

5

眼部带状疱疹の 初期診療のポイント

アドバイザー

近畿大学医学部 眼科教授

下村 嘉一 先生

頭顔部の带状疱疹の中で注意が必要なものとしては、主として三叉神経第1枝領域に皮疹が生じ、眼病変を伴う眼部带状疱疹がある。通常、带状疱疹は皮膚科を中心に診療される疾患であるが、眼部带状疱疹は、眼病変に対し眼科的治療が必要となる。眼合併症の病型によっては、適切な治療がなされないと視力低下を来す恐れがあることから、早期に眼科医と連携して治療にあたることが重要である。

眼部帯状疱疹の発症頻度と眼病変

眼部帯状疱疹の発症頻度

顔面の三叉神経領域に帯状疱疹が発症した場合には、しばしば眼病変を伴う。
通常、皮膚科医が皮疹を、眼科医が眼合併症を診療することが多いため、診療科をまたいだ眼部帯状疱疹に関する疫学データはあまり集積されていないが、石川らは、頭顔部に発症する帯状疱疹は全体の17.6%であり、そのうち13.4%に眼病変の合併が認められたと報告している(石川博康ら:日皮会誌, 113, 1229(2003))。

眼部帯状疱疹の皮疹出現部位

1990年から2000年に近畿大学医学部附属病院の皮膚科を受診後、眼科に紹介された眼部帯状疱疹患者61例の皮疹出現部位、眼合併症の種類を表1,2に示す。皮疹の出現部位は三叉神経第1枝領域が約70%と圧倒的に多かった。眼合併症の頻度は62%であり、そのうち眼瞼結膜炎が56%、角膜炎が34%であった。第2・3枝領域の皮疹から眼病変を引き起こすことはほとんどなく、顔面に皮疹を生じる帯状疱疹の1病型であるラムゼイ・ハント症候群でも同様である。

表1. 眼部帯状疱疹の皮疹出現部位

三叉神経第1枝領域	43 / 61例(70%)
第1・2枝領域	6 / 61例(10%)
第1・2・3枝領域	6 / 61例(10%)
第2枝領域	2 / 61例(3%)
第2・3枝領域	1 / 61例(2%)
領域不明	3 / 61例(5%)

表2. 眼合併症の種類

眼部帯状疱疹の眼合併症の頻度: 38 / 61例(62%) (重複あり)	
眼瞼結膜炎	34 / 61例(56%)
角膜炎	21 / 61例(34%)
虹彩毛様体炎	12 / 61例(20%)
網膜炎	12 / 61例(20%)

近畿大学医学部 眼科

無疱疹帯状疱疹 zoster sine herpette (ZSH)

眼部帯状疱疹は、皮疹出現の2~3日後に眼病変が出現することが多い。眼病変が皮疹に先行することはまずないと考えてよいが、皮疹を伴わない無疱疹帯状疱疹(zoster sine herpette: ZSH)では、眼病変出現時にも顔部の痛みや違和感しか認めないため、注意が必要である。

眼合併症の予測に重要なHutchinson's sign (ハッチンソン徴候)

前顔部を広く支配する三叉神経は、脳幹にほど近い位置で第1枝から第3枝の3枝に分かれ、顔面のそれぞれの部位を支配している(図1)。

図1. 三叉神経の分布

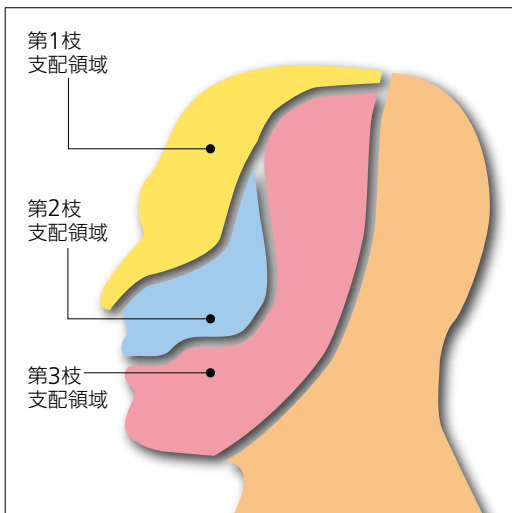
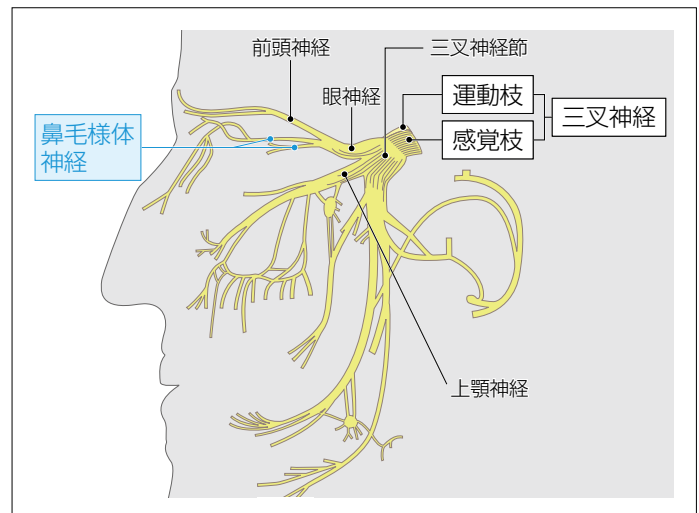


図2. 鼻毛様体神経の分布



第1枝領域にある鼻毛様体神経(図2)は、鼻部から眼球、結膜などにも分布しているため、鼻背部や鼻尖部に皮疹が出現すると眼病変の合併頻度が極めて高くなる(図3)。これは**ハッチンソン徴候**と言われ、帯状疱疹における眼病変合併の予測や早期診断に極めて有用である。鼻背部や鼻尖部に皮疹が認められた場合、眼病変合併の頻度は95%以上にのぼる。

図3. 三叉神経第1枝領域の皮疹と眼病変の合併

● **ハッチンソン徴候**



鼻背部や鼻尖部に皮疹が出現した場合、高頻度で眼病変の合併が認められる(ハッチンソン徴候)。

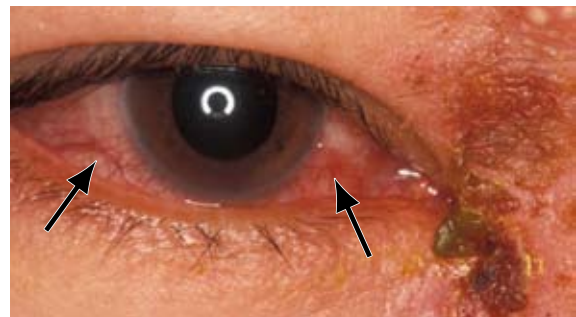
写真提供: 下村 嘉一

眼部帯状疱疹の眼病変

● **結膜炎**

一般に眼部帯状疱疹では結膜炎の合併頻度が高く、単純ヘルペスウイルス感染症では角膜炎の頻度が圧倒的に高いが、このような頻度の違いが出る理由は明らかになっていない。自覚症状としては、異物感、眼痛、流涙を訴え、結膜充血(図4)の他、眼瞼結膜に潰瘍を認める。

図4. 眼部帯状疱疹による結膜炎



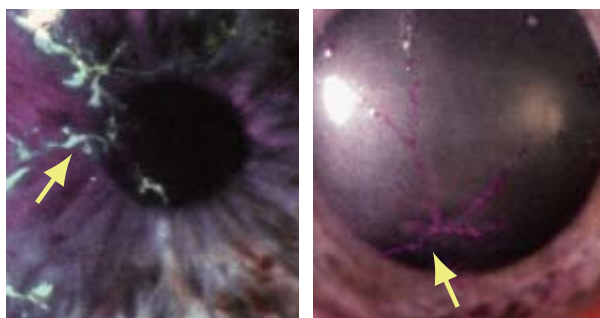
所見として、結膜の充血や流涙、眼脂を認め、さらに眼瞼結膜に潰瘍を認める場合がある。

写真提供: 下村 嘉一

● **角膜炎**

角膜炎を合併した場合は視力の低下を来す恐れがあるため、治療には注意が必要である。眼部帯状疱疹の角膜炎には病型として上皮型と、より難治な実質型の2型があるが、自覚症状はどちらも眼痛、羞明、流涙である。上皮型の典型例が偽樹枝状角膜炎(図5)である。角膜炎で実質型を合併する頻度は低いが、円板状角膜炎(図6)などは皮疹消失後、少し遅れて発症することがあるので長い経過観察が必要である。また、治療には抗ヘルペスウイルス薬の眼軟膏だけでなくステロイド薬の投与が必須であるが、治療が遅れると角膜に濁りが生じ、視力に障害を来す恐れがあることから、眼部帯状疱疹ではこれらを念頭において診療にあたる必要がある。

図5. 偽樹枝状角膜炎



眼部帯状疱疹による上皮型角膜炎の典型例。単純ヘルペスウイルスによる樹枝状角膜炎に類似の樹枝状病変を示すが、末端に膨大部がなく、小さく細いことが多い。少し隆起し、盛り上がりのある粘膜斑となることがある。 Cornea Color Atlas, Krachmer JH, Palay DA eds, 1995

図6. 円板状角膜炎



眼部帯状疱疹による実質型角膜炎の1型。角膜後面沈着物を伴い、角膜実質中に円形に混濁した浸潤、浮腫を認める。

写真提供: 下村 嘉一

眼部帯状疱疹の診断と治療

●虹彩毛様体炎

皮疹出現から2週間以内と比較的早期に発症する。自覚症状として、視力障害、眼痛を認め、所見として毛様充血や角膜後面沈着物を認める(図7)。虹彩毛様体炎治療後の虹彩萎縮は本病変に特徴的である。

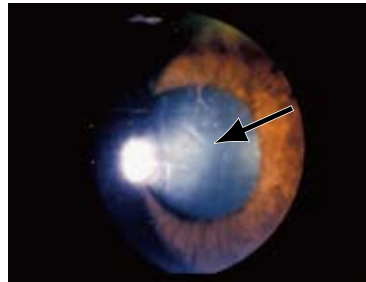


図7. 虹彩毛様体炎

毛様充血や角膜後面沈着物を認める。炎症による閉塞性血管炎のための虹彩萎縮も特徴の1つ。

写真提供: 下村 嘉一

●網膜炎

頻度は低いが、免疫能が低下している症例で認められることがある(図8)。自覚症状は視力低下である。近年では、AIDS患者における発症が注目されている。

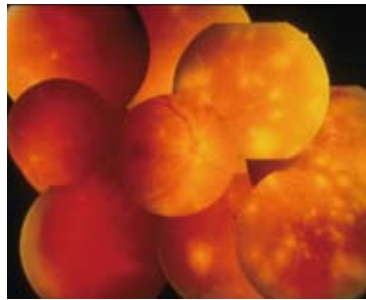


図8. 網膜炎

血管の走行に沿って、網膜に黄白色の斑状あるいは顆粒状の病変が認められ、網膜出血が散在する。

写真提供: 下村 嘉一

眼部帯状疱疹の治療

通常は皮疹の出現が先行するため、すでにプライマリーケア医において抗ヘルペスウイルス薬の内服が開始されていることがほとんどである。

眼病変に対しては、抗ヘルペスウイルス薬であるアシクロビル眼軟膏*の追加投与が基本となる。結膜炎に対してはアシクロビル眼軟膏を投与し、さらに眼瞼結膜に潰瘍を認める場合には、混合感染予防の目的で抗菌薬点眼を併用してもよい。偽樹枝状角膜炎に対しては、上皮性病変が消失するまでアシクロビル眼軟膏の投与を継続する。実質型の角膜炎や虹彩毛様体炎に対しては、ステロイド薬の点眼を併用する。

一般に抗ヘルペスウイルス薬やステロイド薬に対する反応性は高く、また、顔面の皮疹や眼病変などのために患者自身の病識も高いことから、治療に対するコンプライアンスは高く、治療に難渋するケースは少ない。しかし、実質型の角膜炎などは比較的治療が困難であり、視力低下につながる恐れもあることから、治療には眼科医の関与が不可欠である。

眼部帯状疱疹の早期診断のポイントと眼科医への紹介のタイミング

眼病変が認められた場合には、すみやかに眼科医への紹介をお願いしたい。また、前述した鼻背部や鼻尖部に皮疹が出現すると眼病変の合併頻度が極めて高いというハッチンソン徴候を参考にし、鼻背部や鼻尖部に皮疹があれば、眼病変の有無にかかわらず、眼科医に紹介することをお勧めする。

診療に際しては、プライマリーケア医においても、眼病変のみで三叉神経第1枝領域に皮疹を欠く無疱疹帯状疱疹(zoster sine herpette: ZSH)の存在を念頭においてほしい。

眼部帯状疱疹の初期診療のポイント ～まとめ～

- 眼部帯状疱疹における皮疹出現部位は、三叉神経第1枝領域が70%を占める。
- 眼病変は皮疹出現の2～3日後に出現することが多いが、皮疹の出現を伴わない無疱疹帯状疱疹(ZSH)が存在する。
- 鼻背部や鼻尖部に皮疹が出現した場合、眼病変の合併頻度が極めて高いため、ハッチンソン徴候は眼合併症の診断や予測に重要である。
- 眼部帯状疱疹では、眼瞼結膜炎の合併頻度が最も高い。
- 眼病変に対する追加治療は、抗ヘルペスウイルス薬であるアシクロビル眼軟膏*の投与が基本である。
- 実質型の角膜炎を合併した場合、適切なステロイド治療がなされないと視力低下を来す恐れがある。
- 眼合併症が明らかな場合や、鼻背部や鼻尖部に皮疹が認められる場合は、眼科医と連携をとり診療に当たることが重要となる。

*眼部帯状疱疹は保険適応外