施行した症例。(日本大学医学部眼科学教室講師、嘉村由美先生のご厚意による)

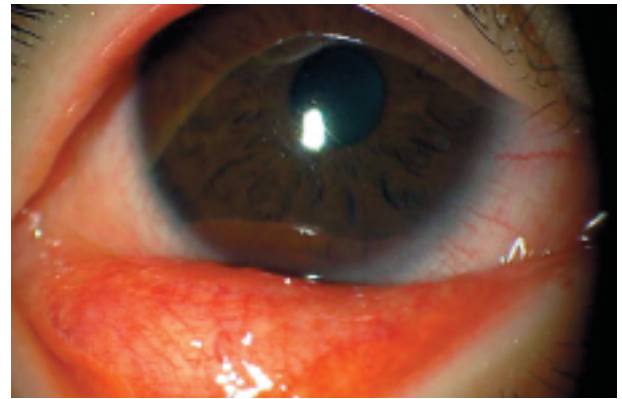


図 8-6 伝染性膿痂疹でみられたカタル性結膜炎.

主な所見は結膜充血、結膜腫脹および粘液膿性眼脂である。

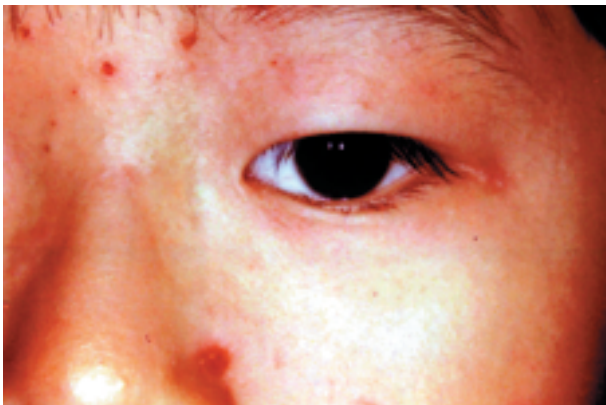


図 8-5 伝染性膿痂疹.

顔面に痂皮を伴った膿痂疹病変が多数みられる。

5. 外眼部感染症

アトピー性皮膚炎を有する例では、細菌、真菌、ウイルスなどによる種々の皮膚感染症を合併しやすく、これに伴い外眼部感染症を併発することがある。特に伝染性膿痂疹、カポジ水痘様発疹症および伝染性軟属腫の発生頻度が高く、重要な感染症である。

1) 伝染性膿痂疹

(1) 概念

黄色ブドウ球菌またはA群β溶血性レンサ球菌が原因で発症する感染性皮膚疾患で、乳児期から小児期にかけて好発する。本邦では、ブドウ球菌によるものが大半を占めるが、アトピー性皮膚炎例に発症するものでは、A群β溶血性レンサ球菌を原因とする重症例が存在する。

(2) 臨床症状・臨床診断

皮膚病変は、水疱型と痂皮型が存在するが、ブドウ球菌の場合には水疱型、レンサ球菌の場合には痂皮型となる。アトピー性皮膚炎の病変部に形成されたブドウ球菌性の水疱は、破れて周囲へと拡大し、広範囲に病変が及

ぶ傾向が強い(図8-5)。レンサ球菌性のものは、紅量に伴う膿疱と堆積する厚い痂皮よりなる皮疹が同時期に多発するとともに、強い炎症所見を伴う。

眼科疾患としては、急性カタル性結膜炎(図8-6)を合併するケースが多いが、まれにブドウ球菌性角膜炎の合併がみられる⁶⁹⁾。

(3) 治療

治療法は、ブドウ球菌またはレンサ球菌に感受性を有する抗菌薬の全身および局所投与を行う。アトピー性皮膚炎例では起炎菌がMRSA(methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*)やPRSP(penicillin-resistant *Streptococcus pneumoniae*)を含む多剤耐性菌であることが多いため、抗菌薬の選択には注意が必要である⁷⁰⁾。ブドウ球菌の場合の第一選択薬は、セフェム系、テトラサイクリン系、フルオロキノロン系抗菌薬で、レンサ球菌の場合はペニシリン系、セフェム系抗菌薬である。

2) カポジ水痘様発疹症

(1) 概念

広義のカポジ水痘様発疹症は、アトピー性皮膚炎、Darier病、脂漏性湿疹などの皮膚病変のある個体に、全身症状を伴って種痘疹またはウイルス性水疱が汎発化したものであるとされ、原因となるウイルスは、天然痘ウイルス、単純ヘルペスウイルス、水痘・帯状疱疹ウイルス、コクサッキーA16ウイルスなどである。しかし、近年の発生頻度から考えて、狭義のカポジ水痘様発疹症は、単純ヘルペスウイルス感染症によるウイルス性汎発疹として理解され、疱疹性湿疹とほぼ同義語として用いられている。

カポジ水痘様発疹症は、単純ヘルペスウイルス1型の初感染で発症するケースが多いが、一部には再発型単純ヘルペスから移行する場合もある。また、アトピー性皮膚炎の増悪に伴って、カポジ水痘様発疹症の再発を繰り返す例もみられる。また、幼小児の初感染の場合には、ウイルス血症により全身状態の悪化を来すことがある。眼



図 8-7 カポジ水痘様発疹症の小児例。
顔面全体にびらんや痂皮を形成した小水疱が多発している。

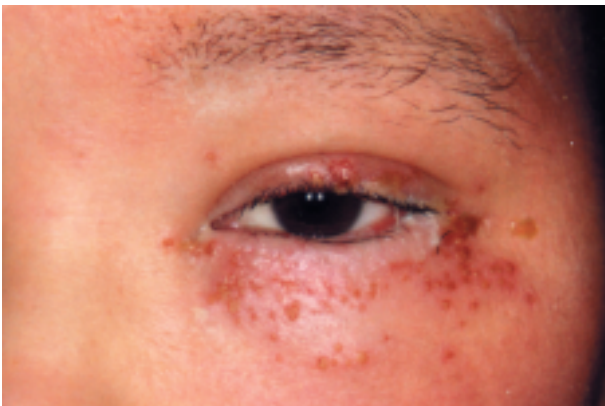


図 8-8 カポジ水痘様発疹症の成人例。
眼瞼ヘルペスによる水疱が周囲の皮膚へ拡大している。

科領域では、結膜ヘルペス、角膜ヘルペスを合併することがある。

(2) 臨床症状・臨床診断

皮膚病変は、突然の発熱および倦怠感を伴って、紅暈を伴い中心臍窩を有する小水疱が集簇して出現し、周辺部では播種状に散在する。皮疹の好発部位は、顔面および頸部である(図 8-7)が、成人の場合、眼瞼ヘルペスが周囲の皮膚に拡大して汎発疹となることがある(図 8-8)。その後、3~4 日で痂皮が形成されるが、さらに水疱と痂皮が混在した形で病変が拡大することもある。

眼病変としては、急性濾胞性結膜炎が約 30~45%、角膜ヘルペスが約 15~25% に合併すると報告されている⁷¹⁾⁷²⁾。角膜ヘルペスの角膜病変は、通常の角膜ヘルペスとは異なり、両眼性に多発する 경우가多いとされ、星状または terminal bulb の所見に乏しい非典型的な樹枝状角膜炎の型をとることが多い⁷¹⁾⁷²⁾(図 8-9)。実質型角膜ヘルペスに移行することはまれである。

結膜炎および角膜炎の診断には、病巣擦過物からのウイルス分離、塗抹標本での蛍光抗体法、角膜・結膜擦過物または涙液を用いた PCR(polymerase chain reaction)

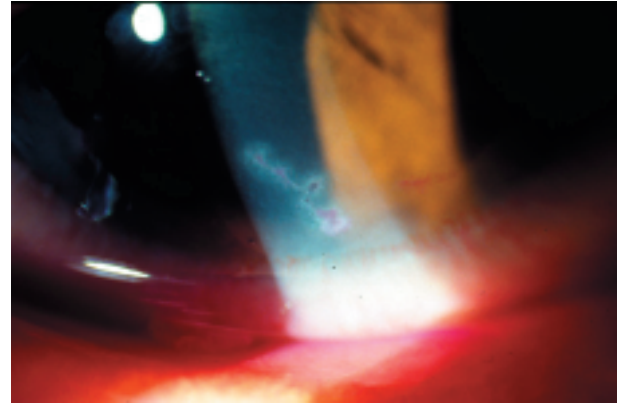


図 8-9 カポジ水痘様発疹症でみられた樹枝状角膜炎。
角膜周辺部に星状病巣や樹枝状病巣が多発している。樹枝状病巣は terminal bulb が明瞭ではなく、非典型的な病巣を呈する。

法により単純ヘルペスウイルスの感染を証明する。

(3) 治療

治療は、アシクロビルまたはバラシクロビルの全身投与が基本であるが、角膜ヘルペスを発症した場合には、アシクロビル眼軟膏の局所投与を併用する。薬剤の投与量は、アシクロビル 1,000 mg/日(1 回 200 mg, 1 日 5 回)内服または 750 mg/日(1 回 250 mg, 1 日 3 回)点滴、またはバラシクロビル 1,000 mg/日(1 回 500 mg, 1 日 2 回)の 5~7 日間投与を目安として行う。

3) 伝染性軟属腫

(1) 概念

伝染性軟属腫はポックスウイルス科に属する伝染性軟属腫ウイルスが原因で生じる皮膚感染症である。小児(特に幼稚園児や学童)に好発し、保健所の乳児健診では、アトピー性皮膚炎群で 12.0%、非アトピー性皮膚炎群では 3.6% であり、アトピー性皮膚炎と伝染性軟属腫とは有意に関連があると報告されている⁷³⁾。

(2) 臨床症状・臨床診断

一般の伝染性軟属腫でみられる皮膚病変は、直径 0.5~5 mm 程度の軽度で赤色調をした半球状の丘疹で、頂点部に臍窩が存在する。アトピー性皮膚炎に合併する伝染性軟属腫は赤色調が強く、1~2 mm 程度の小さな皮疹が多数、広範囲に散在することが多い。好発部位は側胸部、側腹部、腋窩、陰部、四肢屈側である。眼瞼に伝染性軟属腫が発症した場合には、濾胞性結膜炎を併発する⁷⁴⁾。

(3) 治療

自然治癒例も報告されているが、自然治癒には数か月から数年かかるとされ、特にアトピー性皮膚炎合併例では自然治癒しにくいとされる。Curette による外科的圧出法が以前より行われているが、その他の有効な治療法はない。